



# **Piano di Zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale 2009 - 2011**



## **Distretto di Castelnovo ne' Monti**

**(Comuni di Busana, Carpineti, Casina, Castelnovo ne' Monti, Collagna, Ligonchio, Ramiseto, Toano, Vetto, Villa Minozzo, Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia)**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

## SOMMARIO

Premessa	<b>Pag. 3</b>
Obiettivi del Piano di Zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale	<b>Pag. 3</b>
• <i>Obiettivi del PAA (Programma Attuativo Annuale)</i>	<b>Pag. 4</b>
• <i>Il Sistema integrato dei servizi socio sanitari del Distretto di Castelnuovo ne' Monti</i>	<b>Pag. 4</b>
• <i>La Governance distrettuale</i>	<b>Pag. 4</b>
1 . Gli attori e il percorso di costruzione del piano	<b>Pag. 6</b>
• <i>Il Percorso dei Tavoli Tematici</i>	<b>Pag. 8</b>
• <i>Le tematiche trasversali emerse all'interno dei tavoli</i>	<b>Pag.15</b>
2. I bisogni della popolazione emergenti dal Profilo di comunità e il confronto con i servizi e risorse disponibili	<b>Pag.17</b>
• Cittadini stranieri nel distretto	<b>Pag.22</b>
• Fenomeno dell'invecchiamento	<b>Pag.24</b>
• Le famiglie	<b>Pag.25</b>
• L'economia del territorio distrettuale	<b>Pag.26</b>
3. Gli obiettivi strategici e le priorità di intervento del Piano in ambito sociale, sociosanitario e dei servizi sanitari territoriali, definiti anche alla luce del Piano regionale della prevenzione.	<b>Pag.30</b>
• <b>Area delle responsabilita' familiari e capacita' genitoriali, dei diritti dei bambini e degli adolescenti</b>	<b>Pag.30</b>
• <b>Area benessere giovani e prevenzione consumo/abuso sostanza e reinserimento</b>	<b>Pag.34</b>
• <b>Area dell'integrazione sociale a favore dei cittadini stranieri immigrati</b>	<b>Pag.48</b>
• <b>Area contrasto alla poverta' ed esclusione sociale</b>	<b>Pag.51</b>
• <b>Area anziani</b>	<b>Pag.53</b>
• <b>Area disabili</b>	<b>Pag.59</b>
4. Monitoraggio e valutazione (sistemi di indicatori distrettuali, riferimenti regionali)	<b>Pag.65</b>
5 .Orientamenti per la <u>programmazione finanziaria triennale</u> relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali	<b>Pag.67</b>

## PREMESSA

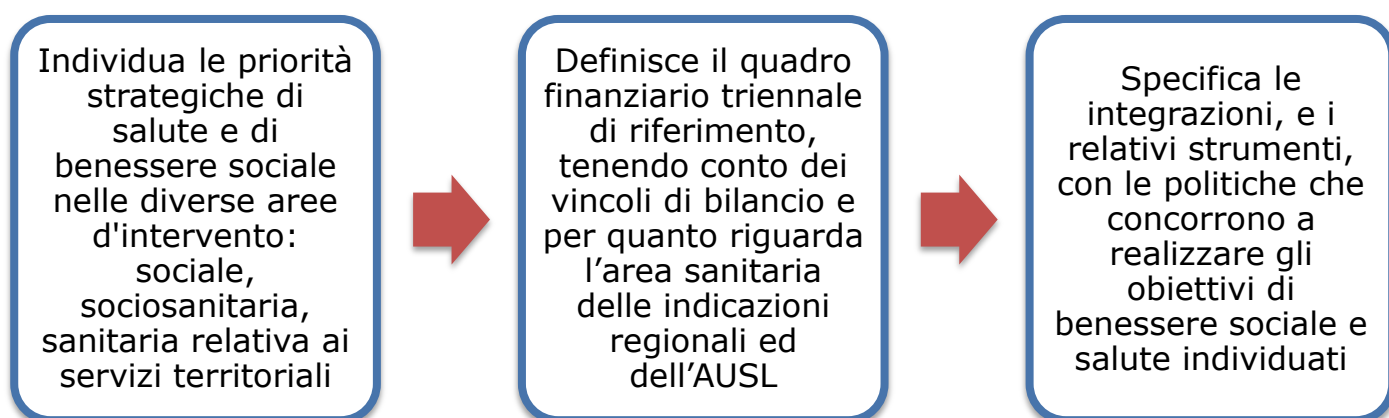
La promozione del benessere, anche a fronte dei cambiamenti socio demografici e culturali nonché dei nuovi mutati bisogni, richiede interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse (pubbliche, del terzo settore, del volontariato) ricercando l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e, allo stesso tempo, di queste con le politiche ambientali, urbanistiche abitative, formative, occupazionali e culturali.



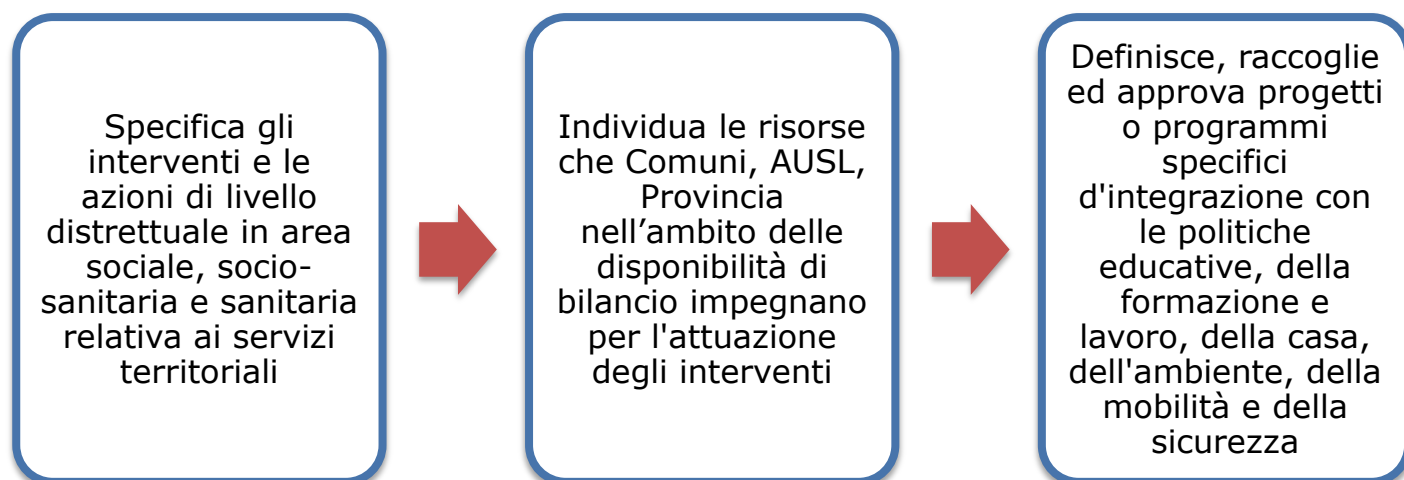
Il nuovo strumento espressione di questa programmazione integrata è rappresentata dal Piano di zona distrettuale triennale per la salute e per il benessere sociale, di durata triennale, che sostituisce il Piano sociale di zona rafforzandone il raccordo con il Piano per la Salute, assumendo gli indirizzi strategici della programmazione e le scelte di priorità; nonché il Programma Attuativo Annuale (PAA) che costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale, ne specifica gli interventi di livello distrettuale in area sociale, sociosanitaria, compreso il Piano annuale delle attività per la non autosufficienza, individua le specifiche risorse che Comune, Ausl, Provincia e Regione impegnano per

l'attuazione degli interventi, approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.

### Obiettivi del Piano di Zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale:



## Obiettivi del PAA (Programma Attuativo Annuale):



## Il sistema integrato dei servizi socio sanitari del Distretto di Castelnovo ne' Monti

Una visione a tutto campo sulle determinanti di salute del nostro territorio e sulla partecipazione di tutta la società civile a un processo di responsabilizzazione sul tema del benessere e della salute, include che le istituzioni preposte si avvalgano di una modalità di governo definita oggi col termine "governance". Per governance si intende quella modalità di negoziazione tra sfera pubblica, sfera privata e/o altri attori caratterizzata da una complessa rete di interdipendenza a diversi livelli di autorità. La governance dunque pone particolare attenzione alle relazioni tra i diversi attori sociali, rimarcando però il ruolo di regia o di committenza delle istituzioni pubbliche e il ruolo di garanzia per il benessere e la salute di tutti i cittadini. A questo riguardo assume una particolare rilevanza l'integrazione delle politiche sociosanitarie, su cui ri-fondare un'adeguata integrazione professionale e organizzativa dei servizi, al fine di organizzare risposte ed interventi basati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità ed in rapporto ai loro contesti di vita.

### La governance distrettuale



Il Servizio Sociale Unificato, istituito con l'Accordo di Programma siglato nel maggio 2003 tra tutti i Comuni del Distretto e l'Ausl, è attualmente la struttura organizzativa deputata alla gestione sovracomunale di alcuni servizi ed all'attuazione dei programmi previsti nel Piano di Zona.

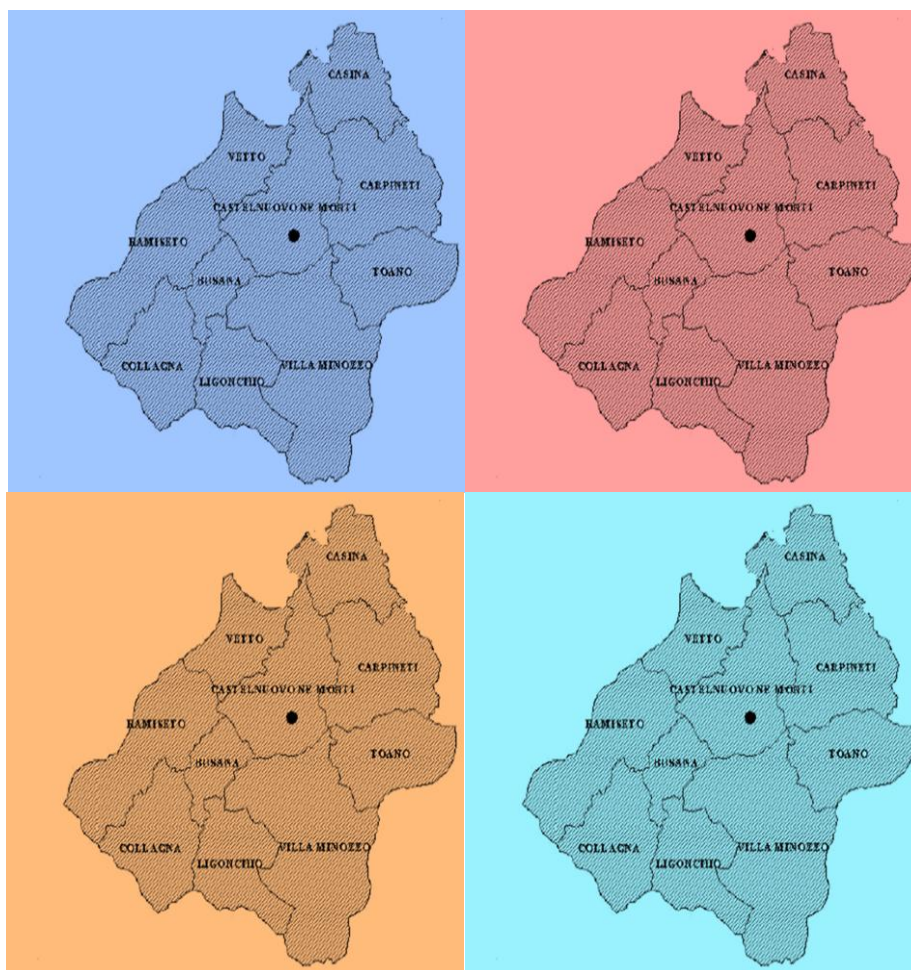
Il Servizio Sociale Unificato si caratterizza come struttura altamente flessibile: la forma giuridica dell'accordo di programma e l'operatività presso la sede del Comune di Castelnovo ne' Monti (struttura organizzativa, gestione economico - finanziaria, procedure amministrative e contabili) costituiscono un indiscutibile punto di forza sul quale fondare

un'evoluzione in linea con il modello regionale di governance.

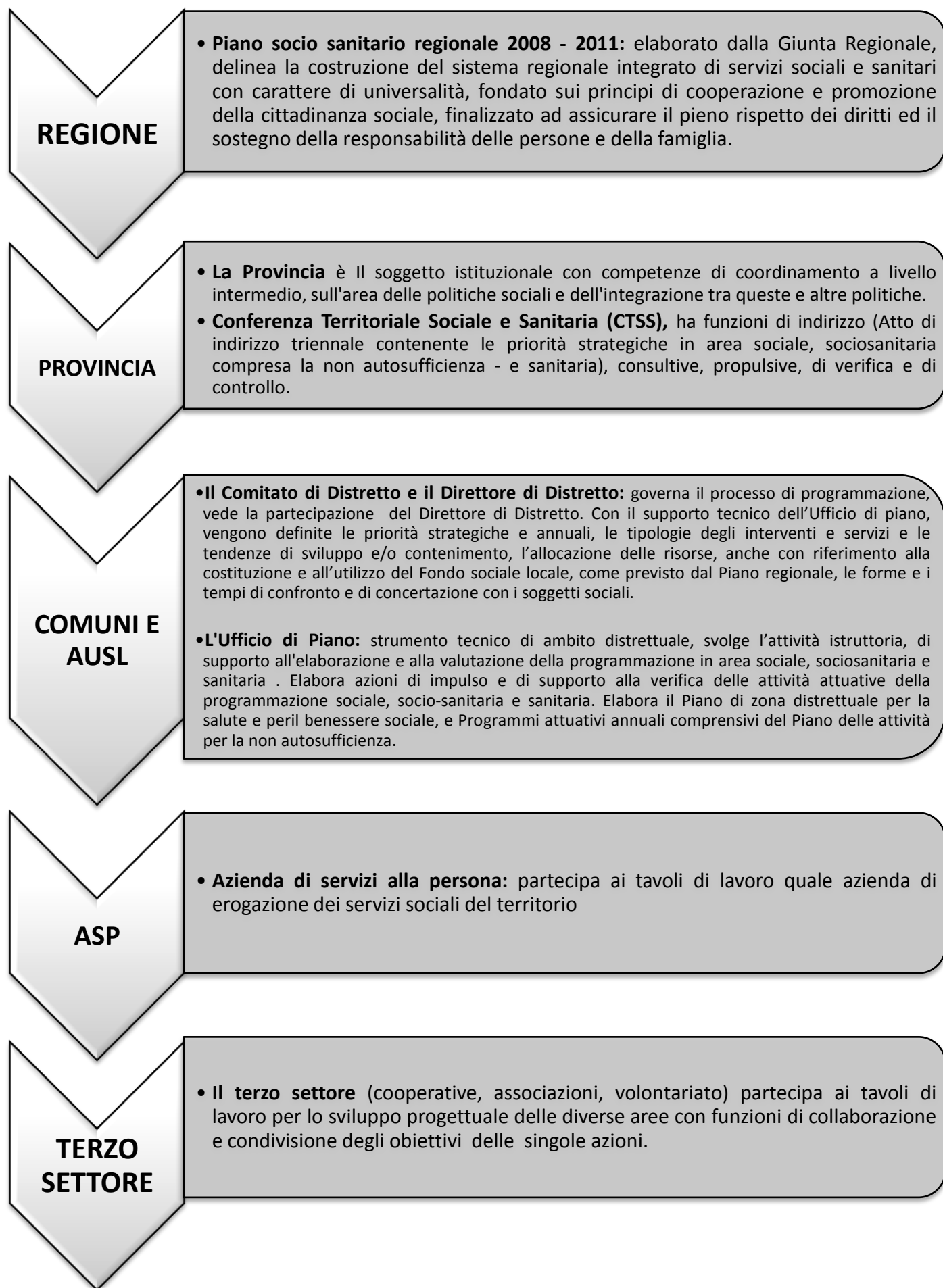
Tale organizzazione si è avviata già nel corso del 2007 ad una ulteriore fase di sviluppo, in concomitanza con l'approvazione del programma distrettuale di sviluppo del nuovo Ufficio di piano e l'approvazione del Fondo regionale della non autosufficienza.

Nel nostro territorio si rilevano ancora diversità di opportunità, nell'utilizzo dei diversi servizi e nel sistema di offerta a livello sociale, sociosanitario e sanitario: è quindi necessario trovare una composizione nel corso del triennio cercando di riequilibrare le condizioni di offerta dei servizi nel nostro Distretto, garantendo a tutti i cittadini pari opportunità di accesso e fruizione dei servizi.

Contrastare concretamente i meccanismi generatori di disuguaglianze significa affrontare e definire in modo specifico i temi dell'informazione, dell'accesso e della presa in carico dell'intero territorio distrettuale.



## 1. Gli attori e il percorso di costruzione del Piano





Il protagonista dello sviluppo diventa la comunità locale, comprensiva delle aggregazioni formali e informali, delle istituzioni e dei cittadini stessi.

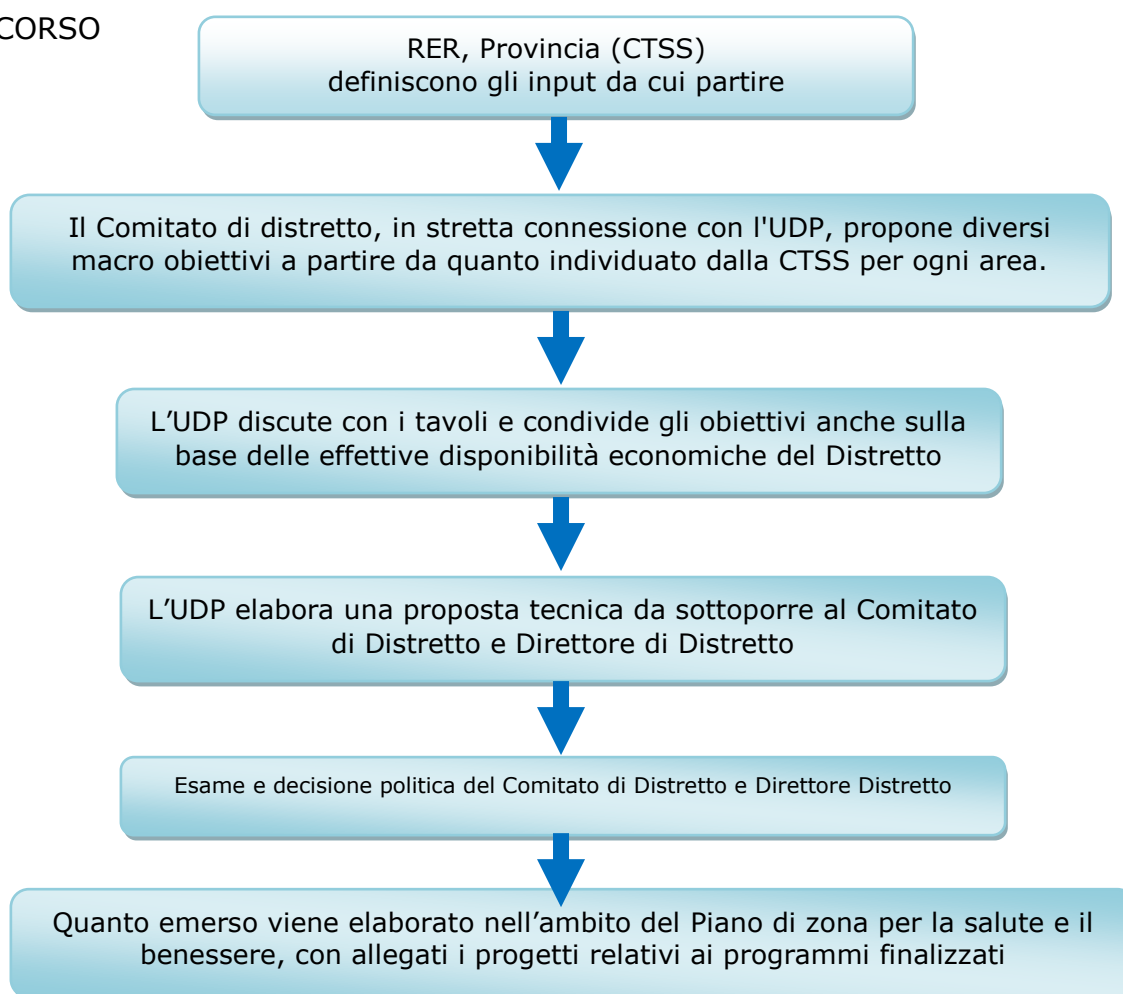
L'integrazione istituzionale, assicurata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e dal Comitato di Distretto, si fonda sui seguenti principi base:

- la centralità degli Enti Locali e della Regione nella programmazione, regolazione e realizzazione dei servizi sociali, sanitari e socio sanitari a rete;
- la separazione delle funzioni pubbliche di governo (programmazione, regolazione, verifica dei risultati) da quella di produzione dei servizi e delle prestazioni;
- l'individuazione del distretto quale ambito territoriale ottimale per l'esercizio associato della funzione di governo e per l'organizzazione associata delle funzioni amministrative ad essa collegata.

All'Ufficio di Piano (UDP) sono attribuite le funzioni primarie stabilite dalla normativa di riferimento, in particolare:

- l'attività di supporto al Comitato di Distretto in merito alla programmazione di zona, al suo monitoraggio e controllo;
- al presidio dell'integrazione tra servizi Comunali e Azienda USL;
- al raccordo con gli organismi di supporto e coordinamento della Provincia e dell'Azienda.

#### IL PERCORSO



## IL PERCORSO DEI TAVOLI TEMATICI

### La partecipazione ai tavoli tematici

Come tutti i processi di costruzione sociale, l'individuazione e la rappresentazione condivisa dei problemi che si è realizzata all'interno dei lavori dei 6 Tavoli Tematici, ha prestato particolare attenzione a:

- L'integrazione dei diversi punti di vista dei soggetti coinvolti
- L'integrazione di diverse prospettive culturali e professionali
- La sollecitazione ad evitare passività e deleghe
- La messa a punto di strumenti e metodologie per facilitare il processo.

Il processo di lavoro realizzato dai 6 Tavoli tematici si è sviluppato in 6 fasi successive sintetizzate dal seguente schema:

<b>1 - Lettura del contesto da diversi punti di vista</b>
<b>2 - Individuazione e analisi delle problematiche e delle risorse:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Criticità prevalenti</li><li>▪ Risorse presenti / mappature</li></ul>
<b>3 - La progettazione</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• I destinatari</li><li>• La qualità/quantità dei servizi offerti</li><li>• Interventi tecnici e/o organizzativi adottati</li><li>• I rapporti tra soggetti erogatori</li><li>• I rapporti tra erogatori e fruitori</li><li>• L'immagine (informazioni, comunicazioni, accesso)</li></ul>
<b>4 - Indicazioni di priorità' per la progettazione</b>
<b>5 - Attivazione di contatti fra i soggetti dei tavoli</b>

La Regione Emilia Romagna con la deliberazione del Consiglio Regionale n. 175 del 22/05/2008, ha approvato il nuovo "Piano Sociale e Sanitario Regionale".

A sua volta la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) della Provincia di Reggio Emilia, in coerenza con il Piano Socio Sanitario Regionale, ha elaborato il "Profilo di Comunità" e ha approvato l' "Atto di indirizzo e coordinamento", che evidenzia le priorità strategiche per una programmazione integrata sia nell'area degli interventi sociali e sanitari che con le altre



politiche che influenzano la salute ed il benessere sociale (politiche abitative, del lavoro, della mobilità, della scuola, della sicurezza).

Tali documenti hanno rappresentato uno strumento di programmazione degli interventi sociali e socio sanitari, che verranno utilizzati con l'apporto di tutti i soggetti, pubblici e privati, che esercitano attività di carattere sociale, socio – sanitario e sanitario, oppure che svolgono ruoli istituzionali in settori collegati nella zona sociale di riferimento, costituita, per quanto di specifico interesse, dal distretto di Castelnovo ne' Monti.

Il processo di costruzione partecipata del Piano di Zona 2009-2011 prende ufficialmente avvio con la Conferenza del 27 GENNAIO 2009, alla quale sono presenti rappresentanti dei Comuni, dell'ASL, della Provincia, delle O.O. S.S. e del Terzo Settore.

Nell'ambito di tale assemblea, i rappresentanti dei Comuni, dell'AUSL e del Servizio Sociale Unificato hanno illustrato il percorso di lavoro finalizzato alla redazione del Piano di Zona, sia riassumendo le fasi precedenti ed i rispettivi ruoli dei soggetti istituzionali, sia presentando gli "strumenti" operativi : i Tavoli di lavoro.

Durante la conferenza è stata richiesta ai partecipanti una formale iscrizione sottoscrivendo un apposito modulo, che prevedeva non solo l'indicazione del soggetto territoriale rappresentato, ma anche il nome della persona che avrebbe partecipato, in modo da evitare avvicendamenti che avrebbero potuto rallentare i lavori. Si è anche invitato ogni Ente partecipante a iscrivere non più di una persona per tavolo, in modo da non costituire gruppi troppo numerosi. Si è cercato di perseguire una partecipazione la più eterogenea possibile legata agli assi dei soggetti istituzionali e del terzo settore, del sociale, del sanitario e del socio-educativo, rappresentativi per quanto riguarda esperienze diverse, che potessero mettere in comune più punti di vista. Tutto ciò finalizzato a letture e analisi del contesto sociale che permettessero di produrre rappresentazioni più sensibili ed articolate delle problematiche esistenti e del funzionamento dei servizi.

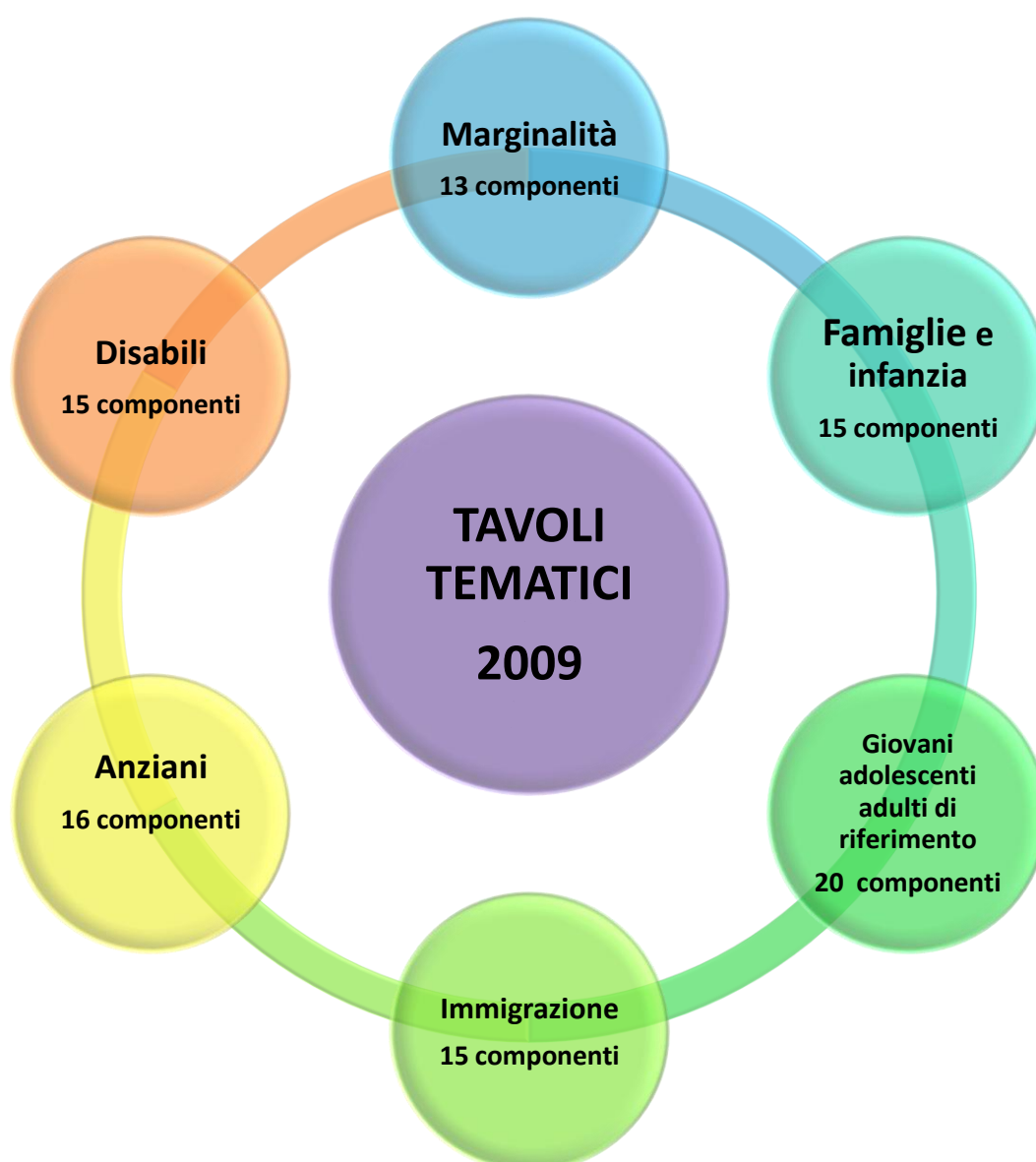
Alcuni criteri:

- L'importanza di una disponibilità a partecipare con un impegno costante;
- Vicinanza ai temi sociali trattati, ai servizi, alle risorse, alle problematiche del territorio;
- La rappresentatività;
- I tavoli non si intendono conclusi con la presentazione del lavoro alla Regione, ma continueranno trattando altri temi nel periodo successivo con ulteriori incontri e approfondimenti.
- I partecipanti ai tavoli di lavoro sono stati complessivamente 106.

PARTECIPANTI	NUMERO
Rappresentanti dei Comuni	<b>11</b>
Rappresentanti Servizio Sociale Unificato	<b>16</b>
Rappresentanti AUSL	<b>19</b>
Rappresentanti A.S.P.	<b>1</b>

Rappresentanti Scuola	<b>5</b>
Rappresentanti Enti di Formazione	<b>2</b>
Rappresentanti Cooperative e Case protette	<b>12</b>
Rappresentanti Associazioni, Volontariato, Giovani	<b>33</b>
Rappresentanti del Sindacato	<b>3</b>
Rappresentanti Forze dell'Ordine	<b>4</b>

I 6 Tavoli Tematici relativi alle diverse aree di intervento sociale, costituiti da referenti dei Comuni, dei Servizi Sociali e Sanitari, della Scuola, del Sindacato, del Terzo Settore (Cooperative sociali, Associazioni di volontariato, Parrocchie), sono state così definite:



Un funzionario del Servizio Sociale Unificato e un funzionario dell'AUSL, coordinati dalla responsabile del SSU, si sono occupati di guidare il lavoro dei tavoli tematici proponendo una

metodologia ed una tempistica comuni, in modo che i gruppi lavorassero in parallelo e in modo omogeneo. Si sono realizzati 2/3 incontri per ogni tavolo, durante i quali si sono **raccolti punti di vista** diversi su temi identificati per diffusione e gravità/importanza, **strutturati poi in una proposta organica e condivisa sugli obiettivi strategici delle politiche sociali e sanitarie** da proporre al Comitato di Distretto per i prossimi 3 anni nell'ambito specifico.

A tale scopo è stata predisposta una scheda in cui si chiedeva ad ogni partecipante di indicare: *Argomenti, problematiche principali, obiettivi prioritari, tematiche condivisibile da altri partecipanti del tavolo, quali, in che modo, elementi necessari per affrontare le criticità, quale supporto offrire dal proprio osservatorio e indicatori.*

Le schede sono state raccolte dai coordinatori del tavolo e rispedito ai vari componenti del gruppo. In totale hanno avuto luogo 15 incontri tra gennaio e febbraio 2009. La media dei partecipanti agli incontri di ciascun gruppo è stata di 10 componenti. Pur avendo seguito una metodologia comune, indispensabile per garantire omogeneità al processo complessivo, ciascun tavolo ha avuto un suo particolare percorso.

## LA COMPOSIZIONE DEI TAVOLI DI LAVORO

<b>TAVOLO FAMIGLIE E INFANZIA</b>
PEDIATRA - AUSL RE – CASTELNOVO NE' MONTI
DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO VILLA MINOZZO
PSICOLOGO S.S.U
RAPPRESENTANTE GENITORI SCUOLE MEDIE CASTELNOVO NE' MONTI
PEDAGOGISTA CCQS
RAPPRESENTANTE AREA INFANZIA COOPSELIOS
RAPPRESENTANTE CARITAS
RAPPRESENTANTE FAMIGLIE SOLIDALI DI VILLA MINOZZO
RAPPRESENTANTE ASSOCIAZIONE GENITORI - AGIRE
RAPPRESENTANTE AUSL - NEUROPSICHIATRIA DISTRETTO CAST. MONTI
RAPPRESENTANTE POLIZIA MUNICIPALE COMUNE DI VETTO
RAPPRESENTANTE STAZIONE COMANDO CARABINIERI CASTELNOVO MONTI
ASS.SOC. COMUNE DI VILLA MINOZZO
EDUCATORE PROFESSIONALE AREA MINORI SSU
ASS.SOC. COMUNE DI CASTELNOVO NE' MONTI

<b>TAVOLO GIOVANI ADOLESCENTI E ADULTI DI RIFERIMENTO</b>
OPERATORE DI STRADA
RAPPRESENTANTE POLIZIA STRADALE
RAPPRESENTANTE ASSOCIAZIONE FENICE
RAPPRESENTANTE ORATORIO DON BOSCO- PASTORALE GIOVANILE -SINAPSI
STUDENTE ENAIP CASTELNOVO NE' MONTI
COORDINATORE ENAIP CASTELNOVO NE' MONTI
ASS. SOC. UNIONE DEI COMUNI
MEDICO OSPEDALE S. ANNA – UO GINECOLOGIA – CONSULTORIO GIOVANI
DIRIGENTE SCOLASTICO I. S. "C. CATTANEO CON LICEO DALL'AGLIO"
RAPPRESENTANTE I. S. "MOTTI"
STUDENTE ISTITUTO SUPERIORE MOTTI
STUDENTE I.S. "C. CATTANEO CON LICEO DALL'AGLIO"
PSICOLOGO CCQS
GIOVANE ADULTO DELLA COMUNITA'
RAPPRESENTANTE GIOVANI – PATTO
RAPPRESENTANTE ASSOCIAZIONE GENITORI - AGIRE
RAPPRESENTANTE ASSOCIAZIONI SPORTIVE
RAPPRESENTANTE ASSOCIAZIONI CULTURALI EFFETTO NOTTE E STANA
RESPONSABILE REDACON
DIRETTORE PROVINCIALE CONFCOOPERATIVE

<b>TAVOLO ANZIANI</b>
RAPPRESENTANTE COOP SOCIALE ELIOS AREA ANZIANI
RAPPRESENTANTE AUSER
MEDICO DI BASE AUSL DISTRETTO C. MONTI
CAPO SALA SID
RAPPRESENTANTE CUPLA
RAPPRESENTANTE SERVIZIO ANZIANI SSU
GERIATRA NUCLEO DEMENZE - AUSL DISTRETTO DI CASTELNOVO NE' MONTI
RAPPRESENTANTE ASP "DON CAVALLETTI"
RAPPRESENTANTE COOP SOCIALE PRIVATA ASSISTENZA
MEDICO RSA\U.O.LUNGODEGENZA
RAPPRESENTANTE CENTRO SOCIALE INSIEME
ASS.SOC. COMUNE DI CARPINETI
ASS.SOC. COMUNE DI CASTELNOVO NE' MONTI
RAPPRESENTANTE VILLA MARIA
RAPPRESENTANTE OASI SAN FRANCESCO
RAPPRESENTANTE S.A.I. - MARIA SPAGGIARI BONI

<b>TAVOLO DISABILI</b>
RAPPRESENTANTE COOP SOCIALE MARTA E MARIA
RAPPRESENTANTE COOPERATIVA IL GINEPRO
MEDICO DI BASE AUSL RE - DISTRETTO CASTELNOVO NE' MONTI
RAPPRESENTANTE ASS.NE FACE
RESPONSABILE SERVIZIO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE AUSL
RAPPRESENTANTE SSU AREA DISABILI
RAPPRESENTANTE CENTRO PER L'IMPIEGO
RAPPRESENTANTE COOSELIOS AREA DISABILI
FUNZIONE STRUMENTALE ISTITUTO SUPERIORE MOTTI
DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO DI TOANO

RAPPRESENTANTE NUCLEO TERRITORIALE
ASS.SOC. COMUNE DI VETTO
ASS.SOC. COMUNE DI CASTELNOVO
RAPPRESENTANTE ENAIP
RAPPRESENTANTE AUSER
RAPPRESENTANTE ASP "DON CAVALLETTI"

<b>TAVOLO INTERCULTURA</b>
RAPPRESENTANTE URP AUSL RE DISTRETTO DI CASTELNOVO NE' MONTI
OSTETRICA CONSULTORIO FAMILIARE AUSL - DISTRETTO DI C. MONTI
PEDIATRA - AUSL
MEDICO SSM AUSL - DISTRETTO DI C. MONTI
REFERENTE STAFF RICERCA INNOVAZIONE AUSL - DISTRETTO DI C. MONTI
DIRIGENTE SCOLASTICO DIREZIONE DIDATTICA CASTELNOVO NE' MONTI
RAPPRESENTANTE ENAIP
VICE PRESIDE ISTITUTO SUPERIORE MOTTI
ASS. SOC. DI CARPINETI
ASS. SOC. DI VETTO
MEDIATORE LC - AUSL
MEDIATORE LC - AUSL
ASSISTENTE DI CURA

<b>TAVOLO MARGINALITA'</b>
RAPPRESENTANTE CARITAS
RAPPRESENTANTE COOP SOCIALE IL VILLAGGIO
ASS. SOC. UNIONE DEI COMUNI



ASS. SOC. COMUNE DI CASTELNOVO
RAPPRESENTANTE COOP SOCIALE MARTA E MARIA
RAPPRESENTANTE CENTRO PER L'IMPIEGO
RAPPRESENTANTE ENAIP
RAPPRESENTANTE SSM- AUSL- DISTRETTO DI C. MONTI
RAPPRESENTANTE STAZIONE CARABINIERI DI C. NE' MONTI
RAPPRESENTANTE COOPERATIVA IL GINEPRO
RAPPRESENTANTE POLIZIA MUNICIPALE

## LE TEMATICHE TRASVERSALI EMERSE ALL'INTERNO DEI TAVOLI DI LAVORO

**Cultura dell'accoglienza**, come elemento da promuovere a supporto di situazioni di fragilità, il termine fragilità con una connotazione ampia che si riferisce alla condizione di immigrato a condizioni di marginalità in senso lato, situazioni di minori in difficoltà ( non necessariamente famiglie patologiche) e ad anziani fragili o non autosufficienti. La necessità di promuovere le azioni positive che si realizzano sui territori partendo, da esperienze quotidiane da far conoscere e diffondere, per stimolare la società ad attivarsi con azioni positive scardinando eventuali pregiudizi o intolleranze presenti. I comportamenti di intolleranza e le prese di distanza dal "diverso" vanno accompagnati con azioni positive del contesto sociale, che esistono e sono presenti, ma vanno maggiormente diffuse. Fare leva sulla responsabilità sociale.

**Promuovere forme di convivenza "altre"**; pensare alla promozione/costruzione di nuove convivenze non necessariamente parentali, che si sviluppino a supporto di situazioni di fragilità/difficoltà, anziani soli, pazienti psichiatrici le cui risorse familiari per vari motivi non sono presenti o non attivabili. Anche in questo caso ritorna il tema dell'attivazione dei legami sociali e della responsabilità sociale della comunità che accoglie e si attiva.

**La Comunicazione**, l'argomento è stato individuato come trasversale nei diversi tavoli e con diverse riflessioni:

- ✓ in relazione alle tecnologie da attivare e promuovere a livello locale, internet e tecnologie informatiche quale rete di comunicazione che collega la montagna al contesto globale, strumento che diminuisce le distanze "fisiche", di un territorio isolato;
- ✓ in relazione al linguaggio spesso usato dai servizi molto tecnico e spesso di difficile comprensione per il cittadino;
- ✓ necessità di comunicazione come informazione sui servizi, le opportunità e la diffusione delle azioni positive.

In relazione al tema della comunicazione si è aperto un ragionamento sulla possibilità di utilizzo dei diversi mezzi di comunicazione presenti sul territorio da parte dei servizi, come strumenti di comunicazione.

**Identità della montagna** elementi che caratterizzano il nostro territorio e valorizzano il modo di “stare in montagna” come valore da ricercarsi nei gesti della vita quotidiana, elementi etici della diversità che assumono un significato positivo. Spesso si cerca di apprendere da altri territori, quando in realtà occorre riflettere sugli elementi positivi della nostra cultura.

**Lavoro** in relazione alla crisi che sta avanzando, quindi perdita di occupazione in un territorio già carente, e lavoro in relazione alle categorie “fragili” seguite dai servizi, dove da sempre non vi è spazio per i percorsi protetti. In questo quadro la consapevolezza da un lato dell’aumento di situazioni di precarietà e dall’altro la consapevolezza di utilizzare strumenti inadeguati e non essere in grado di dare significative risposte al problema, occorre rimettere in discussione gli attuali strumenti e coinvolgere i contesti locali per immaginare alleanze possibili.

**L’accessibilità del territorio e gli aspetti legati alla mobilità**, con l’intento di comprendere le lacune del sistema dei trasporti e delle infrastrutture viarie, e di proporre idee per un miglioramento della fruibilità sostenibile del territorio e dei suoi servizi.

**La rete** istituzionale ed informale, ritorna il tema della conoscenza e della comunicazione e la necessità di rendere visibile il sistema dei servizi in quanto tale e dove si incontra con gli interventi informali.

**Le Risorse** in senso lato (finanziarie ed umane) tema trasversale a tutti i tavoli legato ad una situazione di incertezza finanziaria che nel corso del 2009 permette un sostanziale mantenimento dei servizi, risulta particolarmente sofferente l’aria educativa dove si valuterà una riduzione delle azioni. Risorse non solo economiche ma anche di personale spesso legato a azioni incerte a cui diventa difficile creare condizioni di stabilità quindi si assiste ad un notevole turn over che costringe a ripartire da capo.



## 2. I bisogni della popolazione emergenti dal Profilo di comunità e il confronto con servizi e risorse disponibili

Il Distretto di Castelnovo ne' Monti comprende i comuni di Busana, Carpineti, Casina, Castelnovo ne' Monti, Collagna, Ligonchio, Ramiseto, Toano, Vetto e Villa Minozzo con una popolazione residenti complessiva al 31.12.2007 di 34.309 abitanti. Il territorio si estende per una superficie complessiva di 796.52 kmq, interamente classificato come montano: nel complesso rappresenta 1/3 del territorio provinciale.

Il distretto si divide in due aree, quella del *crinale* che comprende Busana, Collagna, Ligonchio, Ramiseto, Villa Minozzo (425,01 Km<sup>2</sup>) e quella che potremmo chiamare della *montagna pedecollinare* che copre i comuni di Casina, Carpineti, Castelnovo ne' Monti, Toano e Vetto (371,51 Km<sup>2</sup>).

### Un Distretto e due dinamiche demografiche

I cinque comuni del crinale coprono il 25 % della popolazione del Distretto, con una flessione demografica pari al 54% tra i censimenti del 1951 e il 2001, trend che si sta confermando anche nell'ultimo decennio; mentre è leggermente in aumento nell'area della montagna pedecollinare, fatta eccezione per Vetto.


La popolazione distrettuale è cresciuta in un decennio (1997 - 2007) dell'1,5%. Vedi tab.2.1

La popolazione dell'intera provincia di Reggio Emilia, nello stesso decennio è cresciuta del 16,30%.

I trend della dinamica demografica nel Distretto non sono uniformi. L'Unione dei Comuni dell'Alto Appennino Reggiano registrano una costante diminuzione di popolazione nel decennio preso in esame. Vedi Tab2.2


I restanti comuni invece registrano un aumento di popolazione, ad eccezione dei due comuni di Vetto e Villa Minozzo che nel decennio preso in esame registrano un differenziale negativo rispettivamente del 5,9% e del 2,6%. Vedi Tab.2.3

**Tab 2.1 Popolazione Totale nei Comuni del Distretto di Castelnovo ne' Monti (1997/2007)**

	31/12/1997	31/12/2001	31/12/2007	 % 97/07
<b>BUSANA</b>	1.327	1.353	1.293	<b>-2,6%</b>
<b>CARPINETI</b>	4.161	4.151	4.216	<b>1,3%</b>
<b>CASINA</b>	4.245	4.342	4.453	<b>5,0%</b>
<b>CASTELNOVO NE MONTI</b>	10.039	10.272	10.537	<b>5,0%</b>
<b>COLLAGNA</b>	1.032	1.002	996	<b>-3,5%</b>
<b>LIGONCHIO</b>	1.114	999	940	<b>-15,6%</b>
<b>RAMISETO</b>	1.467	1.397	1.370	<b>-6,5%</b>
<b>TOANO</b>	4.140	4.268	4.450	<b>7,5%</b>
<b>VETTO</b>	2.131	2.092	2.005	<b>-5,9%</b>
<b>VILLA MINOZZO</b>	4.149	4.092	4.043	<b>-2,6%</b>
<b>TOTALE DISTRETTO</b>	33.805	33.968	34.310	<b>1,5%</b>


**Fonte: Provincia di Reggio Emilia**

**Tab 2.2 Popolazione Totale nell'Unione dei Comuni dell'Alto Appennino (1997/2007)**

	31/12/1997	31/12/2001	31/12/2007	 % 97/07
<b>BUSANA</b>	1.327	1.353	1.293	<b>-2,6%</b>
<b>COLLAGNA</b>	1.032	1.002	996	<b>-3,5%</b>
<b>LIGONCHIO</b>	1.114	999	940	<b>-15,6%</b>
<b>RAMISETO</b>	1.467	1.397	1.370	<b>-6,5%</b>
<b>Unione di Comuni</b>	4.940	4.751	4.599	<b>-6,9%</b>

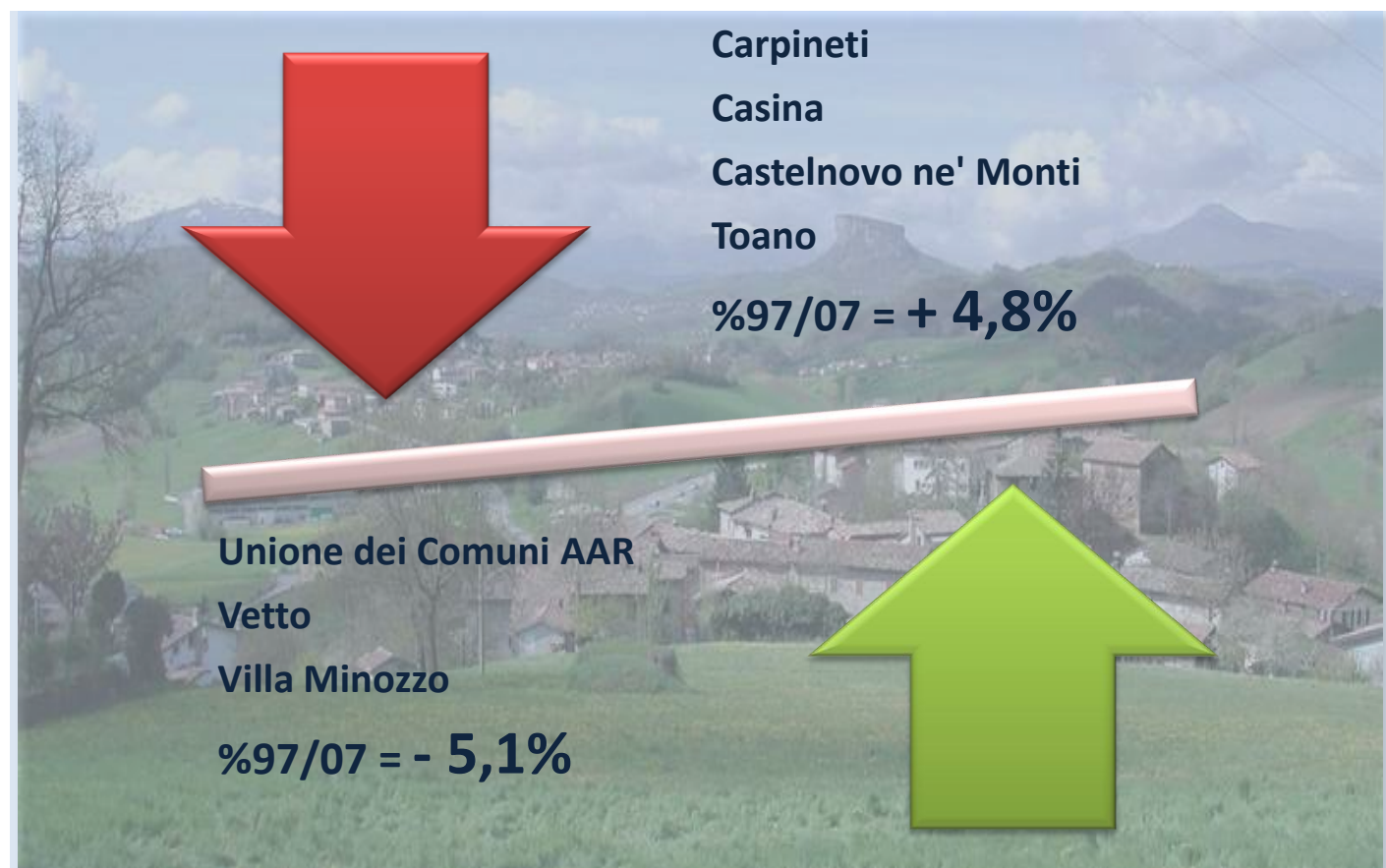
**Fonte: Provincia di Reggio Emilia**

**Tab 2.3 Popolazione Totale del Distretto C.Monti senza Unione dei Comuni (1997/2007)**

	31/12/1997	31/12/2001	31/12/2007	 % 97/07
<b>CARPINETI</b>	4.161	4.151	4.216	<b>1,3%</b>
<b>CASINA</b>	4.245	4.342	4.453	<b>5,0%</b>
<b>CASTELNOVO NE MONTI</b>	10.039	10.272	10.537	<b>5,0%</b>
<b>TOANO</b>	4.140	4.268	4.450	<b>7,5%</b>
<b>VETTO</b>	2.131	2.092	2.005	<b>-5,9%</b>
<b>VILLA MINOZZO</b>	4.149	4.092	4.043	<b>-2,6%</b>
<b>Distretto senza Unione</b>	28.865	29.217	29.711	<b>2,9%</b>

**Fonte: Provincia di Reggio Emilia**

**Fig.2.1 Differenziale demografico (1997/2007)**



## ANALISI DEL TASSO DEMOGRAFICO

Per **tasso demografico** intendiamo il rapporto tra il numero di eventi osservati (nascite, decessi etc.) e la popolazione media del periodo d'osservazione.

**Tab. 2.4 Tasso demografico al 31/12/2007 Distretto di Castelnovo ne Monti**

COMUNI	Tassi Demografici per 1000 residenti				Tassi di incremento		
	Natalità	Mortalità	Immigrazione	Emigrazione	Naturale	Migratorio	Totale
<b>Busana</b>	9,2	16,9	33,1	30,8	-7,7	2,3	-5,4
<b>Carpineti</b>	10,0	12,3	25,6	22,8	-2,4	2,8	0,5
<b>Casina</b>	11,2	12,6	31,0	27,9	-1,3	3,1	1,8
<b>Castelnovo ne' Monti</b>	8,5	14,3	27,2	22,5	-5,8	4,7	-1,0
<b>Collagna</b>	4,0	17,1	33,1	21,1	13,0	12,0	-1,0
<b>Ligonchio</b>	5,3	24,3	36,0	22,2	-19,0	13,8	-5,3
<b>Ramiseto</b>	5,8	26,3	38,7	17,5	-20,4	21,2	0,7
<b>Toano</b>	12,0	9,5	35,7	31,4	2,5	4,3	6,8
<b>Vetto</b>	7,4	16,9	29,3	24,3	-9,4	5,0	-4,5
<b>Villa Minozzo</b>	6,9	17,1	34,7	23,5	-10,2	11,1	1,0
<b>Media Distrettuale</b>	9,0	14,6	30,7	24,7	-5,7	6,0	0,3
<b>Media Provinciale</b>	11,4	10,4	48,4	31,9	1,1	16,4	17,5

Fonte: Provincia di Reggio Emilia – Evoluzione della Popolazione

**Tab. 2.5 Serie storica 1999/2007 del tasso demografico del Distretto di Castelnovo ne Monti**

Serie storica del Distretto di Castelnovo ne 'Monti	Tassi Demografici per 1000 residenti				Tassi di incremento		
	Natalità	Mortalità	Immigrazione	Emigrazione	Naturale	Migratorio	Totale
<b>1999</b>	7,1	12,9	28,8	21,0	-5,8	7,8	2,1
<b>2000</b>	7,9	14,6	32,8	24,2	-6,7	8,5	1,8
<b>2001</b>	6,4	12,8	25,9	17,8	-6,4	8,1	1,7
<b>2002</b>	7,9	13,6	32,9	20,9	-5,7	12,0	6,3
<b>2003</b>	7,8	14,0	48,8	28,6	-6,2	20,2	14,0
<b>2004</b>	7,7	14,2	36,3	26,1	-6,5	10,1	3,6
<b>2005</b>	7,5	15,4	33,0	27,3	-7,9	5,7	-2,2
<b>2006</b>	7,9	14,7	29,7	26,2	-6,7	3,5	-3,2
<b>2007</b>	9,0	14,6	30,7	24,7	-5,7	6,0	0,3

Fonte: Provincia di Reggio Emilia – Evoluzione della Popolazione

Alcuni fattori che emergono dai tassi demografici riportati:

- il **saldo naturale è prevalentemente negativo**, sia negli anni che nei singoli comuni, nonostante la lieve ripresa della natalità nell'ultimo anno;
- il **saldo migratorio non riesce a compensare il saldo naturale**, per cui si assiste a un calo della popolazione;
- in generale si nota un incremento direttamente proporzionale tra natalità e mortalità e tra migrazione e immigrazione, anche se con intensità diverse;

- rilevanti le punte di immigrazione nel 2003 e nel 2004 che avevano comportato anche un aumento della popolazione.

**Tab 2.6 ANALISI DEGLI INDICI DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE**

COMUNI	INDICE DI VECCHIAIA		INDICE DI DIPENDENZA		INDICE DI STRUTTURA		INDICE DI RICAMBIO	
	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007
<b>Busana</b>	<b>327,4</b>	<b>354,5</b>	<b>64,4</b>	<b>76,2</b>	<b>124,3</b>	<b>124,5</b>	<b>212,0</b>	<b>205,0</b>
Carpinetti	233,5	223,6	60,1	58,9	97,3	123,1	139,9	145,9
<b>Casina</b>	<b>180,7</b>	<b>186,6</b>	<b>59,9</b>	<b>59,5</b>	<b>97,7</b>	<b>116,4</b>	<b>132,5</b>	<b>137,5</b>
Castelnovo ne' Monti	189,8	186,1	58,2	59,0	94,4	113,8	124,7	131,4
<b>Collagna</b>	<b>560,9</b>	<b>444,4</b>	<b>73,8</b>	<b>79,5</b>	<b>106,9</b>	<b>131,3</b>	<b>148,8</b>	<b>263,0</b>
Ligonchio	698,2	591,7	80,5	79,0	126,9	151,2	241,4	286,4
<b>Ramiseto</b>	<b>441,2</b>	<b>531,2</b>	<b>84,1</b>	<b>75,0</b>	<b>116,4</b>	<b>135,1</b>	<b>151,7</b>	<b>155,6</b>
Toano	185,7	167,5	55,4	58,8	89,6	110,2	129,8	150,0
<b>Vetto</b>	<b>294,4</b>	<b>314,1</b>	<b>67,3</b>	<b>74,0</b>	<b>116,5</b>	<b>122,0</b>	<b>241,7</b>	<b>161,0</b>
Villa	335,5	350,8	73,00	76,9	106,6	131,7	175,1	166,4
<b>Media Distretto</b>	<b>240,2</b>	<b>235,0</b>	<b>62,8</b>	<b>64,1</b>	<b>100</b>	<b>119,6</b>	<b>146,7</b>	<b>149,7</b>
Media Provincia	159,2	129,6	50,5	53,0	91,9	102,9	140,4	123,3

**Fonte: Elaborazioni Provincia di Reggio Emilia**

Gl'indici di **vecchiaia** descrivono una lenta diminuzione dell'invecchiamento della popolazione nei comuni di Carpinetti, Castelnovo ne' Monti, Collagna, Ligonchio e Toano e un processo contrario nei comuni di Busana, Casina, Ramiseto, Vetto e Villa Minozzo. Pur mantenendo il primato, insieme a Vetto, della maggior percentuale di popolazione anziana i comuni del crinale.

Gl'indici di **dipendenza**, come pure tutti gli altri, sono più alti di quelli della Provincia.

Aumenta la popolazione dipendente, bambini e anziani (categorie di popolazione che utilizzano maggiormente i servizi sanitari e socio-sanitari), in particolare a Busana, Castelnovo, Collagna, Toano, Vetto, Villa Minozzo; diminuisce, pur rimanendo alta a Carpinetti, Casina,

Ligonchio, Ramiseto. Nonostante queste lievi tendenze il disagio più evidente lo mantengono sempre i comuni del crinale. Questo indicatore ha una certa rilevanza sulle condizioni economiche e sociali del territorio.

Distretto di Castelnovo Monti			
Indici Demografici	1991	2001	2007
Indice di vecchiaia	192,8	238,5	235,0
Indice di dipendenza	57,2	62,8	64,1
Indice di dipendenza giovanile	19,5	18,6	19,1
Indice di dipendenza senile	37,7	44,2	45,0
Indice di struttura	99,8	101,8	119,6
Indice di ricambio	127,8	146,6	149,7



Gli indici di **struttura** della popolazione attiva, indicano il livello di invecchiamento della popolazione attiva (40/64). Gli indici nel nostro territorio vicini o superiori al 100% stanno a dimostrare l'invecchiamento della popolazione produttiva.

Infine gli indici di **ricambio** della popolazione in età attiva, non prefigurano prospettive migliori considerando che solitamente oscilla tra il 15% in popolazioni in via di sviluppo e il 100% in popolazioni molto mature.

Probabilmente questi dati sono influenzati dalle distanze geografiche dei comuni rispetto ai servizi e alle possibilità lavorative che influenzano le condizioni socio-economiche, quindi le scelte di vita della popolazione.

In sintesi l'analisi della struttura della popolazione qui riassunta da alcuni indicatori in un range di tempo di sette anni mette bene in evidenza alcuni aspetti:

- incremento della popolazione anziana sia attiva che non
- diminuzione della popolazione in procinto di entrare nell'età lavorativa
- situazione più critica nei comuni del crinale nonostante qualche accenno di miglioramento

Negli ultimi 10 anni si è registrato in provincia di Reggio Emilia un incremento pressoché costante del tasso di natalità<sup>1</sup>, che negli ultimi due anni considerati oscilla intorno a 11‰.

**Tab 2.7 TASSO DI NATALITÀ NEL DISTRETTO, NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA E IN EMILIA-ROMAGNA**

<b>Ambiti</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Distretto di Castelnovo ne' Monti	7,79	7,72	7,52	7,86	8,95
<b>Provincia di Reggio Emilia</b>	<b>10,59</b>	<b>11,03</b>	<b>10,92</b>	<b>10,84</b>	<b>11,33</b>
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>8,82</b>	<b>9,25</b>	<b>9,24</b>	<b>9,38</b>	<b>9,53</b>

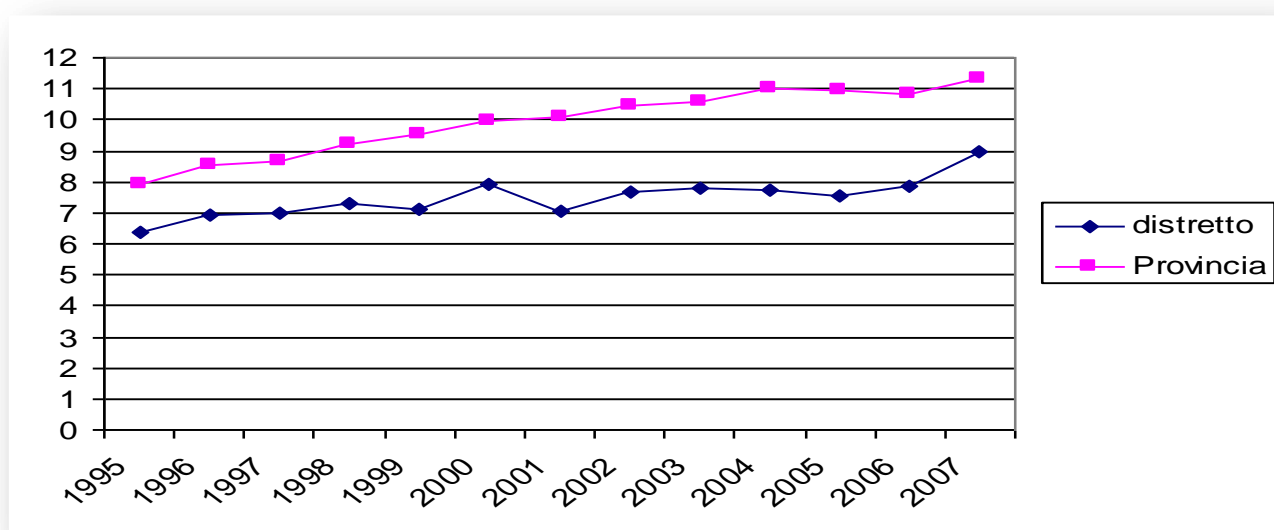
**Fonte: Regione Emilia-Romagna – vedi Profilo di Comunità anno 2008**

Nel nostro distretto c'è una certa oscillazione intorno al 7‰, con due punte nel 2000 e nel 2007.



<sup>1</sup> La natalità è calcolata come il numero di nati sulla popolazione totale x 1000, per ogni anno solare considerato.

**Tab.2.8 Tassi di natalità grezzi per anno nel distretto di Castelnovo ne' Monti e in Provincia di Reggio E.**



Dal 2001 al 2007 l'incremento, a livello provinciale risulta costante. Nell'ultimo anno considerato, sul distretto, la percentuale di bambini <1anno<sup>2</sup> con cittadinanza straniera supera il 22,4%. A ciò corrisponde un tasso di natalità della popolazione straniera che si aggira intorno al 1,95‰.

### **CIITADINI STRANIERI NEL DISTRETTO**

Come nel resto della Provincia, anche nel Distretto di Castelnovo ne' Monti si rileva da tempo un aumento di cittadini stranieri, anche se in maniera molto meno evidente rispetto agli altri distretti. Gli stranieri regolarmente iscritti all'anagrafe al 31 dicembre 2007 costituiscono il 7% (2413) della popolazione residente. Si tratta di una popolazione giovane, in particolare il 28% ha da 0 a 18 anni e solo il 2% supera i 65 anni. Un altro dato significativo è che il 49% (1179) degli immigrati è composto da popolazione femminile, di questa il 64% rientra nella fascia di età tra i 19 e i 64 anni .

I primi 5 paesi di provenienza dei cittadini stranieri nel nostro distretto sono, Marocco, Romania, Albania, Ucraina e Tunisia nelle percentuali riportate in tabella.

<b>Distretto di Castelnovo ne' Monti primi 6 paesi di provenienza dei cittadini stranieri</b>	
<b>Marocco</b>	<b>35%</b>
<b>Albania</b>	<b>20%</b>
<b>Romania</b>	<b>8%</b>
<b>Ucraina</b>	<b>6%</b>
<b>Tunisia</b>	<b>4%</b>
<b>India</b>	<b>3%</b>
<b>Altri paesi</b>	<b>25%</b>
<b>Totale</b>	<b>100%</b>

**Fonte: Osservatorio provinciale sulla popolazione straniera**

<sup>2</sup> Fonte: Osservatorio provinciale della popolazione straniera

Dati estrapolati dal Rapporto Stranieri a Reggio Emilia 2006, che si riferiscono al Distretto di Castelnovo ne' Monti.

**Tav. 3 - Cittadini dell'Unione Europea (UE) (v.a.)**

Zone	fasce d'età					Totale
	0-17	18-34	35-49	50-64	65 e oltre	
Castelnovo ne' Monti	20	27	35	21	4	107

**Tav. 48 - Cittadini dell'Unione Europea (v.a.)**

Comuni	fasce d'età					Totale
	0-17	18-34	35-49	50-64	65 e oltre	
Busana	0	0	0	0	0	0
Carpineti	0	6	7	2	1	16
Casina	1	2	3	3	1	10
Castelnovo ne' Monti	4	9	9	4	1	27
Collagna	0	2	2	0	0	4
Ligonchio	5	1	0	0	0	6
Ramiseto	0	0	2	1	0	3
Toano	0	4	2	2	1	9
Vetto	0	1	0	2	0	3
Villa Minozzo	10	2	10	7	0	29
Zona di Castelnovo ne' Monti	20	27	35	21	4	107

**Tav. 4 - Cittadini non comunitari (v.a.)**

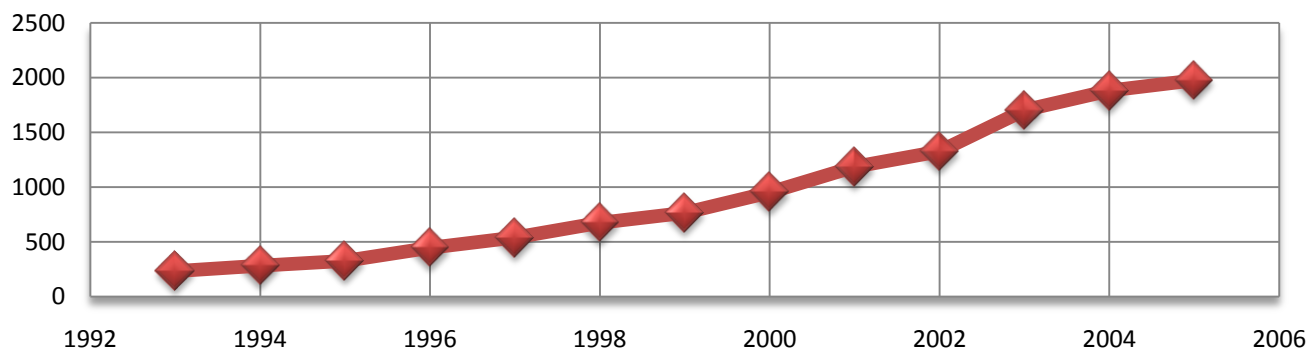
Zone	fasce d'età					Totale
	0-17	18-34	35-49	50-64	65 e oltre	
Castelnovo ne' Monti	548	694	557	152	24	1.975

**Tav. 49 - Cittadini non comunitari (v.a.)**

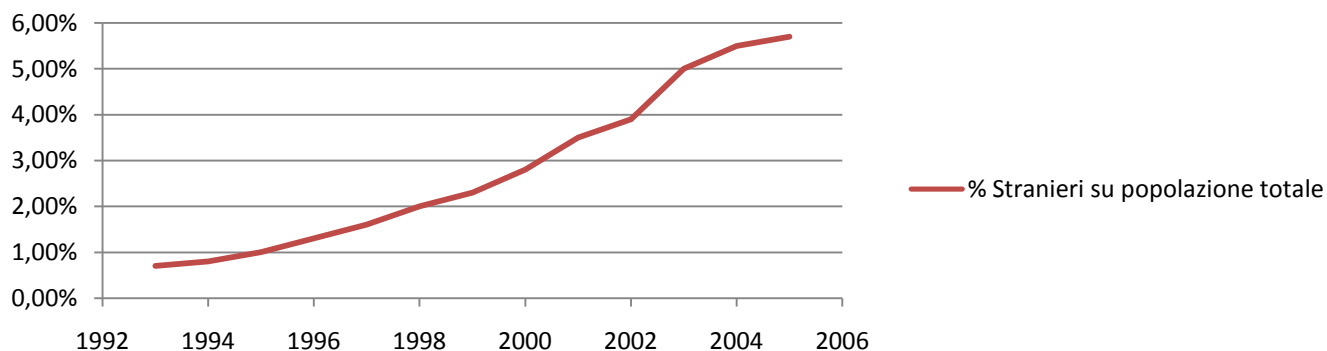
Comuni	fasce d'età					Totale
	0-17	18-34	35-49	50-64	65 e oltre	
Busana	7	16	6	5	0	34
Carpineti	62	88	67	19	3	239
Casina	81	75	83	17	1	257
Castelnovo ne' Monti	228	288	203	68	13	800
Collagna	2	6	7	0	0	15
Ligonchio	5	6	8	4	0	23
Ramiseto	0	11	10	2	0	23
Toano	91	114	94	16	4	319
Vetto	26	32	37	6	2	103
Villa Minozzo	46	58	42	15	1	162
Zona di Castelnovo ne' Monti	548	694	557	152	24	1.975



### Distretto di Castelnovo numero di stranieri dal 1993 al 2005 in v.a.



### % Stranieri su popolazione totale



## FENOMENO DELL'INVECCHIAMENTO

I cittadini ultrasessantacinquenni al 1° gennaio 2006 erano 9.443, il 27,4% della popolazione residente nel Distretto, proporzione più elevata della provincia. Di questi, più del 53% ha più di 74 anni (5.046); gli ultraottantenni sono 2.903.

Popolazione con età > di 65 anni			
Anni	> 65	Popolazione totale	% >65
1982	6.836	33.602	20%
1992	7.989	33.101	24%
2001	9.116	33.968	27%
2007	9.398	34.309	27%



## LE FAMIGLIE

Tra i mutamenti delle caratteristiche della popolazione più rilevanti osservate negli ultimi venti anni, vi è senza dubbio la modificazione strutturale a cui sono soggette le famiglie. Il numero medio dei componenti è sceso nella nostra Provincia da 2,88 nel censimento del 1981 a 2,5 nel 2000 e a confermare il trend a 2,4 nel 2005.

Il fenomeno trova origine in molteplici fattori quali l'invecchiamento della popolazione (quindi un maggior numero di coppie di anziani o vedovi/e), l'immigrazione (soprattutto la prima fase dell'immigrazione costituita dai giovani in età da lavoro, poiché la fase successiva dei ricongiungimenti familiari e il radicarsi nel territorio hanno invece un effetto opposto), la minore fecondità della popolazione, le nuove abitudini o stili di vita poco frequenti (i single) ed infine una recente condizione di stato civile, quella del separato/divorziato (introduzione del divorzio 1970).

**Tab 2.9 N. Famiglie residenti e numero medio dei componenti - serie storica**

	<b>1981</b>		<b>1991</b>		<b>2001</b>		<b>2005</b>		<b>2007</b>	
	<b>N.</b>	<b>Dim.</b>	<b>N.</b>	<b>Dim.</b>	<b>N.</b>	<b>Dim.</b>	<b>N.</b>	<b>Dim.</b>	<b>N.</b>	<b>Dim.</b>
<b>Busana</b>	583	<b>2,73</b>	633	<b>2,2</b>	644	<b>2,09</b>	648	<b>2,1</b>	644	<b>2</b>
<b>Carpineti</b>	1.342	<b>3,07</b>	1.495	<b>2,7</b>	1.682	<b>2,42</b>	1.794	<b>2,4</b>	1.817	<b>2,3</b>
<b>Casina</b>	1.393	<b>2,83</b>	1.529	<b>2,7</b>	1.767	<b>2,46</b>	1.851	<b>2,5</b>	1.918	<b>2,3</b>
<b>Castelnovo ne' Monti</b>	3.179	<b>2,93</b>	3.577	<b>2,7</b>	4.019	<b>2,48</b>	4.368	<b>2,4</b>	4.489	<b>2,3</b>
<b>Collagna</b>	486	<b>2,56</b>	519	<b>2,1</b>	521	<b>1,92</b>	543	<b>1,8</b>	548	<b>1,8</b>
<b>Ligonchio</b>	608	<b>2,38</b>	561	<b>2,1</b>	532	<b>1,88</b>	535	<b>1,8</b>	515	<b>1,8</b>
<b>Ramiseto</b>	651	<b>2,68</b>	638	<b>2,5</b>	650	<b>2,2</b>	633	<b>2,3</b>	645	<b>2,1</b>
<b>Toano</b>	1.364	<b>2,91</b>	1.531	<b>2,6</b>	1.790	<b>2,38</b>	1.877	<b>2,4</b>	1.947	<b>2,3</b>
<b>Vetto</b>	883	<b>2,56</b>	860	<b>2,5</b>	853	<b>2,3</b>	871	<b>2,4</b>	828	<b>2,4</b>
<b>Villa Minozzo</b>	1.698	<b>2,66</b>	1.657	<b>2,5</b>	2.071	<b>1,99</b>	2.080	<b>2</b>	2.039	<b>2</b>
<b>Distretto</b>	12.187	<b>2,73</b>	13.000	<b>2,46</b>	14.529	<b>2,21</b>	15.200	<b>2,21</b>	15.390	<b>2,13</b>
<b>Provincia</b>	143.730	<b>2,88</b>	154.717	<b>2,72</b>	180.055	<b>2,50</b>	199.829	<b>2,40</b>	213.583	<b>2,40</b>

*Fonte: Dati elaborati dall'Osservatorio Regionale O.R.S.A. e Bilancio demografico anno 2007 e popolazione residente al 31 Dicembre*

Ligonchio e Collagna mostrano il numero di componenti medio della famiglia più basso di tutta la Provincia a 1,88 unità, ulteriore segno del processo di destrutturazione demografica. Assistiamo così ad una trasformazione della famiglia tipo: se negli anni ottanta i nuclei maggiormente rappresentativi erano quelli a due e tre componenti (che costituivano insieme oltre il 50% delle famiglie del Distretto), dal 2001 i nuclei più numerosi sono quelli ad 1 o 2 componenti.

A partire dal censimento del 1981 nei comuni di Ligonchio, Vetto, Collagna si rilevava ad una spiccata prevalenza di nuclei familiari composti da due persone. In questi comuni questa tipologia di famiglia rappresenta già un terzo di tutte le famiglie presenti. Già nel corso del censimento del 1991 tuttavia la tipologia di famiglie più numerosa è diventata quella monocomponente che arriva a costituire fino al 40% delle famiglie (Collagna 40,8%, Ligonchio 38,9%, Busana 37%). Nel 2001 il fenomeno ha continuato a riproporsi rilevando in alcuni casi aumenti sensibili (Ligonchio 47,4%, Collagna 46,4%, Villa Minozzo 45,6%), e la somma delle famiglie di 1 e 2 componenti arriva ad oltre il 75% della popolazione (Ligonchio 75,8%, Collagna 75,6%, Villa Minozzo 71,9%). Trend che si conferma nel 2007.

## L'ECONOMIA DEL TERRITORIO DISTRETTUALE: ALCUNI DATI

### La SAU (Superficie Agricola Utilizzata)

Nelle zone di montagna il calo della SAU risulta in massima parte legato all'abbandono dei terreni più marginali e meno produttivi che presentano forti difficoltà nelle lavorazioni spesso per problemi di pendenza o di dissesto e ha come conseguenza un fenomeno di rimboschimento spontaneo non gestito da nessuno. La scarsa presenza dell'uomo, vista la propensione al dissesto dell'Appennino Emiliano, mette a rischio la tenuta dell'assetto idrogeologico e modifica in modo evidente il paesaggio agricolo.

Comune	SAU (Ha) per Comune e Anno			Numero aziende agricole per Comune e Anno		
	1982	1990	2000	1982	1990	2000
Busana	715,36	443,68	172,48	362,00	316,00	18,00
Collagna	1.669,55	1.966,44	1.410,61	325,00	301,00	51,00
Ligonchio	1.104,52	596,04	267,05	254,00	196,00	29,00
Ramiseto	3.096,63	3.302,18	2.543,76	395,00	351,00	149,00
Vetto	2.556,63	3.061,65	1.153,04	581,00	411,00	226,00
Villa Minozzo	7.607,12	4.526,66	2.992,58	991,00	783,00	308,00
Carpinetti	4.664,52	3.995,96	2.849,60	626,00	555,00	540,00
Casina	3.601,10	3.893,01	2.636,43	662,00	644,00	245,00
Castelnovo ne' Monti	5.173,59	5.197,94	3.203,29	926,00	772,00	253,00
Toano	4.273,40	4.356,37	3.750,03	677,00	639,00	396,00
<b>TOTALE</b>	<b>36.444,42</b>	<b>33.329,93</b>	<b>22.978,87</b>	<b>7.781,00</b>	<b>6.958,00</b>	<b>4.215,00</b>



E' in atto un forte processo di concentrazione delle aziende ben lontano dal potersi considerare concluso. Le motivazioni che hanno indotto molti imprenditori a cessare l'attività agricola sono molteplici: l'età dei produttori, la scarsa remunerazione dei prodotti agricoli, le dimensioni minime delle aziende che le rendono non più economiche, la pressione dovuta ai fenomeni di urbanizzazione per una destinazione dei terreni diversa.

## AGRITURISMO



In numero di Aziende Agrituristiche è in costante aumento, al 31/08/2007 si contano 17 agriturismi attivi nel territorio distrettuale. L'agriturismo rappresenta per l'azienda agricola un'opportunità di reddito, che pur rimanendo complementare all'attività agricola può dare notevoli soddisfazioni e un'opportunità di occupazione soprattutto per i giovani figli di agricoltori. In generale l'agriturismo permette di sviluppare e diffondere la conoscenza del mondo agricolo e del territorio rurale,

incrementa l'offerta e la qualità dell'ospitalità, promuove la riscoperta dell'enogastronomia tradizionale e delle produzioni di qualità locali.

AGRITURISMI AL 31/08/2007			
Comune	ATTIVI	PASTI	POSTI LETTO
Busana	1	5.000	16
Collagna	1	300	-
Ligonchio	-	-	-
Ramiseto	1	-	15
Vetto	-	-	-
Villa Minozzo	3	4.800	18
Carpinetti	4	9.200	29
Casina	4	5.500	25
Castelnovo ne monti	2	4.000	34
Toano	1	1.500	8
<b>TOTALE</b>	<b>17</b>	<b>30.300</b>	<b>145</b>

## POSSIBILI SCENARI

(dal documento delle intese istituzionali della Comunità Montana dell'Appennino Reggiano 2005- 2009)



"La montagna reggiana appare una realtà composita dove compaiono tratti territoriali differenti che hanno sviluppato al loro interno dinamiche evolutive proprie che ne hanno reso possibile l'emersione delle vocazioni e di specifiche identità sociali e produttive. La **montagna reggiana può essere definita un territorio "forte e reattivo"** che vuole mantenere il legame con le proprie radici che

però deve consolidare le sue capacità a fare sistema superando le forme di discontinuità che ne rallentano lo sviluppo e ne limitano l'accesso alle reti di relazioni europee e internazionali più ampie; esistono già alcune significative esperienze imprenditoriali innovative che costituiscono un punto di eccellenza e di riferimento per l'intero territorio. In questo contesto si parla quindi

- di **Crinale** con le sue caratteristiche tipiche di montagna dei piccoli centri agricoli con un sistema di relazioni da rafforzare sia verso la realtà toscana che quella più specificamente emiliana;
- di **Castelnovo ne' Monti** come centro sia ordinatore e organizzatore di servizi, sia di qualificazione e impulso del terziario avanzato e della prima montagna che presenta una realtà produttiva e manifatturiera importante e che, gravitando in buona parte verso la pianura reggiana e modenese, costituisce il baricentro delle relazioni con tali territori ai cui processi di innovazione e trasformazione è chiamata a partecipare."

**"L'agricoltura ha conservato nell'Appennino Reggiano una posizione di grande rilievo,** soprattutto grazie alla filiera del Parmigiano Reggiano e alle coltivazioni ad esso legate, come il foraggio per l'alimentazione bovina. Il settore si sta orientando verso una fisionomia più complessa e di maggior produttività: se nell'ultimo decennio è, da un lato, diminuito il numero delle aziende agricole, dall'altro si è verificato uno spostamento dell'occupazione dal settore primario in senso stretto verso le attività ausiliarie all'agricoltura e nel contempo la produzione lorda vendibile risulta in crescita, con un notevole aumento di qualità nella produzione.



**Si manifestano anche segnali interessanti di diversificazione e collegamento con il comparto turistico.**

**L'attività agrituristica** ha realizzato un incremento significativo negli ultimi anni, registrando una buona capacità di diversificazione: **7 agriturismi su 17 attivi sono fattorie didattiche.** Il recupero delle produzioni tradizionali attraverso tecniche innovative e con il potenziamento e la tutela della commercializzazione dei prodotti è uno degli obiettivi dell'agricoltura reggiana. Basti pensare alla castagna, ai piccoli frutti del sottobosco, alla produzione di pecorino dell'Appennino Reggiano e alla qualificazione della produzione di carne bovina, per la quale la Comunità Montana sta portando avanti un apposito programma di sviluppo."

"**Il Parco Nazionale**, insieme al **patrimonio storico monumentale delle aree Matildiche** può essere il punto di partenza della costruzione del prodotto turistico integrato. La tutela/valorizzazione del patrimonio ambientale e storico è il metro di misura anche della qualità di iniziative correlate come il recupero immobiliare di borghi storici, il cui successo pieno e non transitorio dipende dalla notorietà e dal prestigio di qualità di un'ampia operazione di marketing.



**Nel campo delle attività imprenditoriali** appare necessario assicurare che sia dato impulso ad alcune forme di diversificazione nel settore agro-alimentare, che è forte per la filiera del Parmigiano-Reggiano, ma in cui si può perseguire il risultato che acquisiscano notorietà e prestigio anche i marchi dei prodotti tipici dell'Appennino Reggiano e del Parco Nazionale (promozione e commercializzazione anche di prodotti minori e di nicchia, rendendo visibile e noto un "paniere" di prodotti biologici e naturali). Questo intento è favorito anche dalla possibilità di avviare un progetto per il controllo e la valorizzazione delle qualità alimentari dei prodotti tipici locali. Inoltre iniziative di diversificazione sono coerenti con la promozione del prato-pascolo, finalizzato sia all'allevamento estensivo da carne, sia all'allevamento ovino ed equino, con l'incremento del numero di aziende presenti sul territorio e dunque utilizzabili anche per la manutenzione del suolo e del paesaggio. E' evidente anche la sinergia con azioni di promozione di agriturismi e bed & breakfast, in specifico e con la costruzione del prodotto "attrazione/ricettività turistica dell'Appennino Reggiano in generale."



3. Gli obiettivi strategici e le priorità di intervento del Piano in ambito sociale, sociosanitario e dei servizi sanitari territoriali, definiti anche alla luce del Piano regionale della prevenzione.

## **AREA DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI E CAPACITA' GENITORIALI, DEI DIRITTI DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI**

### **ALCUNI DATI DEL CONTESTO DISTRETTUALE**

**Popolazione 0/17 nel distretto di castelnovo ne' monti al 31.12.2007: 4.818** (dati provinciali)

**Dati relativi ai nuclei familiari e con figli minorenni ed ai minorenni in carico al S.s.u. -area famiglie al 31. 12. 2007** (dati s.i. regionale sisam)

<b>Tot. Nuclei familiari assistiti</b>	<b>535</b>
<b>Di cui italiani :</b>	<b>322</b>
<b>Di cui stranieri</b>	<b>202</b>
<b>Di cui misti</b>	<b>11</b>

### **TOTALE MINORENNI ASSISTITI :**

**N° 984 (515 MASCHI; 469 FEMMINE)**

- **Di cui italiani :** n° 568 (290 maschi; 278 femmine)
- **Di cui stranieri :** n° 416 (225 maschi; 191 femmine)

<b>N.min. Interessati da una disposizione di affido al serv.sociale : 22</b>
<b>N.min. Interessati da una disposizione di tutela : 5</b>
<b>N.min. Interessati da una disposizione di vigilanza : 33</b>
<b>N.min. Interessati da una disposizione di sospens. della potestà' : 2</b>
<b>N.min. Interessati da una disposizione di decadenza della potestà' : 4</b>
N. Min. In affido familiare : 26 ( di cui 11 in aff. Fam. a parenti )
N. Min. Adottati : 3 ( di cui 2 con ad. Naz.le)
N. Min. Con inserimento in comunità' : 0
N. Min. Con disagio relazionale sociale e scolastico : 66
<b>N. Minori con interv. Socio educativo indiv./piccoli gruppi: 39</b>
<b>N. Minori Con sostegno di supporto alle relazioni familiari : 37</b>
<b>N. Minori con incontri protetti : 5</b>
<b>N. Minori in carico per trascuratezza grave /maltratt./violenze : 46</b>
<b>N. Minori stranieri clandestini non accompagnati: 15</b>
<b>N. Minori con inserim. Formaz. Prof.le/lavorat.: 13 ( tutti stranieri)</b>
N. Minori con provvedimenti penali : 0
N. Minori nomadi : 0
N. Minori vittime della tratta: 0
N. Minori vittime di sfruttam. /prostituzione: 0
<b>N. Minori i cui nuclei familiari hanno problemi economici : 753 ( il dato è stato rilevato dagli sportelli sociali comunali del distretto )</b>
<b>N. Minori i cui nuclei familiari hanno problemi abitativi: 40 ( il dato è stato rilevato dagli sportelli sociali comunali del distretto )</b>
<b>N. Minori i cui nuclei familiari hanno problemi sanitari/dipendenze/psichiatrici: 13</b>
<b>N. Minori i cui nuclei familiari presentano grave conflittualità : 26</b>
<b>N. Minori i cui nuclei familiari hanno problematiche penali: 7</b>

**Tabella 1** - Gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

<b>TARGET*</b>								
Respons.tà Familiari <b>X</b>	Infanzia e adolescenza <b>X</b>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
<b>FINALITÀ</b>								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <b>X</b>			Prevenzione <b>X</b>			Cura/Assistenza <b>X</b>		

**RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE**

**X**

- **Coordinamento a livello distrettuale:** al fine di garantire una maggiore integrazione degli interventi rivolti all'infanzia e all'adolescenza, di carattere sociale, sanitario, educativo e scolastico, debbono essere ulteriormente implementate le azioni di coordinamento tra i diversi soggetti competenti in materia (Enti Locali , Azienda USL, Istituti scolastici, Terzo Settore ), assicurando relazioni e collaborazioni tese ad evitare i rischi di settorializzazione nelle progettazioni che interessano i bambini e gli adolescenti;
- **Sistema di Accesso :** gli Sportelli Sociali presso ciascun Comune del Distretto, così come l'Ufficio di Relazioni con il Pubblico dell'AUSL ( URP) debbono sempre più qualificarsi come punti di accoglienza e ascolto delle diverse richieste espresse dalle famiglie con figli minorenni, effettuando un primo filtro ed orientando / accompagnando la Famiglia all'interno della Rete dei servizi distrettuali;
- **Definizione di Protocolli operativi integrati:** necessari per assicurare una sempre migliore integrazione delle professioni sociali, sanitarie ed educative presposte ad operare in favore di bambini e adolescenti e delle loro famiglie, anche attraverso la costituzione di èquipe multiprofessionali che garantiscano la presa in carico, la valutazione, la progettazione e il trattamento delle diverse situazioni, anche secondo criteri di tempestività.
- **Tecnologie informatiche :** tramite la rete degli strumenti informatici già esistente e la realizzazione di un sito web specifico, informare e pubblicizzare quanto è già stato realizzato, ciò che è già fruibile, ma anche per rappresentare ed aggiornare relativamente a progettazioni / eventi/ attività in favore di bambini ed adolescenti e delle loro famiglie, accogliendo nel contempo problematiche e criticità che possono essere segnalate dalle Comunità locali, così come proposte e suggerimenti.



## BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE

Dalla sintesi dei contributi portati dai partecipanti al **Tavolo Famiglie**, i temi ricorrenti e i bisogni sottesi, ritenuti prioritari, sono i seguenti :

**Fragilità familiare:** la coppia prima e la famiglia dopo sono percepite come sempre più fragili e in disagio, relativamente all'esercizio di quelle competenze irrinunciabili per poter "funzionare" e per adempiere al complesso ed oneroso compito di allevare ed educare i figli, compito che sempre più spesso è sostenuto da un genitore solo e senza rete familiare di sostegno.

**Tutela dei bambini e degli adolescenti :** soprattutto tramite l'affiancamento ed il sostegno delle funzioni genitoriali, tramite una "pedagogia dei genitori" che stimoli le motivazioni al cambiamento di adulti che non hanno saputo, o hanno saputo solo in parte, esercitare in maniera adeguata la funzione genitoriale, nella consapevolezza che le cause del mancato esercizio di tale funzione sono di natura sociale, psichica ed educativa e nessun intervento, per essere efficace, può includere una sola di queste dimensioni.

**Costruzione / rafforzamento di reti integrate :** si rileva la necessità di lavorare in modo integrato per poter dare risposte ai bisogni dei minori e delle loro famiglie, offrendo un'operatività in grado di progettare gli interventi secondo prospettive multidimensionali e non parcellizzate tra i diversi Servizi istituzionali ( sociali, sanitari, educativi) e tra questi e il Terzo settore.

### OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

- 1. Sviluppare azioni di sostegno alla paternità e maternità informata e responsabile**, tramite interventi integrati di informazione ed accompagnamento **psicologico ed educativo**, anche relativi al **percorso gravidanza, nascita e puerperio**, con particolare attenzione alle donne ed uomini stranieri, per fornire indicazioni e risposte per un'adeguata tutela della salute del neonato in situazioni spesso caratterizzate da isolamento linguistico e culturale e dall'assenza di reti familiari di sostegno.
- 2. Individuare "Spazi di Accoglienza " per le Famiglie del Territorio con figli da 0 a 18 anni**, nei quali la messa in rete delle stesse Famiglie, degli Operatori dei Servizi e delle Famiglie solidali promuova e valorizzi mutualità, solidarietà, senso di appartenenza e interculturalità, individuando come strategie d'intervento integrate e co-progettate gli incontri tematici, l'ascolto, l'appoggio educativo, l'operare in rete, la mobilitazione di risorse e gli scambi di mutuo aiuto.
- 3. Rinforzare la Rete professionale di Accoglienza** dei bisogni e dei problemi portati dalle Famiglie con figli minorenni, secondo ottiche integrate, individuando ambiti di coordinamento periodico nei quali possano confluire anche gli apporti forniti da altri soggetti non istituzionali (Terzo settore ), per garantire coerenti funzioni di scambio di informazioni, di valutazione e di accompagnamento, oltre che di presa in carico delle situazioni complesse.
- 4. Favorire una maggiore integrazione tra i diversi Operatori, le équipes e i Servizi istituzionali preposti alla tutela dei minorenni**, affinché la "presa in carico" dei minori e delle loro famiglie in condizioni di particolare vulnerabilità / difficoltà possa essere effettuata secondo una prospettiva multidimensionale ma integrata, specializzata ma in grado di superare gli specialismi.



## **OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE \*\***

La realizzazione degli obiettivi prevede il necessario sviluppo graduale nell'arco del triennio, in linea con quanto indicato in particolare dalla normativa regionale in materia di **politiche per le giovani generazioni**.

### **INDICATORI DI RISULTATO\*\*\***

#### **Obiettivo N° 1 :**

- ☐ N° genitori italiani coinvolti
- ☐ N° genitori stranieri coinvolti
- ☐ N° iniziative integrate realizzate
- ☐ N° mediazioni culturali e linguistiche effettuate
- ☐ N° situazioni sostenute

#### **Obiettivo N° 2 :**

- ☐ N° attività di consolidamento dei Centri di Casina e Castelnovo ne' Monti
- ☐ N° corsi, gruppi e incontri organizzati
- ☐ N° di genitori italiani partecipanti
- ☐ N° di genitori stranieri partecipanti
- ☐ Progettazione partecipata ( quanti e quali soggetti hanno contribuito a sviluppare percorsi)

#### **Obiettivo N° 3 :**

- ☐ N° accessi di situazioni familiari agli Sportelli Sociali comunali
- ☐ N° accessi di situazioni familiari all'URP dell'AUSL
- ☐ N° situazioni accolte dagli Sportelli Sociali comunali
- ☐ N° situazioni accolte dall'URP dell'AUSL di Reggio Emilia

#### **Obiettivo N° 4 :**

- ☐ Protocolli di lavoro tra Servizi per la presa in carico integrata di famiglie e minori in situazione di disagio e multiproblematicità
- ☐ N° situazioni con presa in carico integrata

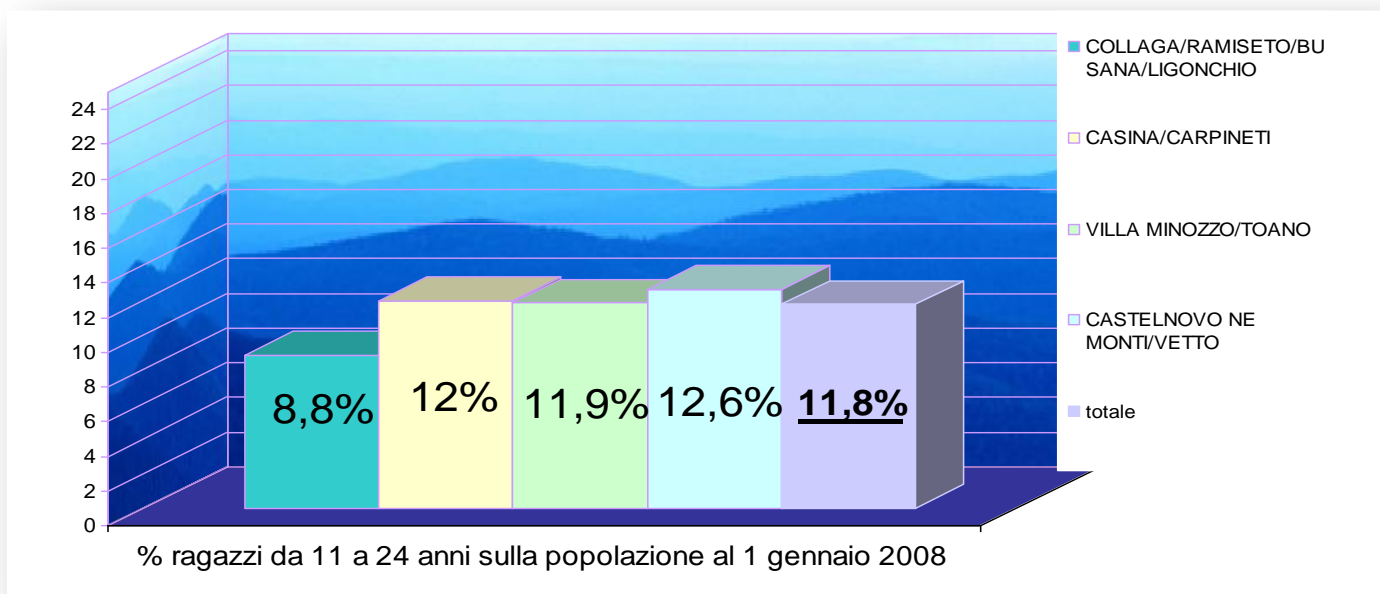
## AREA BENESSERE GIOVANI E PREVENZIONE CONSUMO/ABUSO SOSTANZA E REINSERIMENTO - Tavolo adolescenti, giovani, adulti di riferimento – obiettivi del triennio

### IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

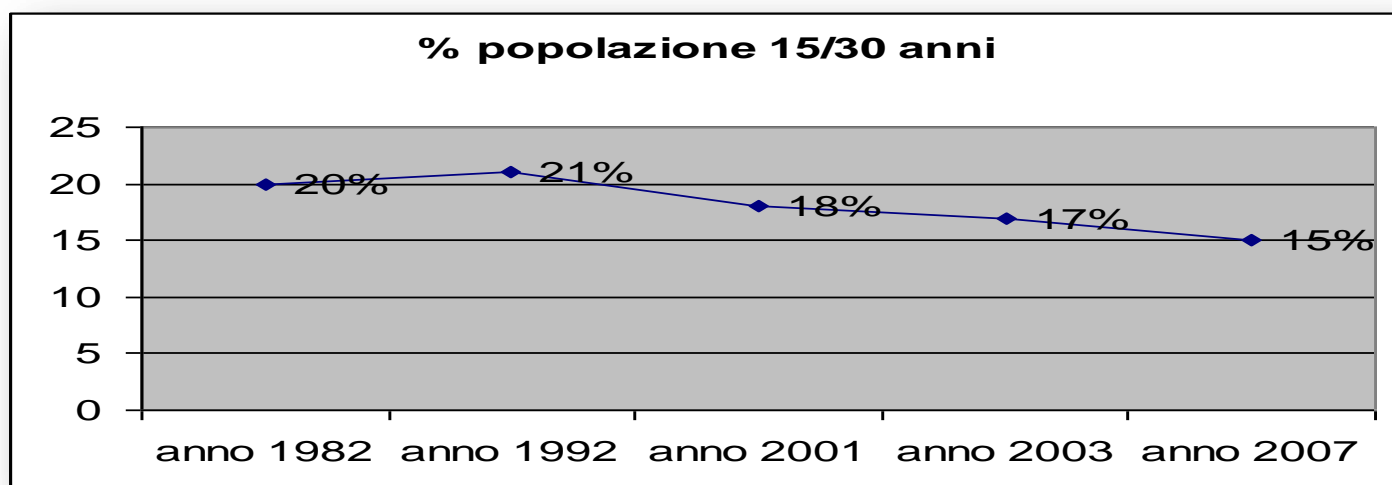
#### ASPETTO DEMOGRAFICO

Una delle caratteristiche demografiche più evidenti della montagna reggiana è la bassa incidenza della popolazione giovanile.

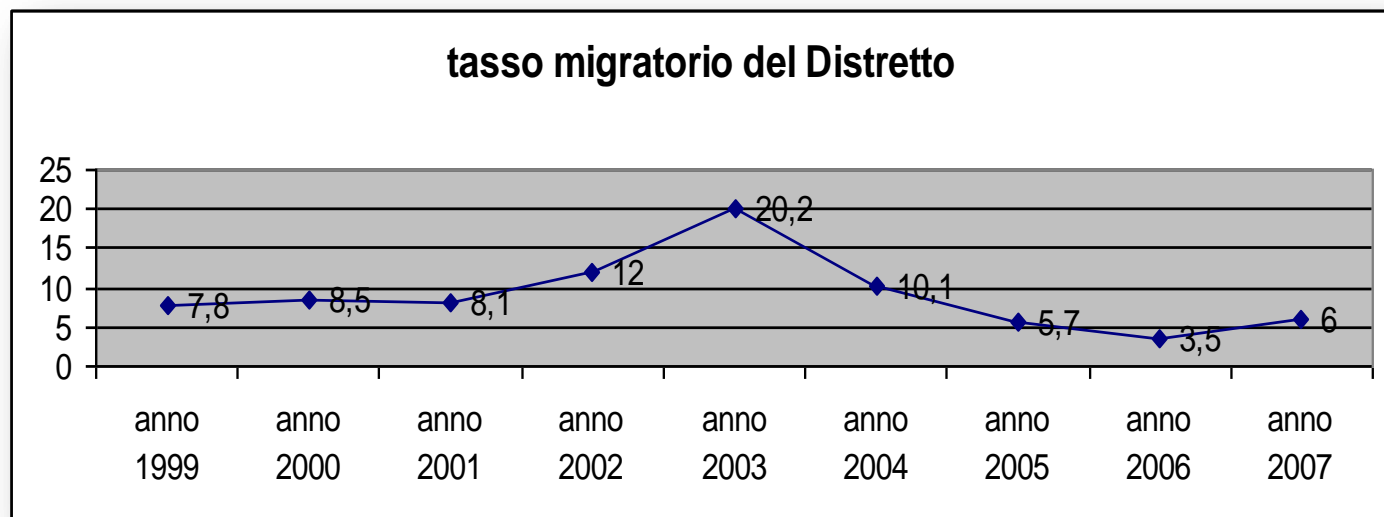
I giovani di età compresa tra gli 11 e i 24 anni erano, nel 2003 (1/1/ 2004), 4.195 su una popolazione totale di 34.393, poco più del 12%. Nel 2007 (1/1/2008) sono 4033 su una popolazione totale di 34.309, pari all'11%



Dall'anno 2003 all'anno 2007 si è verificato un decremento della popolazione complessiva dello 0,2%, mentre la popolazione tra gli 11 e 24 anni è diminuita del 3,9%. Anche la fascia 15/30 anni passa dal 17% nel 2003 al 15% nel 2007.



Nel 2003<sup>3</sup> si era verificato, inoltre, un alto movimento migratorio con un tasso di immigrazione pari a 48,8 (tasso demografico per mille residenti), fenomeno che negli anni successivi si è ridimensionato; nel 2007 abbiamo infatti un tasso di immigrazione pari a 30,7 con un incremento migratorio pari a 6, mentre è leggermente aumentato, pur rimanendo negativo, il tasso di natalità, da -6,2 nel 2003 a -5,2 nel 2007.



La percentuale della popolazione straniera 0/17 rispetto al totale dei pari età è del 13,4 % (647 unità). Complessivamente la popolazione 0/17 corrisponde al 14% della popolazione totale.

L'età media familiare è abbassata notevolmente dalla presenza di un numero di figli giovani nelle famiglie migrate certamente superiore a quello registrato nelle famiglie italiane. Infatti i giovanissimi da 0 a 17 anni, nel 2007, costituiscono il 26.8% dei residenti stranieri.

L'abbandono dei residenti e degli originari del posto è in un certo senso controbilanciato da flussi migratori in entrata e da un ripopolamento, con inversione di rotta rispetto al passato, secondo l'odierno valore dato alla qualità della vita in montagna nei confronti di quella in città.

Questa nuova prospettiva per la montagna, in cui la cultura tradizionale degli autoctoni è arricchita da quella dei nuovi arrivati, può suggerire processi positivi e soluzioni sostenibili ai giovani in quanto più disponibili all'apertura e al cambiamento.

## **ASPETTO SOCIOEDUCATIVO - risorse e criticità**

La qualità della vita è apprezzabile, ancora legata a solidarietà intergenerazionali, a scarsi segnali di devianza e con punte di eccellenza dovute a progetti di valorizzazione delle tipicità, della cultura e della tradizione del territorio (Castelnovo ne' Monti è città Slow ed ha la

<sup>3</sup> Va sottolineato che il 2003 ha subito l'effetto della legge Bossi – Fini che ha consentito la regolarizzazione ai lavoratori stranieri già presenti sul territorio ma non in regola col permesso di soggiorno.

certificazione ambientale, il Parco nazionale offre prospettive di tutela, valorizzazione e salvaguardia ambientale e di opportunità lavorative).

La rete sociale nell'ambito del volontariato e dell'associazionismo è particolarmente ricca ed il numero delle associazioni è elevato in quasi tutti i settori: ricreativo, sportivo, sanitario, ambientale, culturale, di solidarietà sociale.

Buona la dotazione di impiantistica sportiva, valorizzata dalle numerose società che svolgono attività.

Numerose sono le proposte e i servizi rivolti ai giovani da Enti Locali, Asl, Oratori, Parrocchie, Associazioni sportive, Forze dell'ordine, Scuole di musica, bande musicali, Biblioteche, dall'area del Volontariato in genere, che in montagna ha una sua forza e identità, soprattutto per quanto riguarda le Associazioni sportive e gli Oratori già citati, di solidarietà, giovanili, le Pro Loco, la Croce Verde, la Croce Rossa.

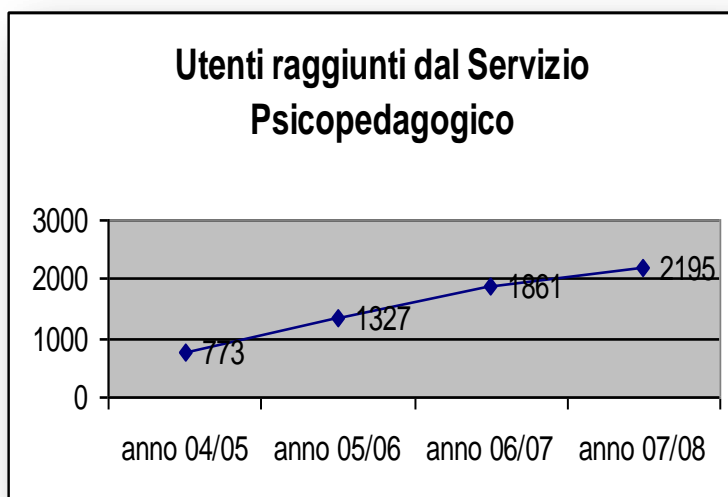
La centralità del "Pubblico" è inserita in un processo che vede come attori un quadro pluralistico di agenzie di erogazione di servizi, che stimola e raccoglie le consapevolezze dei cittadini e delle loro forme di organizzazione.

Particolare attenzione va posta alla cultura e metodologia del lavoro di rete: lettura dei problemi come trasformazione della vita quotidiana; produzione di servizi come coordinamento e integrazione; finalità comunitaria. Le progettualità si integrano nelle azioni specifiche (interventi riparatori), sia nella rigenerazione delle reti esistenti per ricucire eventuali fratture tra tessuti istituzionali, funzionali, culturali; sia nella consapevolezza di operare con soggetti d'azione dotati anche di dinamiche divergenti.

**Sono presenti sul territorio i seguenti servizi per i giovani e gli adulti di riferimento:**

**Servizio psicopedagogico**, promosso e gestito dal **CCQS** nelle scuole del Distretto in una logica di integrazione con la rete dei servizi (SerT, Servizi Sociali, Neuropsichiatria Infantile, Pediatria di Comunità, CSM). Sul piano operativo si avvale di molteplici contributi: 2 psicologi, 1 pedagogo, 1 coordinatore, 1 supervisore, un insegnante referente per ogni istituto scolastico, 1 figura professionale che si occupa del monitoraggio e della valutazione degli interventi.

Le funzioni principali: sostegno alla persona (Aperture spazi ascolto per genitori, alunni, insegnanti, personale ATA); approfondimenti tematici su accoglienza, affettività, orientamento, relazione; Incontri di formazione per insegnanti; Interventi in classe; collaborazione e affiancamento nelle metodologie di progettazione, documentazione e valutazione, nell'approfondimento dei contenuti e nella gestione delle dinamiche di gruppo, serate tematiche per i genitori, analisi e modificazione condivisa dei contesti; osservazione



delle abilità cognitive con il coinvolgimento delle famiglie e la collaborazione dei servizi competenti sul territorio; progetti ponte fra le scuole secondarie; stage orientativi per tutti i ragazzi delle classi terze delle scuole secondarie di primo grado.

*Sono stati raggiunti da ottobre 2004 a giugno 2008, 6156 utenti:*

- 4.484 Studenti
- 1.001 Insegnanti
- 649 Genitori
- 22 Personale ATA

**Free Student Box (FSB)** - nasce nella primavera del 2003, si tratta di un servizio di counselling psicologico che consiste nell'apertura di un doppio sportello con valenza reale e virtuale, allocato, da una parte, nelle scuole secondarie di secondo grado, dall'altra in internet. Rivolto ai giovani, ai genitori ed ai professori che ne facciano richiesta. Sul piano operativo, si avvale di una molteplicità di contributi:

- a. degli studenti peer counsellor reperiti nelle scuole,
- b. di uno o più professori referenti in ogni scuola;
- c. dei giovani psicologi neospecializzati o specializzandi;
- d. degli psicologi – psicoterapeuti dell'OPEN G dell'AUSL;
- e. dal supervisore - responsabile della formazione;
- f. di Cyc Promotion, una struttura di web editing condotta anch'essa da giovani tecnici.

**Centri pomeridiani** - Il progetto, attivo da 10 anni, ha cercato di garantire opportunità di *esperienze educative, formative, ricreative e di socializzazione* a bambini e ragazzi, di età compresa tra i 6 e i 15 anni, differenziando i percorsi anche sulla base di interessi particolari e della tipicità dell'ambiente, col fine di instaurare un clima positivo che permetta ai ragazzi di esprimere le proprie abilità intellettuali e/o manuali secondo l'approccio pedagogico delle intelligenze multiple. Sono presenti a Felina, Casina, Carpineti, Toano, Villa Minozzo

Iscritti:

- 05/06, n. iscritti 228
- 06/07, n. iscritti 201
- 07/08, n. iscritti 163

**Carta giovani** - Tutti i giovani dai 15 ai 30 anni che vivono, risiedono, studiano e lavorano sul territorio, ricevono gratuitamente la "Carta Giovani" che dà diritto ad accessi agevolati a Istituzioni, ai servizi culturali ed informativi del territorio, a sconti presso esercizi commerciali e contestualmente premia azioni e consumi etici.

**In Salita – Operatori di Strada della Montagna** - Il progetto, attivo da oltre 10 anni, ha cercato di sviluppare il protagonismo, la creatività e la partecipazione attiva negli adolescenti, in particolare, negli ultimi anni, nel territorio di Villa Minozzo, Carpineti, Busana e Casina da

qualche mese anche a Castelnovo né Monti, attraverso un costante rapporto con gruppi giovanili informali.

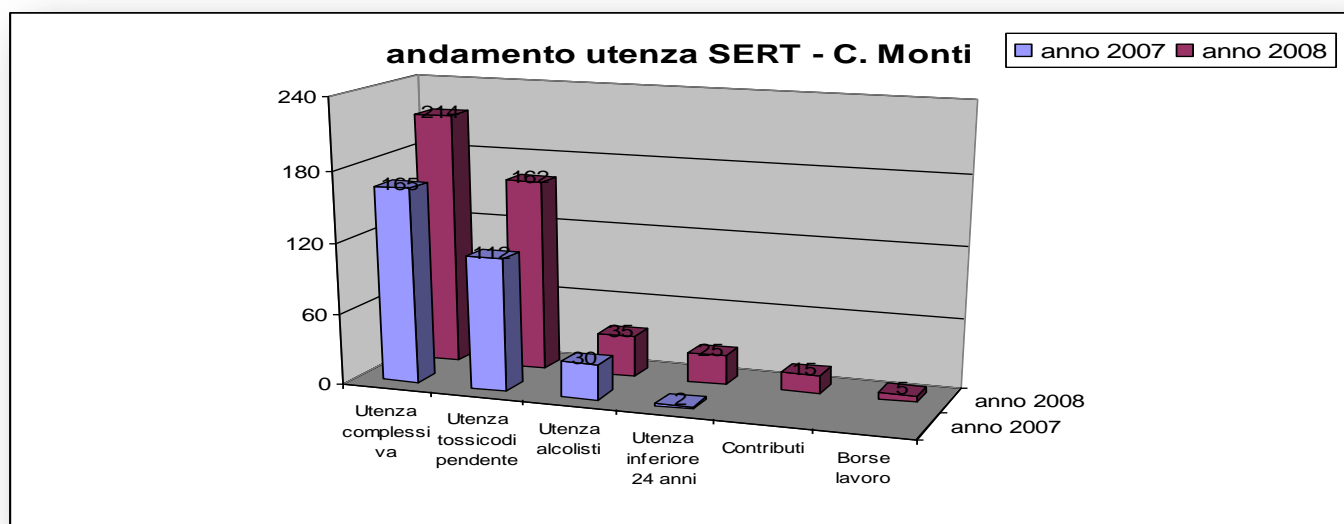
**SerT** - Ha instaurato, attraverso il lavoro degli operatori di strada, un buon rapporto con il territorio, la scuola e le famiglie e ritiene importante sostenere la prossimità e la riduzione del danno rinforzando gli sforzi collettivi di resilienza e di manutenzione della collettività montanara. Utile il rapporto con "Luoghi di Prevenzione". Proseguono i corsi per smettere di fumare. Si evidenzia una forte crescita dell'uso di psicostimolanti spesso con alcool. E' in corso una ricerca azioni sugli stili di consumo da cui attendiamo letture ed indicazioni concrete. Il flusso verso il servizio non è proporzionale all'uso stimato di sostanza

Proseguono i corsi per smettere di fumare.

Si evidenzia una forte crescita dell'uso di psicostimolanti spesso con alcool. E' in corso una ricerca azioni sugli stili di consumo da cui attendiamo letture ed indicazioni concrete.

Il flusso verso il servizio non è proporzionale all'uso stimato anche se il lavoro degli operatori di strada fa ben sperare rispetto ad agganci futuri.

Di una certa importanza il sostegno al reddito o all'inserimento lavorativo dei pazienti.



**Consultorio Giovani** - Composto da una Ginecologa, una Psicologa e un'Ostetrica. Il servizio, con sede a Castelnovo né Monti, tratta problematiche legate alla affettività e sessualità . Dal 2005 al 2008 ha accolto 255 utenti dai 14 ai 22 anni

**Centri Diurni per disabili** - (Infermieri, educatori professionali, Assistenti sociali) Attività socio-riabilitative. Tre sedi (Castelnovo né Monti, Casina, Cavola)

Nonostante la presenza di molti servizi, una delle criticità maggiormente rilevate è la costante fatica nel garantirsi accesso alle attività ed ai mezzi di altri territori -dalla scolarità ai servizi non essenziali, dalle attività di animazione, alla rete dei circuiti culturali più generali - a causa della dispersione territoriale e dei tempi di percorrenza, acuiti da una rete di trasporto pubblico a volte carente.

Da parte dei giovani è inoltre vissuta una difficoltà crescente a maturare un senso di appartenenza alla nostra comunità per le scarse risorse sul piano dell'occupazione, delle opportunità formative e del tempo libero.

Questi fattori determinano due tipi di reazioni, tra loro divergenti: da una parte senso di frustrazione e di passività (a cui si accompagnano, a volte, anche comportamenti a rischio); dall'altra, atteggiamenti propositivi ed imprenditoriali, specialmente fra i giovani che hanno studiato o avuto esperienze professionali in altri centri.

## IL TERRITORIO VISTO DAI GIOVANI

---

La ricerca "Ri-conoscere la Montagna - Analisi Socioeconomica per un nuovo sviluppo dell'Appennino Reggiano", commissionata dagli Industriali e da Confcooperative di Reggio Emilia, stampata nel 2008, dà, fra le altre cose, un chiaro spaccato della visione del territorio da parte di 527 giovani studenti delle ultime tre classi delle scuole superiori di Castelnovo ne' Monti:

- ***Che cosa preoccupa di più rispetto al futuro lavorativo?***

Il 29% ha indicato come prima preoccupazione la crisi economica, il 15% la scarsa conoscenza del mercato del lavoro, legata, quindi, all'esigenza di più incisive iniziative di orientamento al lavoro e alla prosecuzione degli studi. Nell'alta montagna incide molto l'insicurezza sulle proprie capacità e competenze.

- ***I settori in cui piacerebbe lavorare ai giovani:***

riguardano moda e design, sanità e servizi socio-assistenziali, informatica e telecomunicazioni, solo in seconda battuta edilizia, commercio, credito, scuola-formazione. Progressivo allontanamento dei giovani dal lavoro agricolo che in prima scelta attira solo il 3% dei giovani, anche l'industria manifatturiera registra problemi nel reclutamento di manodopera locale.

- ***Quale atteggiamento nei confronti del futuro?***

Il 21% è confuso, il 17% ottimista, il 15% vive giorno per giorno.

- ***Quali sono le cose importanti nella vita?***

Al primo posto in assoluto la **salute** (84%), seguono **le relazioni interpersonali** (famiglia 78%), **amicizia** (77%), **amore** (70%), **libertà, divertimento, autorealizzazione, pace**, a poca distanza fra loro, **benessere economico, lavoro, tempo libero, istruzione, agli ultimi tre posti, impegno sociale** (15%), **attività politica** (9%) e **religione** (14%).

Rispetto al rapporto di fiducia con le istituzioni, al primo posto ci sono i piccoli imprenditori e gli artigiani (74%), seguiti dagli scienziati (71%). Interessante il rapporto di fiducia nei confronti degli amministratori del Comune in cui si abita (38.70%) rispetto alla fiducia nei confronti dei partiti e degli uomini politici che sono all'ultimo posto, con rispettivamente il 17,40% e il 7,10%.



Tra **le attività del tempo libero** prevalgono l'ascolto della musica, gli SMS, le telefonate agli amici, la televisione. In seconda battuta, parlare con gli amici, girare in macchina o in motorino, navigare in internet e lo sport. Meno del 20% dei ragazzi va tutte le settimane in discoteca, suona uno strumento, va a un concerto o al cinema. Il 39% dei giovani non legge mai o raramente, il 78% dei giovani non fa mai o raramente attività di volontariato.

Dalla comparazione del consumo culturale annuo dei ragazzi del nostro territorio con il dato nazionale dei 17-18enni, si evidenzia una maggiore fruizione di attività teatrali, musicali e sportive, superiore allo stesso tempo al dato medio complessivo della regione Emilia Romagna di tutte le classi di età. Se ne deduce, quindi, che l'offerta culturale e ricreativa permette ai giovani dell'Appennino consumi non diversi, se non addirittura superiori, a quelli dei coetanei di altri territori, anche urbani.

**L'aggregazionismo** non appare molto diffuso, il 44% dei giovani non appartiene a nessun gruppo; di questi il 65% sono femmine.

**I limiti del territorio:** per l'87% dei giovani vivere in montagna è un limite perché è una realtà chiusa(22%), non offre opportunità professionali (20%), non capita nulla (13%), conta solo l'apparenza (11%), pochi lamentano la povertà di opportunità formative. La percezione dei limiti della montagna sale in modo proporzionale all'altimetria della residenza.

La metà dei giovani residenti vorrebbe andare a vivere in un altro territorio o all'estero (26%) o in un'altra regione o provincia (22%). L'identità territoriale emerge in modo piuttosto significativo con circa due terzi dei residenti che si sente di appartenere al paese in cui vive o all'Appennino Reggiano

**Le priorità per il futuro del territorio:** il giudizio sulle iniziative per i giovani realizzate nel territorio appare severo: a parte le attività e gli eventi sportivi (voto 3,2 su 5) gli altri interventi sono giudicati insufficienti (spazi, momenti di formazione/impegno religioso, attività culturali, ricreative, eventi musicali, occasioni di partecipazione sociale/politica), tali critiche risultano ancora più forti tra i ragazzi del crinale. Emergono come luoghi rilevanti per l'aggregazione e l'incontro i bar (38%), le discoteche (26%), mentre gli spazi culturali e associativi registrano un'attività limitata: scuole (17%), parrocchie/oratori (8%) e cinema (6%). Tra le richieste dei giovani prevalgono gli eventi musicali (45%), ma anche le attività/eventi sportivi (27%). E' significativo notare come le occasioni di partecipazione sociale e politica e i momenti di formazione o di impegno religioso non siano considerati prioritari (rispettivamente il 2% e l'1% delle preferenze).

**Punti di forza e di debolezza del sistema locale:** prevale il riconoscimento della qualità della vita e della presenza del volontariato e dell'associazionismo, ma anche la qualità del capitale umano, la disponibilità di forza lavoro e la buona dotazione di servizi sociali. Giudizio relativamente soddisfacente sul sistema del trasporto e della mobilità, che per i giovani della montagna non sembra un vincolo rilevante, laddove per imprenditori e amministratori locali costituisce il nodo prioritario da risolvere per favorire lo sviluppo equilibrato dell'area. Più negativo il giudizio sui trasporti dei ragazzi del crinale. Coerenti con le valutazioni dei soggetti economici e istituzionali, i giudizi negativi sulle infrastrutture immateriali (in particolare in alta montagna), sul sistema tecnico-scientifico, sul costo della vita e del lavoro.

**Le principali aree su cui intervenire nel territorio:** prevale il tema della modalità di gestione della sicurezza, in secondo ordine economia e tecnologia-innovazione. Ambiente, servizi sanitari, educativi e formativi riscuotono elevati consensi. Minore enfasi al problema

delle infrastrutture e dei trasporti, ai temi dell'integrazione multietnica, delle pari opportunità e della partecipazione nei processi decisionali. I giovani che risiedono nel crinale chiedono con priorità assoluta azioni di promozione economica e infrastrutture immateriali, ma anche il nodo della viabilità e dei trasporti diventa tra i più sentiti. Al contrario gli interventi per la salvaguardia ambientale sono meno richiesti al crescere dell'altimetria. Tra le strategie di valorizzazione turistica vengono enfatizzate le iniziative di promozione del turismo naturalistico, escursionistico ed enogastronomico.

I giovani chiedono di essere coinvolti nelle iniziative culturali e musicali e nei programmi di turismo natura e trekking.

La condizione principale per favorire la vita sostenibile in montagna è considerata la promozione di opportunità di lavoro nell'area.

## **MANUTENZIONE DELLE RETI**

---

Ai tavoli convocati coi rappresentanti delle varie realtà del territorio è emerso come elemento prioritario la realizzazione di un progetto che permetta di mettere maggiormente in luce le progettazioni e i servizi esistenti attraverso i mass media e che sia in grado di aggiornare le informazioni in tempo reale. L'obiettivo è di costruire una mappatura leggibile, dinamica e visibile della rete dei servizi e dei progetti per i/dei giovani.

## **SCUOLA E FORMAZIONE**

Le politiche per la scuola sono attive in tutti i Comuni.

In particolare, il comune capo comprensorio svolge funzioni più allargate sul settore, per la presenza degli Istituti secondari di secondo grado per l'intero Distretto (Istituti professionali - indirizzi agricoltura, ambiente e giardinaggio, alberghiero e ristorazione, industria e artigianato, servizi sociali - Istituti Tecnici - commerciale, industriale, geometri -, Licei - indirizzi linguistico, scientifico, sociale -), dell'Istituto superiore di studi musicali "C. Merulo" pareggiato ai Conservatori di Stato e del CCQS.

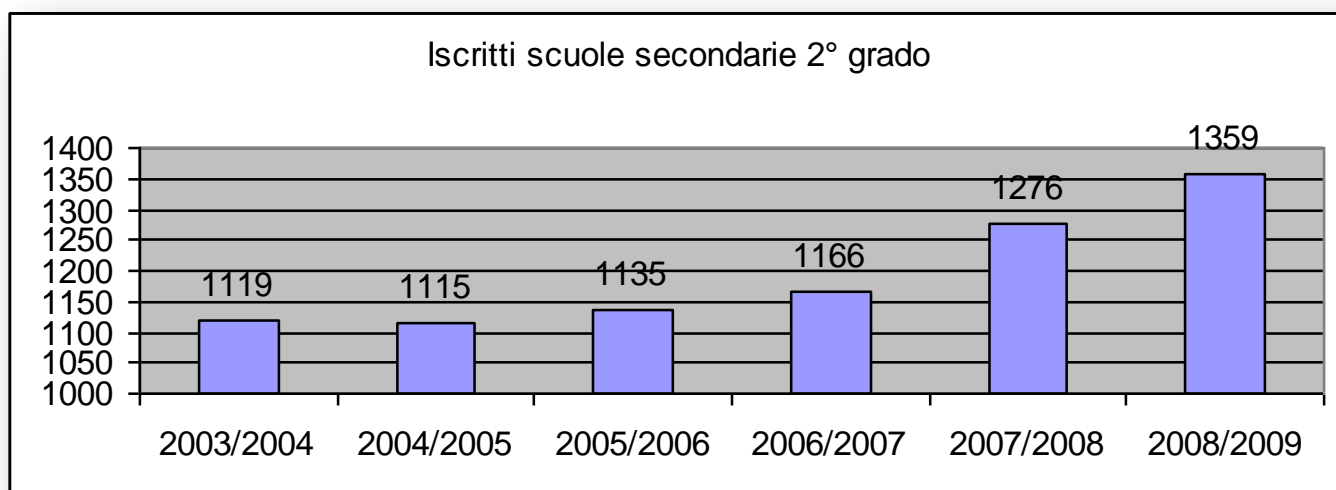
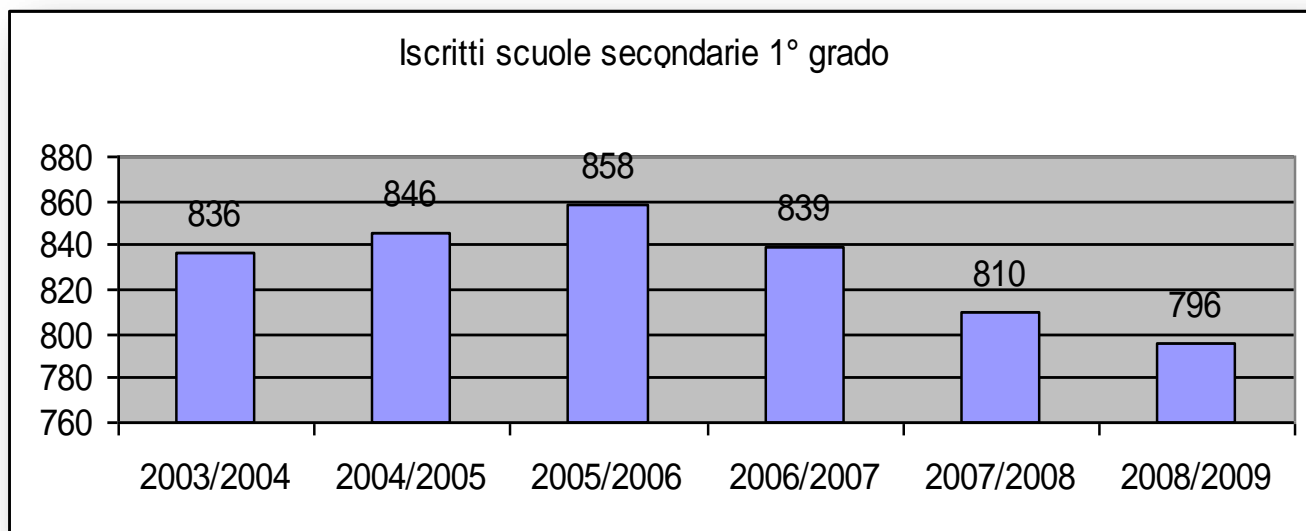
Il CCQS, centro risorse per la qualificazione delle scuole della montagna, è sostenuto dai comuni, dalle scuole oltre che dalla Comunità montana e dalla Provincia.

Le tematiche sono individuate dal Comitato Esecutivo (composto dai dirigenti scolastici e gli assessori alla scuola) e sviluppate da gruppi di approfondimento (formati da insegnanti referenti dei singoli istituti).

Gli argomenti affrontati negli ultimi anni sono:

- Star bene a scuola: servizio psicopedagogico e orientamento;
- La scuola nel parco: progettazioni ambientali per una cittadinanza attiva del Parco;
- Alutazione/Autovalutazione di Istituto e interventi per la continuità tra ordini di scuola e discipline;
- Integrazione stranieri
- Teatro – Laboratori, rassegne.

**Alcuni dati scolastici del distretto:**



Come si evince dai grafici sopra raffigurati, dall'anno scolastico 2003/2004 all'anno scolastico 2008/2009 abbiamo un decremento della popolazione scolastica delle scuole secondarie di primo grado del 4,8% contro un incremento, nelle scuole secondarie di secondo grado, del 21,4%.

E' interessante notare che nell'anno scolastico 2007/2008 nelle classi terze delle scuole medie del distretto erano presenti 294 studenti e nell'anno scolastico 2008/2009 nelle classi prime delle scuole superiori sono presenti 338 studenti, con uno scarto di +44 unità; si consideri inoltre che una buona parte di studenti degli Istituti Comprensivi di Toano e Casina optano per le scuole superiori di Reggio e Modena, ma anche che alcuni studenti di Vezzano, Puianello, Baiso, Montefiorino, Neviano degli Arduini, San Polo e Corniglio scelgono invece il polo delle superiori di Castelnovo ne' Monti.

Inoltre, nell'anno scolastico 2008/2009 abbiamo il 14 % di studenti stranieri alle secondarie di primo grado e il 9% alle secondarie di secondo grado.

Nell'anno scolastico 2003/2004 avevamo invece l'8,5 % di studenti stranieri alle secondarie di primo grado e il 3,9% alle secondarie di secondo grado.

In sintesi, nell'anno scolastico 2008/2009 su 2155 studenti delle scuole secondarie di 1° e 2° grado, l'11% sono di origine straniera, mentre nell'a.s. 2003/2004 su 1955 studenti solo il 5,9% erano stranieri.

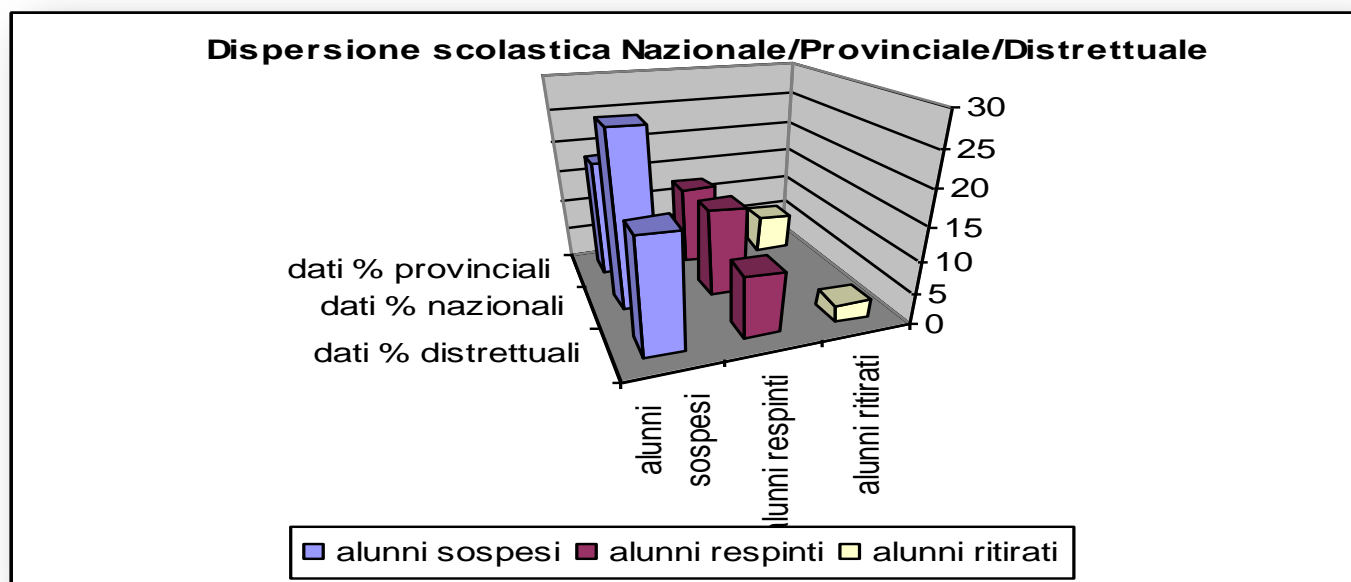
Per quanto riguarda la **dispersione scolastica**, illustriamo i dati sull'anno scolastico 2007/2008:

a livello provinciale gli studenti sospesi, cioè rinviati alle prove di recupero di inizio settembre, sono il 18,3% e la quota dei respinti a giugno sono 12,7 %: area liceale 5%, tecnici 13,9% e professionali 20,3% con il 6% di ritirati.

Esiti migliori da quelli calcolati in ambito nazionale dove si hanno il 26,8% di sospesi e la non ammissione a giugno del 13,8%.

Nel distretto montano gli studenti sospesi rappresentano il 17,4 %, di questi il 46,8% è degli istituti tecnici, i respinti a giugno sono il 9,6% di questi il 46,7% sono degli Istituti professionali e i ritirati il 2,7%, di questi il 94,3% appartengono agli istituti professionali.

Confrontando i dati a livello provinciale e nazionale ne risulta un quadro abbastanza positivo, o comunque sopra la media.



I dati dei grafici si riferiscono alle Scuole Secondarie di Primo e Secondo grado del distretto di Castelnovo ne' Monti: Busana, Carpineti, Casina, Castelnovo ne' Monti, Toano, Villa Minozzo, Istituto "C. Cattaneo" con Liceo "Dall'Aglio" di Castelnovo ne' Monti, Istituto "A. Motti" di Castelnovo ne' Monti. Sono tratti dagli annuari della scuola reggiana degli anni scolastici: 2003/04, 2004/05, 2005/2006, 2006/2007, 2007/2008, 2008/2009

Per quanto riguarda la **formazione professionale**, nella Comunità dell'Appennino Reggiano si registra un elevato numero di corsi. La Fondazione Enaip Don Magnani con la sua sede di Castelnovo ne' Monti è impegnata in attività di progettazione, ricerca, orientamento e formazione con particolare riferimento all'area del disagio ed in modo significativo agli adolescenti e giovani usciti dal circuito scolastico (tra i 15 e i 18 anni) o dal lavoro che manifestano evidente disagio sociale.

I corsi di formazione professionale organizzati negli ultimi due anni sono: Operatore alle cure estetiche e Installatore e manutentore impianti elettrici. Per l'anno scolastico 2007/2008 erano iscritti 39 ragazzi di cui 14 stranieri. 3 sono stati respinti, 18 hanno preso la qualifica, 17 sono occupati, di cui 13 sono occupati sul distretto. Per l'a.s. 2008/2009 sono iscritti 52 ragazzi di cui 22 stranieri.

## IL TAVOLO DI LAVORO

Il tavolo di lavoro è composto da rappresentanti di associazioni giovanili, di volontariato, sportive, culturali e di solidarietà, scuole, forze dell'ordine, parrocchie, enti pubblici, servizi sociali e sanitari, enti di formazione, individuati per la rappresentatività e la vicinanza agli argomenti da affrontare.

Si sono svolti 3 incontri: il 31/1/09, 14/2/09 e il 25/02/09.

Lo scopo degli incontri era di **raccogliere punti di vista** diversi su temi identificati per diffusione e gravità/importanza e **strutturarli in una proposta organica e condivisa sugli obiettivi strategici delle politiche sociali e sanitarie** da proporre al Comitato di Distretto per i prossimi 3 anni nell'ambito di riferimento "Adolescenti, giovani e adulti di riferimento".

**Tabella 1** - Gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

TARGET*								
Respons.tà Familiari <b>x</b>	Infanzia e adolescenza <b>x</b>	Giovani <b>x</b>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <input type="checkbox"/>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <b>x</b>
FINALITÀ								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <b>x</b>			Prevenzione <b>x</b>			Cura/Assistenza <input type="checkbox"/>		

### RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE

☐

Nell'ambito delle politiche familiari, per l'infanzia e l'adolescenza, si intende implementare l'integrazione con le politiche che investono la sfera educativa, scolastica, formativa e sanitaria, tramite azioni ispirate a un equilibrio adeguato tra lavoro di cura, prevenzione, tutela e promozione, attraverso il consolidamento del ruolo previsto nel precedente piano di zona delle "Figure di Sistema", avvalendosi anche di uno staff composto da psicologi, pedagogisti e un valutatore con funzione di sistema nei movimenti e nei rapporti con la rete.

In particolare:

- **in Area Socio-sanitaria**

All'interno del Servizio Sociale Unificato stesso (Area Socio-educativa, Servizio Minori, Ufficio Immigrati), con Neuropsichiatria dello Sviluppo, Sert e Pediatria di Comunità attraverso incontri periodici tra le équipes per la discussione di casi e di modalità di lavoro specifiche, condivisione di percorsi di segnalazione attraverso un documento di rete che delinea in modo chiaro i confini e le competenze.

- **in Area educativa e scolastica**

Con la conferma del CCQS (Centro di coordinamento per la qualificazione scolastica), Centro risorse e consulenza nato da un accordo di programma tra gli Enti Locali (Comuni e Comunità montana) e gli Istituti Scolastici, pubblici e privati della montagna, per consolidare percorsi qualificanti sia scolastici che nei rapporti di rete con i vari servizi territoriali, socio-sanitari, socio-educativi, culturali e ambientali.

## **BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE**

Da "Profilo di comunità- Giovani e adolescenti"

I temi dell'inclusione sociale, della mobilità, dell'integrazione multiculturale, del lavoro e della formazione professionale, delle politiche sociosanitarie, dell'innovazione tecnologica costituiscono l'essenza stessa di questo specifico ambito che è quindi - per vocazione - trasversale.

Le politiche in questo ambito quindi dovrebbero tendere ad una ricomposizione tra gli interventi di promozione da una parte e, dall'altra, di prevenzione dal consumo di sostanze o di comportamenti a rischio, favorendo la messa in valore del capitale sociale del territorio e di cittadinanza attiva.

In questo contesto, già oggi si sono costruite connessioni, sviluppate reti, favoriti legami, si lavora per rinsaldare un patto fra giovani e comunità e per innescare percorsi di autonomia, promozione del benessere e della salute, di esercizio di sostanze o di comportamenti a rischio, favorendo la messa in valore del capitale sociale del territorio e di cittadinanza attiva.

In questo contesto, già oggi si sono costruite connessioni, sviluppate reti, favoriti legami, si lavora per rinsaldare un patto fra giovani e comunità e per innescare percorsi di autonomia, promozione del benessere e della salute, di esercizio di cittadinanza attiva.

Queste sono le principali criticità individuate:

- giovani immigrati: difficoltà di integrazione scolastica e problemi dei genitori a reggere le sfide di contesti culturali, sociali ed educativi molto distanti e talvolta divergenti; aumento della disgregazione e dell'intolleranza.
- le famiglie e/o le figure genitoriali, specie in situazioni di affaticamento, solitudine, criticità, si trovano oggi maggiormente disorientate e in difficoltà a gestire le fasi della crescita; diminuzione delle responsabilità sociali e collettive.
- la libera iniziativa, il percorso di autonomia dei giovani è oggi molto più difficile
- alcuni comportamenti a rischio nelle fasce di età giovanile (poliabuso di sostanze legali

ed illegal, bullismo) sembrano impattare meno il sistema dei servizi ed evidenziano un gap di informazione sulle sostanze, sulla loro tossicità, sulla maggiore esposizione alla contrazione di malattie.

Un orientamento, già affermato nel precedente programma finalizzato a valenza provinciale per la promozione del benessere dei giovani e per la prevenzione del disagio giovanile, prevede di arrivare alla costruzione di una rete di "servizi di prossimità" che, in linea con il prossimo Piano Sociale e sanitario 2009-2011, stabilizzi e connetta le attività di prevenzione e di promozione del benessere.

## **OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIO SANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI**

**Nota metodologica di lettura:** *nelle riflessioni che seguono, tentiamo di raccogliere i temi maggiormente condivisi dai componenti del tavolo in nuclei di senso e in proposte strategiche e operative*

**1) COMUNICAZIONE:** CONOSCERE NUOVI LINGUAGGI, FACILITARE LE CONNESSIONI, COSTRUIRE MAPPE DI ORIENTAMENTO, ASCOLTO, CONFRONTO, RIPENSARE LE RETI ISTITUZIONALI E INFORMALI...COSTRUIRE ALLEANZE, " Il Web ha modificato la comunicazione, consente di non mostrarsi, di non guardarsi negli occhi, ma anche di facilitare le relazioni, di raggiungere luoghi lontani"; "Curare una *viabilità* delle reti e delle relazioni"; "Reciprocità delle relazioni tra generazioni"; "bisogna dare più voce ai giovani"; "Creare una nuova narrazione di montagna: la montagna per chi la vive e per chi l'ha lasciata resterà una geografia delle emozioni. ...Un aiuto può essere fornito dai molti stranieri, europei e non, che vivono in montagna per scelta o per esigenza... Il modo è progettare insieme modi di raccontarsi, percorsi per arrivare a delineare una nuova narrazione partendo dalle persone della montagna" .

**2) OFFRIRE OPPORTUNITA'** riguardo a:

- **SCUOLA E UNIVERSITA'**, "Ruolo autorevole della scuola come luogo di apprendimento, di opportunità e di valori" " Valorizzazione dei percorsi professionali al fine di incentivare opportunità di lavoro legate al territorio (soprattutto di crinale)" ; "La scuola deve fornire ai giovani competenze trasversali, utili non solo al lavoro, ma alla vita nella sua pienezza e complessità"; "Le Università faticano a tenere connessi i percorsi accademici con le caratteristiche del territorio e le sue esigenze di professionalizzazione";
- **LAVORO, INFRASTRUTTURE**, Potenziamento reti informatiche; Pastorale giovanile; innovazione nell'ambito produttivo, microprogettazioni territoriali cooperative, "agricoltura difensiva e a presidio del territorio - "artigiani informatici" che producano beni ad alto valore aggiunto";
- **LUOGHI DI AGGREGAZIONE**, ripensare l'esistente - spazio odologico. " Individuazione di strutture preesistenti idonee ad essere adibite a sedi di progetti"; "La costruzione di possibilità (in termini di interventi, spazi e tempi) che permettano ai giovani di esprimersi, motivarsi e riconoscere il valore della loro diversità"
- **SPORT**, come attività educativa, responsabilizzante



- **ESPRESSIVITA'**, scrittura, musica, teatro

### 3) **FUNZIONI DI PROSSIMITA'**

- Consolidare e mettere in rete i servizi/istituzioni (Centri giovani, Centri Ascolto, Spazi giovani, Unità e Servizi di strada per giovani e riduzione del Danno, Centri a bassa soglia, Sert, Comuni e Privato Sociale) e gli interventi di prossimità rivolti agli adolescenti, giovani, giovani consumatori, gli adulti di riferimento ed alle fasce marginali;
- Pianificare uno spazio di formazione comune al lavoro in rete;
- Dare stabilità alle funzioni di prossimità come prima porta di accesso al sistema dei servizi: stimolare la domanda di aiuto, supportare la motivazione ed attivare accompagnamenti ai Servizi del territorio.

### **OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**

**PATTO TERRITORIALE** TRA ENTI LOCALI, ASL, SCUOLE, COMUNITA' MONTANA, ASS. SPORTIVE, COOPERATIVE, DAR VOCE.... PARROCCHIE, PARCO, FORZE DELL'ORDINE, REALTA' IMPRENDITORIALI (Tutti)

"Elaborazione di una sorta di "programma" da sottoporre all'attenzione del territorio → il tavolo come "laboratorio di idee e proposte"

"Creare una rete di connessione tra i vari lavori da sviluppare, a vantaggio di un possibile disegno culturale e sociale di fondo da maturare con tempo e costanza.

### **INDICATORI DI RISULTATO**

- Realizzazione di una mappa risorse – geografia delle reti
- N. Percorsi di formazione (cultura, informatica, artigianato...)
- N. Progetti sulla comunicazione, sull'identità, sulla memoria..... ("narrazione di montagna..")
- N. Reti attivate tra diversi soggetti sociali del territorio
- Realizzazione patti con: enti locali, asl, scuole, associazioni, forze dell'ordine, parrocchie, camera di commercio, cooperative, singoli datori di lavoro
- Stabilizzazione tavolo adolescenti, giovani e adulti di riferimento (incontri periodici)

## AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE A FAVORE DEI CITTADINI STRANIERI IMMIGRATI

Tabella 1 - Gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

Target*								
Responsabilità Familiari □	Infanzia e adolescenza □	Giovani □	Anziani □	Disabili □	Immigrati stranieri <b>X</b>	Povertà e Esclusione sociale □	Salute mentale □	Dipendenze □
Finalità								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <b>X</b>			Prevenzione <b>X</b>			Cura/Assistenza <b>X</b>		

### RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE

**X**

- **Accesso integrato.** La multiculturalità, dato ormai stabile, richiede ai nostri servizi un approccio integrato anche nel momento dell'accesso. Gli sportelli dell'Ufficio stranieri, gli sportelli sociali, le segreterie della rete delle scuole, l'Ufficio di Relazioni con il Pubblico dell'AUSL costituiscono i primi servizi di interfaccia con l'utenza di origine straniera, sono coloro che per primi accolgono, danno informazioni e prendono in incarico le diverse situazioni le quali necessitano di multiprofessionalità in grado di valutarne la complessità per poter orientare e accompagnare le persone nella rete dei servizi territoriali e al bisogno costruire percorsi personalizzati.
- **Coordinamento territoriale integrato socio - educativo – sanitario**  
E' necessario un coordinamento delle progettazioni su due livelli:
  - **generale** dello stato di attuazione e di implementazione dei vari progetti che coordini e modifichi, qualora ce ne fosse bisogno le progettazioni (teniamo presente, infatti, che le migrazioni sono anche caratterizzate da una discreta mobilità territoriale;
  - **di rete** tra gli operatori sociali, sanitari, educativi per coordinare e monitorare i singoli interventi, per integrare le risorse evitando inutili duplicazioni e per poter meglio utilizzare tutte le risorse che il nostro territorio è in grado di mettere in campo.
- **Formazione delle diverse figure professionali.** Il contesto di società multiculturale in cui stiamo vivendo è una realtà nuova per tutti e necessita per essere affrontata di un arricchimento continuo del bagaglio professionale degli operatori su varie tematiche per acquisire competenze sulle metodologie di comunicazione interculturale. Nei percorsi devono essere coinvolti anche i mediatori linguistico culturali.

### Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale

#### Bisogni chiave emersi dalle discussioni affrontate durante gli incontri del Tavolo Intercultura:

- Inclusione sociale delle famiglie con particolare cura ai percorsi di accompagnamento delle donne nel contesto sociale e sanitario. Sono proprio loro l'anello debole dell'integrazione, restando escluse dal lavoro e dalla vita sociale in generale soprattutto in un territorio come il nostro che offre scarse opportunità lavorative e

dove prive di mezzi di trasporto propri c'è anche il rischio di un maggiore "isolamento".

- Sviluppare politiche di confronto come sviluppo di partecipazione e per attivare una costruzione di relazioni e di reti stabili con i nuovi cittadini, in modo da prefigurare, in un quadro di valori e principi fondamentali, una nuova identità in cui tutti si possano riconoscere;
- Approfondire le problematiche relative all'accoglienza e all'inserimento delle seconde generazioni di migranti, in particolare nelle scuole e nel tessuto sociale, valorizzando il loro contributo non solo in termini di integrazione ma quali fonte di conoscenza e apprendimento delle diverse società e abitudini, in un contesto di multiculturalità;
- Incentivare la formazione dei soggetti che svolgono lavoro di cura familiare e offrire loro maggiori supporti relazionali e psicologici.

#### **OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI**

1. Consolidamento degli sportelli informativi territoriali dell'ufficio stranieri con attività di orientamento e accompagnamento, anche individuali, sui temi dell'immigrazione e dell'inclusione sociale e di consulenza normativa rafforzando il lavoro di rete territoriale dei servizi sociali sanitari ed educativi per predisporre iniziative integrate di promozione e comprensione su tematiche sociali sanitarie ed educative rivolgendosi sia ai nuovi cittadini individualmente che in momenti di confronto pubblico e formativi ma anche con momenti di riflessione e formazione per gli operatori;
2. Promozione, realizzazione e coordinamento di iniziative di mediazione linguistico culturale, di mediazione interculturale e di mediazione dei conflitti in ambito sociale, sanitario scolastico ed extrascolastico nonché di iniziative di cittadinanza attiva;
3. Costruzione della rete territoriale del nodo di raccordo per la prevenzione, la consulenza, l'orientamento, e il monitoraggio delle potenziali situazioni di disparità all'interno del sistema integrato regionale antidiscriminazioni con promozione, coordinamento e monitoraggio di diversificate azioni finalizzate a conseguire l'integrazione sociale di bambini ed adolescenti, senza distinzione di nazionalità e provenienza e tese a garantire pari opportunità e il godimento dei diritti e delle libertà a tutti senza distinzione di sesso, di età, di nazionalità, di provenienza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali;

Realizzazione di un centro per la consulenza e l'orientamento sul tema del lavoro di cura a domicilio rivolto sia alle famiglie che alle assistenti familiari, con funzioni di ascolto e accompagnamento;

#### **OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**

Si prevede una realizzazione degli obiettivi in linea con le indicazioni regionali prevedendo un graduale sviluppo delle integrazioni nell'arco del triennio.

#### **INDICATORI DI RISULTATO**

##### **Obiettivo 1**

- N° utenti degli sportelli informativi;
- N° percorsi di accompagnamenti;
- N° contatti/consulenze di rete e con quali soggetti della rete;
- Monitoraggio tematiche affrontate;

- N° delle iniziative realizzate;
- N° dei partecipanti alle iniziative realizzate;
- Quali le nazionalità dei partecipanti alle iniziative realizzate

## **Obiettivo 2**

- N° di interventi di mediazione linguistico culturale con monitoraggio delle lingue utilizzate e il numero dei fruitori;
- N° di interventi di mediazione interculturale con monitoraggio delle tematiche e il numero dei fruitori;
- N° di interventi di mediazione dei conflitti con monitoraggio delle motivazioni e il numero dei fruitori;
- Rilevazione dei contesti oggetto delle iniziative di cui sopra;
- N° delle iniziative interculturali con n° dei partecipanti e monitoraggio delle tematiche affrontate;
- Tipologia di attivazione della mediazione linguistico culturale;

## **Obiettivo 3**

- N° casi trattati dal nodo di raccordo;
- N° contatti/consulenze di rete e con quali soggetti della rete;
- N° delle iniziative realizzate;
- N° dei partecipanti alle iniziative realizzate;
- Quali le nazionalità dei partecipanti alle iniziative realizzate

## **Obiettivo 4**

- N° assistenti di cura che hanno utilizzato il punto informativo;
- N° famiglie che hanno utilizzato il centro;
- Tipologia delle richieste;
- N° incontri realizzati all'interno del centro;
- Tipologia delle tematiche affrontate durante gli incontri

## AREA CONTRASTO ALLA POVERTA' ED ESCLUSIONE SOCIALE

Tabella 1 - Gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

Target*								
Respons.tà Familiari □	Infanzia e adolescenza □	Giovani □	Anziani □	Disabili □	Immigrati stranieri □	Povertà e Esclusione sociale <b>X</b>	Salute mentale <b>X</b>	Dipendenze <b>X</b>
Finalità								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <b>X</b>			Prevenzione <b>X</b>			Cura/Assistenza <b>X</b>		

### RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE

□

*(accesso integrato, sportello unico distrettuale, sportello sociale, ufficio di piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)*

### BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE

1. Necessità di individuare strumenti alternativi per intervenire sulla problematica della marginalità (viene rilevato un aumento dell'utenza afferente a quest'area non necessariamente connotata da problematiche psichiatriche o di dipendenza). Mappare e valorizzare l'esistente.
2. Necessità di maggiori spazi per il lavoro protetto e di veri sbocchi occupazionali per "casi sociali" e/o utenti dei Servizi con buone capacità e competenze.
3. Domiciliarità protetta con percorsi assistiti per utenti non completamente autonomi, soluzioni abitative individuali o a piccoli gruppi.
4. Diffusione di una cultura di solidarietà, di integrazione tra Servizi (EELL e AUSL) e col contesto di vita, il volontariato, terzo settore e comunità civile

### OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIO SANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

**Per i bisogni 1 e 2:** Promuovere attività di formazione e ricerca che coinvolga il personale dei servizi socio-sanitari, delle cooperative e del volontariato (ricerca-azione)

**Per i bisogni 3 e 4:** Sensibilizzazione ad una maggiore apertura del contesto locale integrando i percorsi di cura con il sistema di comunità.

#### **OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**

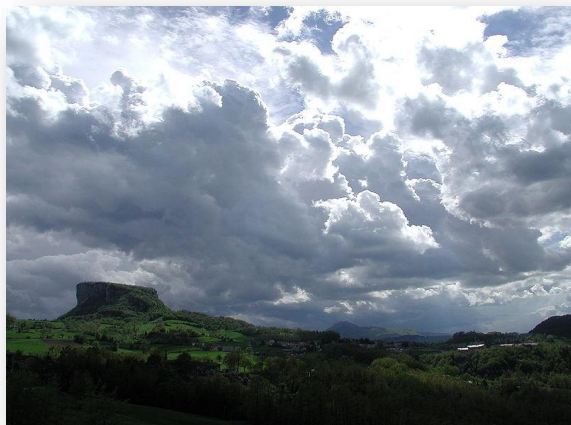
- Necessità di lavorare a 360° sulla problematica della marginalità (è necessario per rendere possibili ed efficaci gli interventi, coinvolgere i servizi, il volontariato, il privato sociale, gli amministratori e la Comunità Locale)
- Creazione di meccanismi premianti per le ditte non tenute all'obbligo di assunzione ai sensi della L. 68/99. Azioni locali di sensibilizzazione e promozione c/o piccole aziende locali ed artigiane.
- Sinergia con le amministrazioni (Ufficio casa) per la domiciliarità di utenti marginali, finalizzata alla pianificazione dell'abitare.

#### **INDICATORI DI RISULTATO**

1. N° incontri periodici per dare continuità al lavoro del Piano di Zona, al fine di favorire un confronto permanente tra i soggetti coinvolti nel percorso di lavoro. Attivazione di una ricerca-azione
2. N° inserimento lavorativi
3. N° attivazioni di nuove forme di domiciliarità protetta (ampliamento convenzione con Acer o altre risorse e modalità da individuare in collaborazione con il territorio).

## AREA ANZIANI

### GLI ANZIANI NEL DISTRETTO DI CASTELNOVO NE' MONTI



Al primo gennaio 2008, il nostro Distretto vede una percentuale di persone anziane sensibilmente più alta (27,4%) rispetto al dato espresso dalla Provincia di Reggio Emilia (20,0%) e dalla Regione Emilia Romagna (22,6%). Vedi tab.3.1

**Tab. 3.1 Composizione della popolazione anziana (per età e genere) nel distretto di Castelnovo ne' Monti, raffrontata alla Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna al 01/01/2008**

Territorio		Classi di età 01/01/2008	
		65-74	75 e più
Castelnovo ne' Monti	Maschi	2.113	2.034
	Femmine	2.173	3.078
	<i>Totale</i>	4.286	5.112
% sul totale della popolazione		<b>12,5%</b>	<b>14,9%</b>
<b>TOTALE 27,4%</b>			
Provincia di Reggio Emilia	Maschi	23.810	19.197
	Femmine	26.454	32.335
	<i>Totale</i>	50.264	51.532
% sul totale della popolazione		<b>9,9%</b>	<b>10,1%</b>
<b>TOTALE 20,0%</b>			
Regione Emilia- Romagna	Maschi	223.512	183.509
	Femmine	256.227	304.960
	<i>Totale</i>	479.739	488.469
% sul totale della popolazione		<b>11,2%</b>	<b>11,4%</b>
<b>TOTALE 22,6%</b>			

**Fonte: Emilia Romagna**

*Un Distretto che vede la  
presenza di un crescente  
numero di anziani*

*L'invecchiamento della  
popolazione si è realizzato  
progressivamente con  
alcune caratteristiche:*

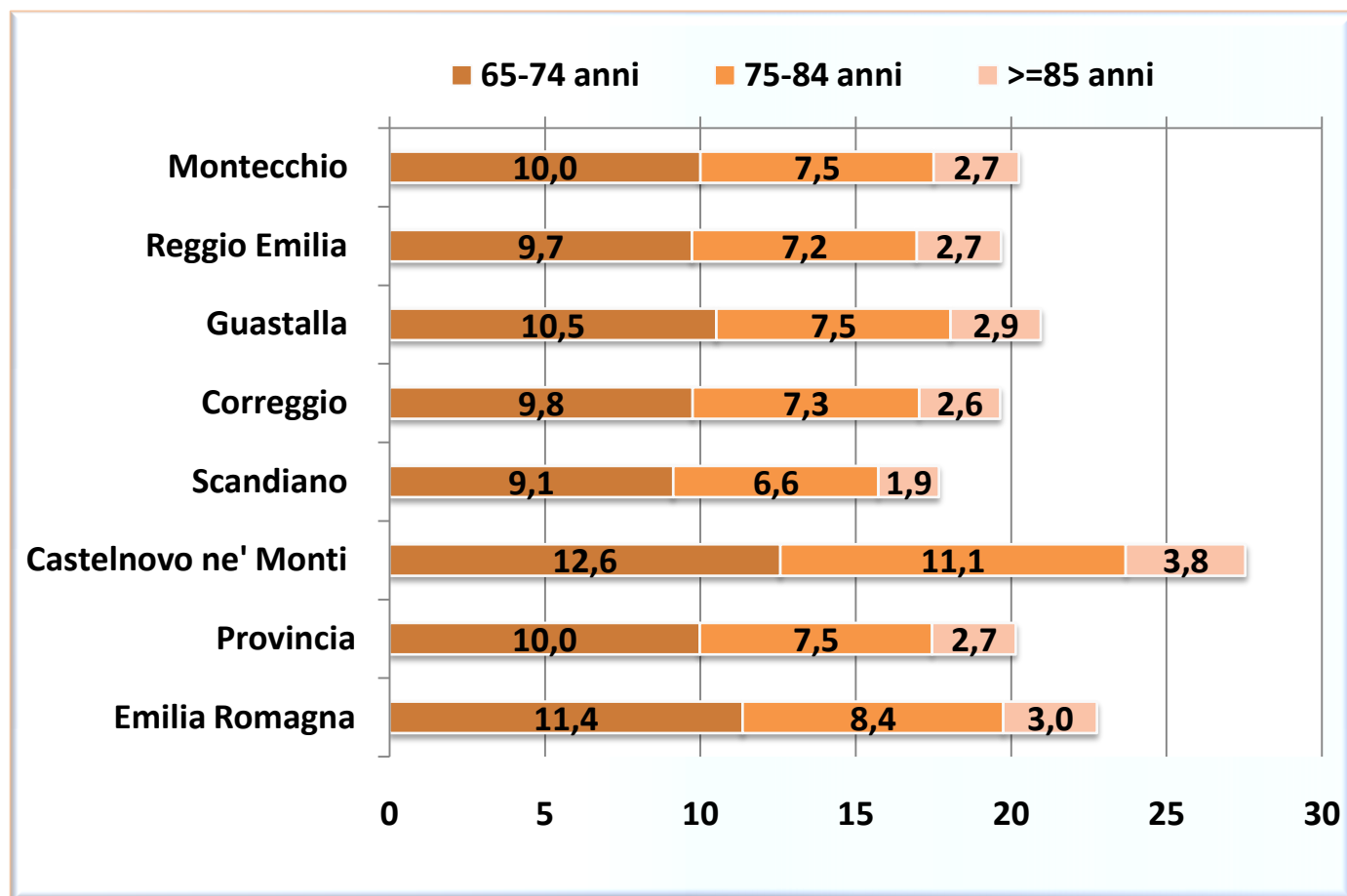
- *una crescente  
femminilizzazione della  
popolazione anziana (più  
del 60% degli anziani  
oltre i 75 anni sono  
donne);*
- *un progressivo aumento  
dei "grandi vecchi"  
(ultraottantenni);*
- *modifiche nella struttura  
familiare (aumento delle  
persone anziane che  
vivono sole).*

Il grafico 3.2 rappresenta la proporzione di anziani per classe di età (65-74, 75-84, 85+) nei diversi distretti della provincia, da cui si evince che il distretto con la maggior presenza percentuale di anziani, superiore al 27% è quello della montagna, mentre

quelli più giovani sono i distretti dove rilevante è il fenomeno migratorio, interno (Scandiano) o esterno (Correggio e Reggio Emilia).

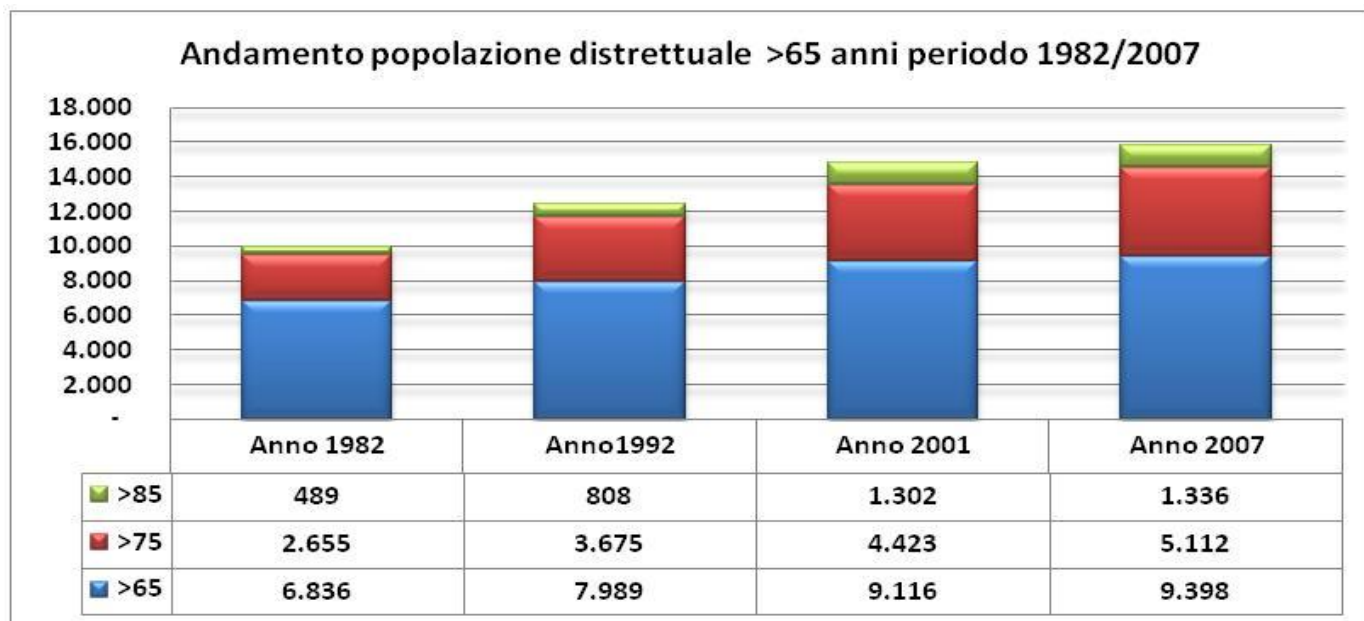


**Grafico.3.2 Proporzione di anziani per classi di età nei distretti della Provincia di Reggio Emilia al 01/01/2008**

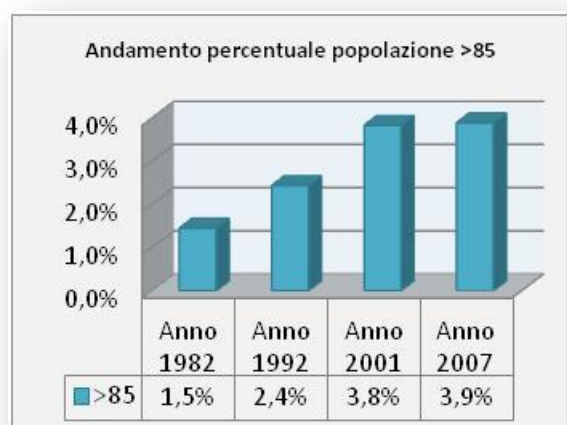
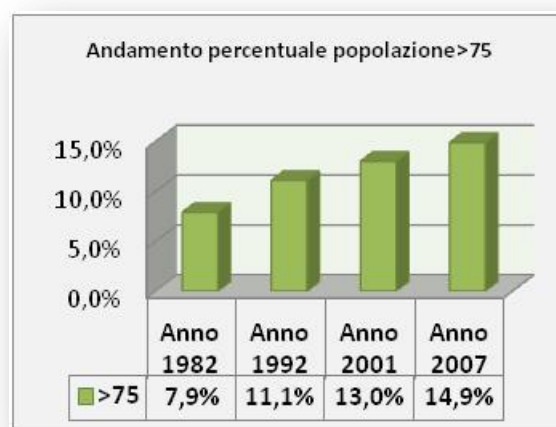
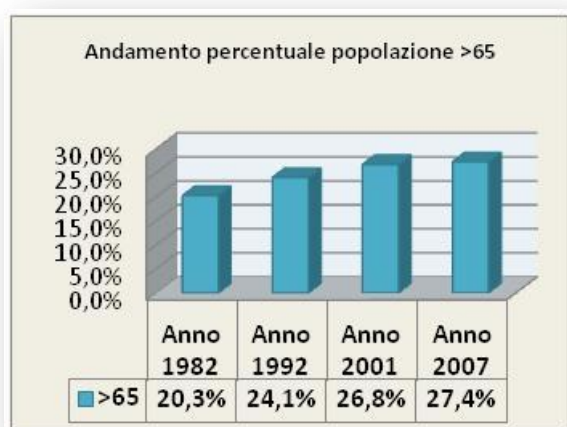


Fonte: Emilia Romagna

**Grafico.3.3 Andamento della popolazione distrettuale maggiore di 65 anni dal 1982 al 2007 (analizzata per decenni '82/'92 - '92/'01 e per il periodo '01/'07) in valore assoluto**



**Grafici.3.4 Andamento % della popolazione distrettuale maggiore di 65 anni dal 1982 al 2007 (analizzata per decenni '82/'92 - '92/'01 e per il periodo '01/'07) sulla popolazione residente**



Distretto di Castelnovo Monti			
Indici Demografici	1991	2001	2007
Indice di vecchiaia	192,8	238,5	235,0

## LA LETTURA DELL'INDICE DI VECCHIAIA

L'indice di vecchiaia viene calcolato come rapporto percentuale fra gli ultra sessantacinquenni e la popolazione giovanile di età inferiore ai 15 anni: E' un

indicatore molto significativo del rapporto tra classi anziane e nuove generazioni che ci fornisce una valutazione sintetica del grado di invecchiamento di una popolazione. **235,0 anziani (< 64 anni) ogni 100 bambini (fino a 14 anni).** A livello comunale, i comuni più vecchi ed a più rapido invecchiamento sono in particolare quelli del crinale: Ligonchio (591,7), Ramiseto (531,2), Collagna (444,4), Busana (354,5) e Villa Minozzo (350,8), seguiti da Vetto (314,1).

Provincia di Reggio Emilia			
Indici Demografici	1991	2001	2007
Indice di vecchiaia	153,1	154,8	129,6

## 2 - ANZIANI E SERVIZI

**Tab. 3.2 ANZIANI IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI PROFESSIONALI**

<b>DISTRETTO DI CASTELNOVO NE MONTI</b>	<b>Anziani in carico ai servizi sociali professionali</b>
<b>Anno 2004</b>	n° 508
<b>Anno 2005</b>	n° 569
<b>Anno 2006</b>	N° 783

Fonte: Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni-consuntivo 2004-2005-2006 I dati sono riferiti al tot M+F

**Tab. 3.3 NUMERO ASSEGNI DI CURA E DIMISSIONI PROTETTE**

<b>DISTRETTO DI CASTELNOVO NE MONTI</b>	<b>N°anziani percettori di assegno di cura nell'anno**</b>	<b>N°anziani coinvolti in programmi dimissioni protette*</b>
<b>Anno 2004</b>	235	188
<b>Anno 2005</b>	252	145
<b>Anno 2006</b>	296	149
<b>Anno 2007</b>	320	185

\*Fonte: Servizio Assistenza Anziani del Distretto di Castelnovo ne' Monti

\*\*Fonte: PAT – Programma delle attività territoriali del Distretto di Castelnovo ne' Monti anni 2005-2006-2007

<b>Tipo di Intervento</b>	<b>Tipologia di Servizio</b>	<b>Totale Spesa di Zona 2007</b>
<b>Interventi e servizi</b>	Attività di servizio sociale professionale	145.852,00
<b>Interventi e servizi</b>	Integrazione sociale	688,00
<b>Interventi e servizi</b>	Assistenza domiciliare	924.994,00
<b>Interventi e servizi</b>	Servizi di supporto	135.178,00
<b>Trasferimenti in denaro</b>	Trasferimenti in denaro	148.944,00
<b>Strutture</b>	Strutture diurne o semi-residenziali	13.200,00
<b>Strutture</b>	Strutture comunitarie e residenziali	1.025.513,00
<b>Totale Spesa Sociale</b>		2.394.369,00
<b>Spesa Sanitaria + FRNA</b>		3.909.401,76
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>6.303.770,76</b>

**Tabella 1** - Gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

<b>TARGET*</b>								
Respons.tà Familiari □	Infanzia e adolescenza □	Giovani □	<b>Anziani</b> <b>X</b>	Disabili □	Immigrati stranieri □	Povertà e Esclusione sociale □	Salute mentale □	Dipendenze □
<b>FINALITÀ</b>								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <b>X</b>			Prevenzione <b>X</b>		Cura/Assistenza <b>X</b>			

<b>RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE</b>	<b>X</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sistema di Accesso:</b> accoglienza informazione e presa in carico, sostenere e facilitare la funzione di sportello sociale integrato con lo sportello unico delle attività distrettuali.</li> <li>• Stesura di <b>protocolli operativi integrati</b> tra i servizi che puntino ad una valutazione multiprofessionale dei bisogni e alla definizione di progetti personalizzati che considerino la complessità della persona nel proprio contesto di vita definendo ruoli e responsabilità dei diversi servizi</li> <li>• Consolidare le attuali <b>tecnologie informatiche</b> attraverso la messa in rete degli strumenti informatici utilizzati nelle diverse postazioni</li> </ul>	

<b>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE</b>
Difficoltà delle famiglie nella gestione dei famigliari al domicilio – sviluppo degli interventi di mantenimento al domicilio, equità nell'erogazione degli interventi, interventi sulla fascia fragile, utilizzo "più leggero" dei Centri Diurni
Difficoltà della rete residenziale nel gestire situazioni sempre più complesse all'interno della rete con un aumento di pazienti complessi;
Aumento di situazioni di anziani affetti da demenza all'interno dei diversi punti della rete dei servizi;
<b>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</b>
<b>1°)</b> Sviluppare azioni rivolte alla <b>promozione di stili di vita sani</b> per mantenere più a lungo la condizione di salute e benessere nella popolazione anziana
<b>2°)</b> Costruire un sistema professionale accogliente di <b>punti di accesso coordinati</b> fra loro ed integrati con le risorse del contesto: con funzioni di informazione, presa in carico e accompagnamento <i>garantendo continuità assistenziale</i>

**3°)** Ampliamento degli interventi di **mantenimento al domicilio** con particolare attenzione ad uniformare e sviluppare i servizi di assistenza domiciliare in linea con la DGR1206/07, attivando azioni di formazione rivolti al personale che accompagnino i cambiamenti

**4°)** Qualificazione della rete storica residenziale, sviluppando interventi mirati alla **gestione degli ospiti più complessi**

Promuovere e sviluppare azioni e programmi rivolti agli anziani dementi all'interno degli obiettivi sopra descritti

### **OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**

Si prevede un'attivazione degli obiettivi in linea con quanto previsto dalle indicazioni regionali prevedendo un graduale sviluppo delle integrazioni nell'arco del triennio.

### **INDICATORI DI RISULTATO**

#### **1° Obiettivo**

- n. iniziative n. persone coinvolte
- n. iniziative rivolte a problematiche riferite alla demenza

#### **2° Obiettivo**

- protocolli di lavoro condivisi tra servizi per la gestione del paziente nella rete dei servizi socio-sanitari
- n. dimissioni protette
- n. nuove prese in carico nel Consultorio demenza distrettuale

#### **3° Obiettivo**

- n. prestazioni aggiuntive fornite dal SAD e ADI
- n. progetti "flessibili" attivati
- n. progetti domiciliari rivolti ad anziani dementi

#### **4° Obiettivo**

- n. progetti "flessibili" attivati presso le strutture del territorio
- n. anziani coinvolti
- n. accessi di anziani dementi nelle diverse strutture



## AREA DISABILI

Alcuni dati del nostro Distretto dall'anno 2004 all'anno 2008:

<b>ANNO</b>	<b>Numero complessivo disabili adulti in carico ai servizi sociali per adulti</b>	<b>Numero disabili adulti utenti di assistenza domiciliare e territoriale</b>	<b>Numero utenti inseriti da servizio disabili in Centro SR residenziale</b>	<b>Numero utenti inseriti da servizio disabili in Centro SR diurno</b>	<b>Numero utenti assegnati di cura per disabili gravi (DGR 1122/02)</b>	<b>Numero utenti altri contributi economici erogati da Comuni e Azienda USL</b>
<b>2004</b>	<b>72</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>35</b>	<b>32</b>	
<b>2005</b>	<b>73</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>4</b>
<b>2006</b>	<b>81</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>38</b>	<b>19</b>	<b>3</b>
<b>2007</b>	<b>87</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>39</b>	<b>17</b>	<b>6</b>
<b>2008</b>	<b>93</b>	<b>ND</b>	<b>4</b>	<b>41</b>	<b>23</b>	<b>ND</b>

<b>BISOGNI EMERGENTI</b> PIANO DI ZONA 2005/2007 PROGRAMMA ATTUATIVO 2008	<b>OBIETTIVI PRIORITARI</b> PIANO DI ZONA 2005/2007 PROGRAMMA ATTUATIVO 2008	<b>STATO DI ATTUAZIONE</b> DEGLI OBIETTIVI
<b>Frammentarietà degli interventi della rete dei servizi socio-sanitaria per disabili che è limitata ad una presa in carico, cura e accompagnamento per la realizzazione di un percorso individualizzato, ma parziale: risulta necessario mantenere un forte coordinamento e garantire un costante flusso di informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppare e migliorare l'integrazione socio-sanitaria e socio-educativa per la predisposizione di progetti personalizzati per il disabile, che garantisca continuità terapeutica (scuola, servizi territoriali, ospedale, territorio);</li> <li>- Rafforzare il sistema di informazione a livello distrettuale che mantenga alimentata la rete dei servizi e faciliti l'informazione anche all'esterno;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Elaborazione protocolli operativi di definizione dei percorsi organizzativi tra i diversi servizi socio-sanitari che si occupano di disabili, con la condivisione delle associazioni dei familiari (Protocollo operativo Servizio Sociale Unificato, Protocollo Servizio Sociale Unificato e Neuropsichiatria Infantile);</b></li> <li>• <b>Applicazione sistema informativo per mettere in rete i</b></li> </ul>

		<b>servizi afferenti al servizio disabili adulti;</b>
<p><b>Scarso sostegno ai familiari impegnati nel percorso di cura: carenza di servizi e professionalità differenziate (animatori, collaboratori, educatori, servizi di assistenza domiciliari flessibili) di supporto e sostegno anche "temporaneo" ai famigliari tale da consentire loro di coltivare i propri interessi e nei momenti di emergenza (la residenzialità extrafamiliare è attivabile fuori dalla zona sociale e non prevede risposte flessibili e in grado di gestire momenti temporanei di emergenza abitativa e assistenziale);</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sostegno alla famiglia nel lavoro di cura attraverso l'attivazione di risposte e servizi personalizzati, integrati e flessibili;</li> <li>- Promuovere attività di supporto all'acquisizione/mantenimento dell'autonomia personale e dell'ambiente di vita garantendo protezione e vita indipendente, anche in seguito alla perdita della famiglia d'origine nella filosofia del "Dopo di Noi";</li> <li>- Sviluppare i servizi e gli interventi per favorire la mobilità all'interno dell'ambiente domestico, a questo proposito grande rilevanza avranno, i temi dell'adeguamento delle abitazioni, dell'abbattimento delle barriere architettoniche.</li> <li>- Creare sinergie con il privato sociale ed il volontariato finalizzate ad integrare le risorse e le potenzialità per costruire una rete di interventi coordinata sui territorio, nel rispetto delle specificità e dei singoli ruoli, per rendere maggiormente flessibile e integrata l'offerta dei servizi;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ampliamento dell'attività dell'unità di valutazione multidimensionale per l'accesso ai servizi offerti dalla rete: oltre l'assegno di cura, il centro diurno, i centri residenziali e le attività per il tempo libero;</b></li> <li>• <b>Attivazione del centro residenziale con la possibilità di offrire al disabile e alla sua famiglia risposte diversificate e flessibili;</b></li> <li>• <b>Ampliamento della capacità ricettiva dei Centri Diurni</b></li> <li>• <b>Attuazione a livello distrettuale delle procedure per garantire l'accesso ai contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico</b></li> <li>• <b>Mantenimento tavoli di confronto con l'associazionismo volontaristico per la realizzazione degli obiettivi strategici;</b></li> </ul>
<p><b>– Il sistema del diritto allo studio e' poco integrato con la formazione professionale e</b></p>	<p>Sviluppare maggiori connessioni e integrazioni per rendere effettivo il diritto allo studio collegato con la formazione professionale e il</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Attuazione dell'accordo di programma provinciale per l'integrazione</b></li> </ul>



<p>l'inserimento al lavoro che offre scarse opportunità per l'occupazione delle persone disabili;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessità di individuare spazi laboratoriali protetti per la verifica delle capacità lavorative, per l'acquisizione di competenze spendibili nel mondo del lavoro e per l'acquisizione di competenze trasversali;</li> <li>- Il mercato del lavoro non offre sufficienti opportunità per l'occupazione delle persone disabili;</li> </ul>	<p>mondo del lavoro;</p>	<p>scolastica degli alunni in situazione di disabilità;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione di percorsi di formazione integrati tra scuola e formazione professionale attraverso il progetto "integrabili";</li> <li>• Attivazione di un laboratorio protetto per la verifica delle capacità lavorative e acquisizione competenze trasversali</li> <li>• Attuazione del protocollo d'intesa provinciale sull'inserimento lavorativo delle persone disabili e in condizione di svantaggio al fine di ampliare le possibilità di lavoro e mettere in rete le agenzie che a vario titolo si occupano dell'inserimento lavorativo;</li> </ul>
<p><b>Scarse opportunità di vita extrafamiliare legate ad attività di socializzazione, ricreative e del tempo libero che vedono inserito il ragazzo in contesti sociali, esperienziali, di svago locali e partecipi alle attività frequentate normalmente dai coetanei</b></p>	<p>Promuovere occasioni di incontro per persone disabili che tendono all'isolamento, attraverso l'attivazione di iniziative ricreative e sportive, in integrazione con le iniziative presenti sul territorio;</p>	<p><b>Mantenimento di uno sportello di incontro tra domanda di partecipazione ad attività del tempo libero e offerta di disponibilità del volontariato attraverso il progetto "Più facile più accessibile"</b></p>
<p><b>Necessita' di conoscere in modo piu' approfondito e piu' sistematico sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo la complessa realta' della</b></p>	<p>Istituire un sistema di monitoraggio della popolazione disabile per capire i bisogni presenti sul territorio ed orientare le scelte strategiche ed i servizi;</p>	<p><b>Raccolta dati sulla disabilità da parte del servizio disabili adulti attraverso una mappatura dell'utenza dei diversi servizi della rete, orientata anche</b></p>

<b>disabilità' presente sul distretto, compreso la disabilità acquisita in età adulta</b>		<b>alle necessità del "dopo di noi";</b>
<b>Notevoli difficoltà nei trasporti nel distretto, legate soprattutto a categorie sociali svantaggiate;</b>	Integrare gli attuali sistemi di trasporto attraverso una progettazione distrettuale che preveda una gestione coordinata degli interventi e delle risorse	<b>Effettuazione di uno studio di fattibilità a livello distrettuale per l'integrazione degli attuali servizi di trasporto comunali</b>
<b>Scarsa informazione agli utenti, familiari e cittadini in genere rispetto i servizi offerti dal territorio</b>	<b>Valorizzare e promuovere spazi di confronto, incontro, progettazione con le famiglie</b>	<b>Realizzazione incontri con le famiglie per la presentazione della rete dei servizi per disabili</b>

**Tabella 1** - Gli obiettivi strategici triennali di salute e benessere sociale:

<b>Target*</b>								
Respons.tà Familiari <input type="checkbox"/>	Infanzia e adolescenza <input type="checkbox"/>	Giovani <input type="checkbox"/>	Anziani <input type="checkbox"/>	Disabili <b>x</b>	Immigrati stranieri <input type="checkbox"/>	Povertà e Esclusione sociale <input type="checkbox"/>	Salute mentale <input type="checkbox"/>	Dipendenze <input type="checkbox"/>
<b>Finalità</b>								
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <b>x</b>			Prevenzione <b>x</b>		Cura/Assistenza <b>x</b>			

**Riferiti all'Integrazione gestionale e professionale**

☐

**BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE**

- Presa in carico del disabile da parte dei servizi socio sanitari da 0 all'anzianità: facendo riferimento al "progetto di vita" del disabile emerge la necessità di impostare i servizi sociali e sanitari in un ottica di definizione dei percorsi di presa in carico e accompagnamento della famiglia a partire dalla comunicazione della diagnosi invalidante e garantendo continuità nei passaggi cruciali di crescita del disabile fino all'età adulta; risulta altresì necessario rafforzare il sistema di comunicazione e collaborazione interistituzionale tra i servizi socio-sanitari e scolastici per arrivare ad avere un linguaggio ed una progettualità maggiormente condivisi, mettendo in rete le risorse educative del territorio.
- Necessità di attivare percorsi di formazione professionale prima dell'inserimento del disabile nel mondo del lavoro, considerando anche che il mercato del lavoro non offre sufficienti opportunità per l'occupazione delle persone disabili;
- Scarse opportunità di vita extrafamiliare legate ad attività di socializzazione, ricreative e del tempo libero per i disabili, con particolare riferimento ai comuni più decentrati;

**OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI**

- Attivare un percorso di dimissioni protette alla nascita con sostegno psicologico e accompagnamento della famiglia in tutte le fasi del progetto di vita attraverso la stipula di protocolli di lavoro per facilitare il percorso di passaggio tra i servizi; coordinare e integrare gli interventi sanitari, sociali, scolastici ed educativi in modo da rendere ciascun servizio consapevole di ruoli, funzioni, modalità, tempistica attraverso incontri operativi, creando una banca dati del personale educativo.

- Progettare, in collaborazione con i partner della rete dei servizi per disabili, percorsi formativi alternativi o/e integrati con la scuola, implementare e facilitare i percorsi di avvio al lavoro, collaborare all'incremento delle possibilità di lavoro per i disabili;

- Ampliare le attività ricreative rivolte ai disabili (minori e adulti) relative al tempo libero e le possibilità di inserimento dei disabili in attività extra time frequentate dai normodotati, avendo cura di decentrarle su tutto il territorio del distretto;

### **OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**

- Sensibilizzazione delle agenzie che si occupano del tempo libero al fine di garantire la fruibilità delle loro attività anche ai bambini e ragazzi disabili

- Sensibilizzazione del mondo del lavoro per ampliare le possibilità occupazionali per i disabili

- Sensibilizzazione delle politiche per la mobilità per aumentare le possibilità di accesso e fruibilità per i disabili

### **INDICATORI DI RISULTATO**

- N° di protocolli di lavoro, elaborati e approvati tra i servizi socio-sanitari che si occupano di disabili;

- N. tavoli di lavoro stabili di confronto, progettazione, condivisione, scambio di informazione tra i servizi socio-sanitari e scolastici;

- Numero di bambini e ragazzi disabili inseriti in attività del tempo libero

- Numero percorsi terapeutico riabilitativi orientati al lavoro

#### 4. Monitoraggio e valutazione (sistemi di indicatori distrettuali, riferimenti regionali)

**Il monitoraggio** è l'insieme delle attività che permette di conoscere lo stato di avanzamento del progetto o dei progetti utilizzando strumenti di osservazione e/o riunioni periodiche tra i soggetti coinvolti. E' finalizzato a rendere visibili i risultati raggiunti, gli ostacoli e le difficoltà incontrate per orientare le fasi successive del progetto. "Verificare significa assumere 'valori di verità' cioè misure utilizzabili quando si mettono a confronto i risultati attesi e i risultati ottenuti. La linea discriminante tra verifica e valutazione sta nel fatto che la verifica si muove con l'intento di operare su basi oggettive, cioè individuando e misurando fattori osservabili.

**La valutazione**, al contrario, si avvale dei risultati del lavoro di verifica per gestire in modo rigoroso, sulla base di criteri espliciti, i giudizi e percorsi di decisione che dipendono dai soggetti coinvolti e dalle loro responsabilità". Spesso però i termini monitoraggio, verifica e valutazione vengono usati indifferentemente.

Abbiamo distinto la valutazione di processo dalla valutazione dei risultati: la prima consiste nella raccolta di informazioni utili alla gestione o come supporto alla presa di decisioni su interventi da effettuare per correggere eventuali errori emersi durante la realizzazione del progetto o ancora, come nel nostro caso di Ufficio Piano di zona, per tener monitorato lo stato di avanzamento del programma. La valutazione dei risultati invece consiste in una verifica volta a definire i reali effetti prodotti sulla popolazione destinataria degli interventi. Si tratta cioè di 'misurare' la situazione prima e dopo l'intervento e di operare un confronto. Questi dati diventano 'le fondamenta' per la valutazione intesa come l'espressione di un giudizio sul cambiamento provocato dall'intervento su una popolazione target e quindi sulla validità del progetto stesso.

La verifica e la valutazione corrono in parallelo alle varie tappe di un progetto.

L'impianto di monitoraggio e valutazione del Piano di Zona dell'Ambito Distrettuale di Castelnovo ne' Monti è così strutturato:

**a) Livelli o aree di monitoraggio/valutazione.** Sono stati individuati tre (3) livelli di monitoraggio e valutazione:

- a. del piano e delle risorse a disposizione, inteso come sistema complessivo e territoriale di interventi e servizi (schede della spesa sociale);
- b. delle aree d'intervento attraverso le schede predisposte dalla Regione;
- c. degli obiettivi operativi, specifici delle schede progettuali (programma attuativo);

**b) Fasi di monitoraggio/valutazione.** L'attività di valutazione verrà attuata attraverso tre fasi specifiche:

- **ex ante:** focalizzata sulle condizioni di partenza, sui bisogni presenti e sulle risposte già attivate, della congruenza degli obiettivi a partire dalla valutazione che effettuerà la Regione;
- **in itinere:** che si svolge nel corso di attuazione delle azioni previste affinché si predispongano le azioni correttive, in modo integrato al sistema valutativo regionale;
- **ex-post:** da realizzarsi a conclusione del periodo di riferimento che tiene conto della qualità degli interventi realizzati, della loro efficacia ed efficienza e del loro impatto sulle priorità dichiarate (rendicontazioni regionali previste dalle specifiche azioni).

Il sistema di monitoraggio si sviluppa durante tutto il percorso di implementazione del Piano di Zona, in modo continuativo (senza soluzione di continuità).

**c) Soggetti del monitoraggio e della valutazione.** All'ufficio di piano compete il coordinamento operativo del sistema di monitoraggio. Ogni responsabile d'area ha anche l'onere di raccogliere le informazioni richieste dal sistema di monitoraggio presso i diversi esecutori. I restanti soggetti che partecipano al processo di valutazione sono individuati tra coloro che parteciperanno al processo programmatico del Piano di Zona.

Il Comitato consultivo misto dell'ASL, attualmente istituito, sarà integrato con figure professionali di ambito sociale ed estenderà la propria funzione di verifica di gradimento dei servizi anche all'aspetto sociale del Piano distrettuale per la salute ed il benessere sociale.

**d) Le dimensioni della valutazione.** Le dimensioni che si intendono monitorare e quindi valutare sono state individuate a partire da alcune questioni di interesse conoscitivo che si intendono esplorare. Nella tabella successiva sono elencate le dimensioni e le relative questioni alle quali si intende dare risposta.

*Figura 6.1 Fabbisogno conoscitivo e relative dimensioni della valutazione*

<b>Dimensione</b>	<b>Risponde alla domanda</b>
<b>Delle risorse</b>	Quante e quali risorse (economiche, umane, strumentali) vengono impiegate per realizzare una determinata azione o servizio;
<b>Di processo</b>	Quanto, come e quando le risorse (economiche, umane e strumentali) vengono utilizzate; Quanto e come un servizio qualifica le proprie risorse per rendere servizi adeguati;
<b>Di prodotto</b>	Quanto un servizio ha prodotto in termini di entità di attività, di utenza servita, di strumenti realizzati (incontri, protocolli, linee guida, regolamenti);
<b>Di risultato</b>	Quanto un servizio ha raggiunto gli obiettivi individuati (esiti); Quale livello di soddisfazione generato dall'erogazione dei servizi previsti;
<b>Di impatto</b>	Quale trasformazione per gli utenti coinvolti nelle progettualità espresse dal Piano di Zona (grado di integrazione delle politiche, maggiore gradi di unitarietà tra sociale e sanitario); Quali ricadute per collettività e l'ambiente;

## **5. Orientamenti per la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali**

Le leggi e gli atti amministrativi conseguenti emanati dalla Regione Emilia-Romagna sono tutti orientati all'inderogabile necessità di realizzare un sistema di interventi in campo sociale e sanitario che passa attraverso un modello di programmazione integrata.

La **Legge Regionale n°2 del 12.03.2003** ad oggetto "*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" (c.d. riforma del welfare regionale) in diversi articoli riconosce la centralità delle comunità locali e la partecipazione attiva dei cittadini attraverso un costante processo di concertazione ed introduce, quale strumento di programmazione, il Piano Regionale degli interventi e servizi sociali integrato con il Piano Sanitario regionale. Per il livello distrettuale in tale norma, infine, è prevista la definizione del Piano di Zona triennale che definisce, all'interno del quadro dettato dalla Regione, gli obiettivi e le priorità di intervento, inclusi gli interventi socio-sanitari.

La **Legge Regionale n°29 del 23 Dicembre 2004** ad oggetto "*Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale*" consolida i principi contenuti nella L.R. n°19/1994 ed in materia di programmazione, definisce le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione attuativa locale rafforzando il ruolo degli Enti Locali che sono chiamati, attraverso le Conferenze territoriali Sociali e Sanitarie a partecipare alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute.

E' prevista inoltre in modo inequivocabile l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e l'assistenza sanitaria e quella sociale, in coerenza con la citata L.R. n°2/2003.

Sulla base delle direttrici fissate dalle citate normative la Giunta Regionale ha approvato, in particolare nel corso dell'anno 2007, una serie di atti amministrativi con l'obiettivo di regolare, da un lato la specifica materia oggetto dell'atto stesso, dall'altro consolidare il processo finalizzato a raggiungere un modello di programmazione sociale e sanitaria integrata.

Già la **D.G.R. n°321/2000**, nelle Linee guida per la realizzazione dei Piani per la salute, conferma l'approccio all'analisi dei problemi di salute dei cittadini sotto il profilo multidisciplinare e dà rilievo alla stretta correlazione tra disagio sociale e condizioni di salute; approccio che trova conferma nei vari Piani Sanitari Regionali dall'anno 1999 all'ultimo Piano approvato per il periodo 2008-2010 dove si evidenzia che l'Atto di Indirizzo e Coordinamento deve ricomprendere e valorizzare l'esperienza dei Piani per la Salute con particolare riguardo alle condizioni di salute ed al benessere sociale della popolazione.

Va infine ricordato un tassello fondamentale del sistema di finanziamento e programmazione sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna ossia l'istituzione, con l'**art. 51 della L.R. n°27/2004**, del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

Le deliberazioni della Giunta Regionale attuative (**vedasi D.G.R. n°509/2007 e n°1206/2007**) non si limitano a quantificare e ripartire risorse finanziarie o fissare tipologie di intervento e criteri di gestione operativa bensì confermano, in assoluta coerenza con l'orientamento regionale, la necessità di una programmazione integrata degli interventi

sociali, socio-sanitari e sanitari di livello distrettuale definendo *"la realizzazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (F.R.N.A.) una delle azioni strategiche per la costruzione del sistema regionale integrato dei servizi sociali e sanitari con carattere di universalità, fondato sui principi di cooperazione e promozione della cittadinanza sociale, finalizzato ad assicurare il pieno rispetto dei diritti ed il sostegno della responsabilità delle persone, della famiglia e delle formazioni sociali"*.

Non a caso le risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza, derivanti dal Fondo sanitario regionale, sono strettamente correlate alle risorse sociali che Comuni ed gli altri soggetti pubblici e privati mettono a disposizione ed anche a quelle del Fondo Sanitario Regionale con l'inderogabile impegno di tutti gli Enti coinvolti di non operare riduzioni.

Nel Programma annuale degli interventi del F.R.N.A. di livello distrettuale, che rappresenta l'ambito di integrazione per eccellenza, sono quindi specificati gli interventi di livello distrettuale in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria in coerenza con gli orientamenti espressi nell'Atto di indirizzo e Coordinamento.

Una normativa di riferimento che si caratterizza con il comune denominatore dell'integrazione tra le diverse tipologie di intervento come costante operativa degli atti di programmazione che verranno sviluppati nel prossimo triennio.

L'Atto viene elaborato in forma coordinata con le politiche che hanno impatto su salute e benessere, pertanto tiene conto nella sua elaborazione dei principali atti di programmazione relativi alla pianificazione territoriale, alla casa e ai trasporti, alla scuola, al lavoro e alla formazione professionale, alla sicurezza sulla strada e sul lavoro, all'integrazione lavorativa e scolastica dei disabili, alle pari opportunità.

La necessità di integrazione deriva essenzialmente dalla natura complessa e multidimensionale dei bisogni di salute e di sicurezza sociale della popolazione. La salute e lo stare bene di una comunità dipendono sempre di più dalle condizioni sociali ed economiche di un territorio, dai livelli di istruzione, dalle possibilità di accesso alla casa e al lavoro, alla mobilità, e all'insieme delle opportunità culturali, ricreative, associative che offre il contesto.

Attraverso un approccio integrato alle politiche di welfare è possibile affermare una visione "attiva" e promozionale, anziché curativa dei mali sociali, che si concretizza in processi di rafforzamento delle competenze e delle capacità dei singoli e della comunità di accedere alle risorse di un territorio e di attivarle. Politiche attive ridisegnano in modo sostanziale la domanda e l'offerta di servizi di un territorio. La coesione sociale come obiettivo guida delle politiche porta a ridefinire la domanda come diritto alla cura che le istituzioni sono chiamate a interpretare in chiave di standard di qualità di vita da garantire a tutti i cittadini, superando gli squilibri territoriali, le disuguaglianze sociali, le differenze di genere.

Nel prossimo triennio, la programmazione finanziaria locale per garantire il raggiungimento di questo obiettivo, dovrà orientarsi ai seguenti "principi guida" da rendere organici ai nuovi Piani di Zona per il benessere e la salute:

1. rispetto delle indicazioni regionali sia con riguardo alle opzioni metodologiche che agli aspetti di merito, **ivi incluse l'impegno di mantenere costante gli investimenti già garantiti in passato ponendo attenzione alle politiche di sostegno alle famiglie in difficoltà a causa dei mutamenti economici in atto;**



2. **considerare sempre di più le risorse complessivamente: programmi finalizzati regionali, il Fondo locale sociale, il Frna, le risorse dei Comuni, le risorse Asl** quando si programmano e quando si rendicontano gli interventi per rendere efficace e insieme trasparente il sistema delle prestazioni, delle risorse impiegate e dei risultati attesi e raggiunti con lo scopo di ottenere una razionalizzazione della spesa per evitare inoltre duplicazioni di interventi;

3. **raggiungere tutta la popolazione non autosufficiente eleggibile per l'assistenza sociale e sociosanitaria.** In questo senso, in coerenza con le indicazioni regionali, particolare attenzione deve essere posta, oltre che alla popolazione anziana del nostro Distretto, alla popolazione con disabilità gravi e gravissime, minori e adulti, e con problemi di salute mentale;

4. **operare un deciso investimento nelle attività di sostegno al domicilio** per cercare un nuovo punto di equilibrio nel sistema di cura e assistenza tra servizi domiciliari e servizi long-term di tipo residenziale;

5. **orientarsi al sostegno del care giver e delle reti di sostegno informali ("aiutare chi aiuta")** deve essere un principio fondante, da riaffermare, per poter mobilitare tutte le risorse disponibili e renderlo operativo anche rivedendo le regole di accesso e fruizione dei servizi da parte dell'utenza;

6. **orientarsi a consolidare il sistema di monitoraggio sanitario e sociale della fragilità** per intervenire anticipatamente e proattivamente;

7. **innovare il sistema accesso e presa in carico per garantire equità e omogeneità di trattamento a tutti i cittadini anche attraverso lo sviluppo degli sportelli sociali territoriali;** devono essere trovate soluzioni che rendono più semplici e garantiti l'accesso ai servizi e la continuità della cura e assistenza. Tutte le persone devono poter contare su "progetti personalizzati di vita e di cura" che garantiscono loro l'accesso flessibile a diverse opportunità, prima fra tutte quelle che si realizzano al domicilio;

8. **consolidare il sistema informativo,** per garantire processi di integrazione tra sociale e sanitario che permetteranno letture integrate dei dati e delle informazioni;

9. **consolidare le funzioni della nuova ASP** quale erogatrice di servizi socio sanitari all'interno del Distretto.

**La programmazione finanziaria** quindi dovrà tenere conto di quanto sopra esplicitato compatibilmente con le risorse garantite dalla Regione e dallo Stato.

