

**INDICAZIONI ATTUATIVE DEL  
PIANO SOCIALE DI ZONA  
PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2013-2014**

**Incontro di restituzione degli esiti del lavoro dei gruppi**

**9 aprile 2014**

schema dei materiali prodotti ed elenco dei partecipanti



## Indice

<b>La cabina di regia</b>	pag. 5
<b>Introduzione</b>	pag. 7
<b>1 SERVIZI E TERRITORIO</b>	pag. 9
<b>2 DIMISSIONI DIFFICILI</b>	pag. 11
<b>3 MINORI E TERRITORIO</b>	pag. 19
<b>4 SISTEMA DI ACCOGLIENZA</b>	pag. 25
<b>5 LAVORO E SVANTAGGIO SOCIALE</b>	pag. 29
<b>6 GIOVANI E INCLUSIONE SOCIALE</b>	pag. 33
<b>7 DOPO DI NOI</b>	pag. 37



*Componenti della cabina di regia:*

*Mila Bertocchi - Unione dei Comuni Terre di Mezzo - Responsabile Area Sociale e Socio Sanitaria*

*Lucilla Cabrini - Comune di RE - Politiche per l'inclusione sociale e la solidarietà*

*Federica Carlini - Comune di Quattro Castella - Dirigente Servizi Sociali*

*Germana Corradini - Comune di RE - Dirigente Servizi Sociali*

*Elena Davoli - Comune di RE - Dirigente Politiche per la Coesione Sociale e la Solidarietà*

*Riccardo Faietti - ARCI Reggio Emilia - Vice Presidente e Responsabile Basi associative*

*Maria Lorena Ficarelli - AUSL - Responsabile Area Sociale*

*Marina Greci - AUSL - Direttore Dipartimento Cure Primarie*

*Silvia Guidi - Comune di RE - Responsabile Ufficio di Piano*

*Roberto Magnani - Confcooperative Reggio Emilia - Responsabile Area Lavoro e Servizi*

*Elisabetta Negri - AUSL - Direttore del Coordinamento Sociale*

*Mirco Pinotti - AUSL - Direttore Distretto di Reggio Emilia*

*Carlo Possa - LegaCoop Reggio Emilia - Responsabile Settore Cooperazione sociale*

*Sonia Romani - AUSL - Coordinatore PUA Responsabile Inf. Tecn. DCP*

*Rosaria Ruta - AUSL - Direttore Centro di Salute Mentale di Reggio Emilia*

*Matteo Sassi - Comune di RE - Assessore Politiche sociali, Lavoro, Salute e Progetto Casa*

*Daniela Scrittore - Comune di RE - Responsabile Politiche Familiari*

*Angela Speroni - AUSL - Servizio Handicap adulti*

*Francesco Vercilli - Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova - Direzione Medica Ospedaliera*

*Coordinatore del percorso:*

*Gino Mazzoli - Studio Praxis*



## INTRODUZIONE

### *Cenni su un percorso promettente e già fin d'ora performante*

Queste pagine raccolgono alcuni elementi tratti dai documenti di resoconto del lavoro dei gruppi di progettazione attivati all'interno di una rilevante sperimentazione allestita dal Comitato di Distretto e dall'Ufficio di piano di Reggio Emilia.

Dall'entrata in vigore della L. 328/00 istitutiva, tra l'altro, della programmazione zonale socio-sanitaria, la società è cambiata vorticosamente (nuove fragilità vanno diffondendosi in ceti sociali che non avevano mai conosciuto fino ad ora la difficoltà di arrivare a fine mese, un risentimento anti-istituzionale pervade larghe fasce della popolazione e sempre minori sono i fondi a disposizione dell'ente pubblico) e il sistema previsto da quella legge è chiamato a ripensarsi profondamente, non perché abbia mal funzionato, ma perché il suo oggetto di lavoro (la società) si è rapidamente trasformato.

I problemi delle persone si trasformano e appare sempre meno adeguata la tradizionale ripartizione degli interventi per categorie di utenti. Nominare i problemi in modo nuovo, oltre i target "anziani, minori, adulti, ecc", aggregando l'offerta e la domanda intorno a problemi che di anno in anno possono modificarsi e vanno ridefiniti consensualmente, si pone come esigenza ineludibile.

Ma anche il sistema di governance previsto dalla L.328 mostra i suoi limiti. Non solo perché i tavoli tematici sono organizzati intorno ai vecchi target, ma anche perché se i servizi devono far fronte ad un aumento di problemi con minori risorse a disposizione, sono obbligati (se non vogliono ridurre drasticamente l'offerta) a generare nuove risorse insieme ai cittadini.

Muove da queste considerazioni la sperimentazione allestita nell'ultimo anno a Reggio Emilia, terra che vanta servizi tra i migliori d'Italia, ma che non è al riparo dalla grande trasformazione di cui si è detto. Con una scelta coraggiosa si è considerata conclusa l'esperienza dei tavoli tematici e sono stati istituiti 7 gruppi di progettazione aggregati intorno a quattro aree tematiche afferenti a nodi trasversali a più tipologie di utenti. Alcuni di questi gruppi hanno affrontato tematiche nuove in assoluto. Altri hanno ripreso problemi su cui erano già impegnati gruppi e persone che sono confluiti in questi nuovi contesti.

Si è scelto di costituire laboratori misti tra pubblico e privato sociale (valorizzando da questo punto di vista una modalità di lavoro già attiva nei tavoli tematici) con un mandato di costruire progettazioni condivise in meno di un anno sui temi loro affidati che sono divenuti priorità del Piano di zona

Un compito insomma più vicino all'operatività rispetto al mandato affidato ai tavoli tematici; un'operatività che ha impresso al lavoro di questi gruppi una sana *vis performandi* tra persone che non sempre avevano lavorato insieme e che hanno avuto così modo di generare nuove conoscenze reciproche, nuovi embrioni di reti, nuove visioni comuni rispetto ai problemi in gioco, nuove mappe dei servizi, dei progetti e delle azioni presenti nel contesto.

Diverse sono dunque le novità apportate da questo percorso.

I numeri sono consistenti (quasi 150 persone ingaggiate, un centinaio di incontri realizzati, decine di piste di lavoro e progetti messi a punto –alcuni già avviati-), ma le innovazioni più significative non sono quantitative e afferiscono a due aspetti più di fondo.

1. L'allestimento di uno **spazio pubblico** di confronto, comparazione, valorizzazione, valutazione, validazione e connessione rispetto al lavoro di questi gruppi, ma anche più in generale rispetto all'attività dei servizi; un contesto pubblico consente

- ai diversi gruppi che si confrontano di alimentare reciprocamente fiducia partendo dal fatto che altri stanno provando - spesso riuscendo- a sperimentare nella stessa direzione in cui i singoli si stanno impegnando a innovare la prassi

- di valorizzare l'ingaggio della società civile che questi laboratori partecipativi sono in grado di realizzare

- di visualizzare la complessità del lavoro dei servizi anche ad attori che forse non sempre se ne rendono adeguatamente conto, costruendo quel con-senso di cui c'è particolarmente bisogno perché la complessità degli oggetti di lavoro di cui si occupa la Pubblica amministrazione e dei processi che si svolgono al suo interno, la rendono spesso incomprensibile non solo ai cittadini, ma anche alle organizzazioni che vi si rapportano; se e a ciò aggiungiamo la cultura antistituzionale che sta crescendo, possiamo cogliere quanto sia ineludibile l'allestimento di nuovi dispositivi, di nuovi contesti in grado di adattare i processi partecipativi previsti dalla 328 a una scena così cambiata

2. Su questa considerazione conclusiva si innesta il secondo grande elemento di novità relativo agli esiti di questo nostro itinerario, vale a dire la proposta di un **nuovo modo di costruire e governare il processo di pianificazione socio-sanitaria zonale**: gruppi come quelli che hanno lavorato in questi mesi a Reggio Emilia, non sono materiale inerte; producono *saperi* e, poiché dispongono di una sede pubblica per visibilizzarsi, sono in grado di imprimere una spinta vitalizzante a tutto il processo di pianificazione zonale; in pratica l'attivazione di questi gruppi ha messo in moto un processo di costruzione dal basso, saperi decisivi per le scelte pianificatorie macro; sarà importante allora considerare la possibilità di dare uno spazio di *rappresentatività* a questi gruppi all'interno del sistema di governance del piano di zona; del resto i dispositivi di monitoraggio allestiti in occasione di questo percorso configurano una vera e propria organizzazione che funziona da miniriforma -dal basso e senza modificare una sola norma- della L.328.

Le innovazioni vanno adeguatamente accompagnate altrimenti finiscono in un vicolo cieco, perché rappresentano una sfida alle routine con cui siamo abituati e accomodati a guardare e a gestire il mondo. Il lascito più prezioso che questa esperienza consegna ai gestori del piano di zona reggiano non è solo il patrimonio di progettazioni, attivazioni, mappature e reticoli allestiti, ma anche la consapevolezza della nuova forma di vita che ha preso a muoversi in questo contesto. Come ogni forma di vita ha bisogno di cura per sopravvivere. La cura consiste in un accompagnamento in grado di superare i confini delle geografie organizzative e dei linguaggi noti.

Anche per questo motivo la Regione Emilia Romagna ha scelto il percorso reggiano come caso significativo da monitorare all'interno del progetto Community Lab che si propone di sviluppare la cultura della progettazione partecipata all'interno della pianificazione socio sanitaria zonale.

Il nuovo spazio che si è creato non impedisce luoghi dove si può concertare in modo più riservato, ma complessivamente crea occasioni per intessere nuove collaborazioni, connette soggetti non sempre abituati a lavorare insieme.

In questo senso è nuovo welfare di comunità, che prosegue a Reggio Emilia la linea tracciata con il *Patto per il welfare*. La scommessa successiva sarà da un lato innestare questo percorso nell'impianto di governance esistente, dall'altro lato coinvolgere i cittadini con un ruolo più attivo dopo che in prevalenza i gruppi in questi 12 mesi hanno compiuto il non facile sforzo di connettere i sottosistemi della Pubblica amministrazione (in particolare quello sociale e quello sanitario) e questi a loro volta col terzo settore.

*Gino Mazzoli (Studio Praxis)*  
*Coordinatore del percorso*

# 1. SERVIZI E TERRITORIO

## *Facilitatori:*

*Aurella Garziera - Comune di Reggio Emilia e Sonia Romani - AUSL*

## *Partecipanti:*

*Oleari Alessandro - Comune di Reggio Emilia*

*Monica Gabbi - AUSL*

*Gian Carlo Signori - MMG*

*Evelyn Iotti - UISP*

*Elena Ghinolfi - EMMAUS*

*Palma Peroni - COOPSELIOS*

*Vania Montanari - FEDISA*

*Mattia Rossi - Unione Colline Matildiche*

*Anna Maria Ferrari - AUSL*

*Maria Teresa Valeriani - AIMA*

*Walter Cigarini - AUSER*

*Maura Poppi - Asp RETE*

*Nora Monti - CeIS*

*Rino Fornaciari - ASP OPUS CIVIUM*

**Progetto: LA PROATTIVITÀ SUL TERRITORIO: IL VISITATORE DI COMUNITÀ.**

### **Promotori/ Soggetti coinvolti**

AIMA, AUSER, CENTRO DI SOLIDARIETÀ DI REGGIO EMILIA ONLUS, EMMAUS, FEDISA, UISP, COOPSELIOS, ASP OPUS CIVIUM, ASP RETE, UNIONE COLLINE MATILDICHE, AUSL, COMUNE DI REGGIO EMILIA

### **Obiettivi**

Formare una rete di volontari/operatori pre-selzionati (tra i quali individui adulti momentaneamente senza occupazione) che:

- 1) Mappino punti strategici di intercettazione
- 2) Intercettino in modo proattivo gli anziani e i nuclei familiari fragili
- 3) Favoriscano relazioni e creino alleanze nella comunità tese a promuovere il sostegno reciproco e a contrastare isolamento sociale

### **Destinatari**

- Popolazione anziana e nuclei fragili residente nel “Quartiere Mirabello”
  - Familiari di anziani
  - Volontari
  - Adulti disoccupati
- 

### **Ambito territoriale**

Il progetto si sviluppa all'interno di uno specifico quartiere della città di Reggio Emilia (Quartiere Mirabello)

### **Dati qualitativi**

Rilevati attraverso un questionario di gradimento da somministrare a tutti i soggetti coinvolti

### **Risorse**

Due o più volontari affiancati da un operatore con una profonda conoscenza del territorio, buone capacità relazionali, buona scolarità. La presenza di più visitatori addestrati consentirà la continuità del progetto, in caso di rinunce, perché permetterà l'addestramento “sul campo” di nuove figure

### **Descrizione del progetto**

- Inserire i visitatori nel contesto della rete urbana per arricchire il patrimonio relazionale della persona anziana
- Mappare l'area coinvolta per individuare punti di intercettazione delle situazioni di fragilità (alimentari, portieri, MMG, parrocchie, associazioni, parrucchieri, badanti, farmacie, bar, negozi vari, ristoranti, banche, ecc.)
- Frequentare i luoghi di aggregazione presenti sul territorio
- Sensibilizzare ed attivare i riferimenti nel quartiere nei confronti dell'anziano
- Visitare i soggetti intercettati
- Attivare la rete nei momenti di difficoltà e di crisi (il Visitatore dovrà avere precisi riferimenti a seconda del bisogno individuato)

### **Esiti attesi/Indicatori**

- Numero di contatti derivanti dal lavoro diretto del visitatore
- Numero di contatti spontanei
- Aumento del numero dei frequentanti alle iniziative territoriali presenti.
- % di adesione alle proposte di integrazione suggerite dal visitatore
- Livello di gradimento dell' iniziativa da parte di tutti i soggetti coinvolti
- Diminuzione numero ricoveri ospedalieri residenti nel quartiere

## **2. DIMISSIONI DIFFICILI**

### *Facilitatori:*

*Silvia Guidi - Comune di Reggio Emilia*

*Mirco Pinotti - AUSL*

### *Partecipanti:*

*Marina Greci - AUSL*

*Sonia Romani - AUSL*

*Bazzoli Anna - AUSL*

*Noemi Sgarlata - CeIS*

*Maria Lorena Ficarelli - AUSL*

*Maria Beatrice Bassi - AUSL*

*Monica Gabbi - AUSL*

*Filetti Giuseppe - AUSL*

*Antonio Lanzoni - CeIS*

*Sabina Giovanardi - AUSL*

*Dorella Pane - Comune di Reggio Emilia*

*Marzia Prandi - Az. Osp. Santa Maria Nuova*

Laura Cavazzuti - Az. Osp. Santa Maria Nuova  
Mattia Rossi - Comune di Vezzano sul Crostolo  
Serena Tosini - ASP OPUS CIVIUM  
Patrizio Bortolazzi - ASP RETE  
Linda Bottazzi - COOPSELIOS  
Federica Saccani - Unione Terre di Mezzo  
Patrizia Venturi - Coop.Soc. Ancora Servizi  
Isabella Guidetti - FEDISA

Ivana Lattuada - Az. Osp. Santa Maria Nuova  
Rino Fornaciari - ASP OPUS CIVIUM  
Paola Castellini - ASP RETE  
Monica Venturi - Coop.Soc. La Pineta  
Palma Peroni - COOPSELIOS  
Eleonora Zodiaco - Coop.Soc. Ancora Servizi  
Sibilla Gorini - FEDISA  
Cassiani Orazio - Lungodegenza Villa Verde

### **Problematiche evidenziate:**

- **ACCOMPAGNAMENTO:** grande complessità delle figure che ruotano intorno al paziente, mancanza di conoscenza dei nostri servizi da parte delle famiglie, cittadini che portano bisogni non completamente elaborati, perno sulle famiglie spesso anche nelle comunicazioni tra servizi, bisogni sanitari spesso rilevanti (molto più rilevanti che in passato)
- **COMUNICAZIONE:** percorsi strutturati tra PUA/OSPEDALE, PUA/SSO, PUA/SST, PUA/SERT/DSM, SSO/SST, OSPEDALE/CRA, CRA/OSPEDALE, CRA/MCA, rendere più fluidi i percorsi e la reciproca conoscenza.
- **TEMPO:** utilizzo delle nostre strutture (in particolare posto il tema della lungodegenza), tempi sanitari di diagnosi non coincidenti con i tempi della diagnosi sociale: come ulteriormente avvicinarli?
- **CONOSCENZA RECIPROCA:** approfondire la conoscenza di come funzionano i vari servizi (individuati: SST, SSO, CRA, PUA, ancora da individuare i vari “pezzi” dell’Ospedale) per accrescere l’efficienza della comunicazione (alla base di comunicazioni efficaci sta la conoscenza).

### **Sono stati allestiti 4 sottogruppi:**

1. **PUA** con obiettivo di entrare nel dettaglio del progetto PUA complessivamente con la prospettiva di sviluppo in particolare sui temi:
  - analisi procedure coinvolte (facilitazione alle dimissioni sia con prevalenza di problematiche sanitarie che con prevalenza di problematiche sociali, ADI, erogazione ausili, modalità e strumenti di segnalazione dai reparti etc)
  - organizzazione attuale e futura (apertura al pubblico quando e come, con che modalità coinvolgendo quali servizi anche di supporto – es. possibile ruolo dello sportello assistenti familiari -, quali modalità di coinvolgimento della comunità nell’individuazione del PUA come luogo risorsa – es. potenziale ruolo del volontariato, coinvolgimento dei tavoli di quartiere)
  - affondo con i gestori del sistema informativo rispetto alla scheda di accoglienza in comune tra SST e SSO
2. **PAZIENTI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE** (c.d. “olders”) per l’elaborazione di linee di dimissioni più efficienti per gli utenti dei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche e non solo – tutti quegli utenti per i quali la marginalità sociale acutizza ogni evento patologico e pone problemi di emergenza/urgenza e trasversalità e complessità di problematiche.

3. **CRA – MCA – MMG di struttura – OSPEDALE – VILLA VERDE** per capire come strutturare meglio i reciproci rapporti, in particolare rispetto a:
- ricoveri notturni con dubbi di appropriatezza
  - “cartelle”/informazioni sanitarie reperibili in struttura
  - dimissioni su CRA da struttura ospedaliera

4. **FORMAZIONE** con l’obiettivo di individuare tematiche formative sul tema della conoscenza reciproca con riflessioni che possiamo utilizzare nell’ambito dei vari progetti formativi cui le organizzazioni stanno lavorando

## ■ ESITI SOTTOGRUPPO PUA

Per il 2014 si sono progettate alcune linee di miglioramento e sviluppo del servizio, accomunate da un’ottica di facilitazione agli utenti rispetto ai percorsi delle dimissioni difficili e di identificazione del PUA come un vero punto unico, riconosciuto ed identificabile nella struttura ospedaliera ed addetto al raccordo con il territorio:

- Migliorare il percorso di prescrizione degli ausili, attraverso la diretta collaborazione del personale infermieristico assegnato al servizio protesica del Dipartimento, che a partire dal mese di febbraio 2014 sarà presente (uno o due giorni a settimana) presso la sede del PUA per una consulenza diretta ai reparti e per il ritiro della documentazione redatta dai medici di reparto. Inoltre, nei confronti dell’utenza si svilupperà un’azione di attivazione diretta degli ausili presso lo sportello PUA presente all’Ospedale senza dover ulteriormente rivolgersi allo sportello di Viale Monte San Michele come attualmente avviene, attuando quindi nei confronti dell’utenza un’azione di back office che coordina i servizi tra di loro evitando ulteriori passaggi alle famiglie
- Ampliare la sede, per consentire alla componente sociale (servizio sociale ospedaliero che è parte integrante della dotazione del PUA) e sanitaria di lavorare in spazi attigui e creare spazi per collaboratori esterni e per eventuali colloqui. Al momento si possono ipotizzare 5 uffici (con due postazioni), 1 ufficio con una postazione da utilizzare in modo condiviso per colloqui o incontri. Lo spazio individuato dovrà essere accessibile, facilmente identificabile e possibilmente introdotto da una piccola reception.
- Adottare un sistema informatico/informativo che consenta la registrazione dei pazienti e la conseguente condivisione con il servizio infermieristico domiciliare nel caso si realizzi la presa in carico e l’elaborazione diretta dei dati di attività. Il personale infermieristico potrebbe essere dotato di tablet dedicati, per l’inserimento diretto delle informazioni al momento della visita in reparto. Si eviterebbero in questo modo: la compilazione della scheda cartacea, la scannerizzazione della scheda per l’invio al SID e la trascrizione dei dati nel file Excel. Le ipotesi potrebbero essere quelle di lavorare direttamente sul programma attualmente in uso al SID (ASDOM) o, al fine di evitare un suo ulteriore appesantimento, creare uno specifico data base in grado poi di interfacciarsi con lo stesso ASDOM. Si intende inoltre valutare, tramite l’attivazione di uno specifico gruppo di lavoro, la condivisione del sistema informativo utilizzato dal Servizio sociale territoriale (GARSIA) per la definizione di termini comuni di accoglienza tra i servizi sociali (del territorio SST e dell’ospedale SSO) garante altresì di passaggi e segnalazioni e feedback tra i due servizi (es. è possibile per il SSO reperire già da subito il Responsabile del Caso ove presente e la “storia” dell’utente nei servizi; è possibile per il SSO organizzare l’accoglienza del caso tramite l’iter “di pensiero” e rilevazione già presente nel SST in modo da consentire una più efficiente presa in carico; è possibile per il SSO tracciare le fasi seguenti della presa in carico tramite il sistema informativo ecc.)
- Rivedere il sistema di segnalazione al MMG. Ipotizzabile l’istituzione di un piccolo gruppo di lavoro (ROAD, PUA ed MMG) per definire in che momento del ricovero realizzare la segnalazione e quali informazioni trasmettere. Anche in questo caso si ipotizza di sfruttare l’informatizzazione

delle informazioni per evitare trascrizioni o compilazioni di nuovi documenti da parte del personale del PUA

- Progettare un utilizzo (tramite approfondimento della conoscenza e con l'istituzione di un piccolo gruppo di lavoro PUA, SST, SSO, OPUS CIVIUM e RETE) del sistema tutoring domiciliare/Sportello Assistenza Familiare (del Comune di Reggio Emilia e dell'Unione Terra di Mezzo) tramite l'attivazione anche diretta (su tipologie di casistica da definire) della visita domiciliare del servizio stesso e dell'intervento eventuale dello Sportello Assistenza Familiare ed utilizzando il servizio stesso come terminale di collegamento con il domicilio dell'utente in dimissione.
- Trasformare il PUA in snodo centrale della rete dei servizi mediante due fondamentali linee di lavoro:
  - conoscenza specifica ed approfondita da parte del PUA della rete dei servizi mediante incontri in situazione (piccoli stage?) dei servizi coinvolti (Poli territoriali di servizio sociale, tutti i servizi territoriali a cominciare dai servizi territoriali anziani intesi in senso ampio, residenze anziani e residenze disabili ecc.) così da commisurare il proprio lavoro all'effettiva conoscenza dei setting assistenziali, dei margini di flessibilità e delle potenzialità dei servizi coinvolti
  - viceversa spargere la conoscenza tra i servizi coinvolti delle attività del PUA, creare referenze e modalità di accesso ed attivazione appropriate e riconoscibili (il gruppo concorda che più che la formazione in questo ambito vale l'incontro e l'osservazione delle modalità di lavoro) in modo da consentire al PUA l'ampliamento della propria modalità di attivatore e segnalatore di dimissioni difficili.
- Dare riconoscibilità, identificazione ai case manager al di fuori dello stretto ambito ospedaliero e fornire loro conoscenza approfondita (in modo del tutto analogo a quanto descritto nel paragrafo precedente) della rete dei servizi elevando il loro livello di riconoscibilità esterna e il loro livello di conoscenza delle specificità della rete dei servizi. A seguito del consolidamento delle funzioni dei Case Manager presenti in Area Medica e Chirurgica presso ASMN, verranno individuate le modalità di diffusione del loro profilo, allo scopo di migliorare il livello di integrazione all'interno della Rete dei servizi preposti e garantire la continuità assistenziale.
- E' stato sollevato il tema dell'assistenza privata in corsia. L'Azienda Ospedaliera, si impegna a verificare il fenomeno attraverso una ricognizione interna di cui darà conto al gruppo di lavoro.
- Si propone di avviare un progetto di ricerca qualitativa allo scopo di rappresentare il vissuto dei pazienti e dei familiari (soggetti dei percorsi di dimissione) quale utile stimolo al miglioramento, utilizzando ad esempio il metodo della narrazione (già applicato all'assistenza al paziente oncologico).

### **Tempistica, impegni e ruolo del gruppo**

Le azioni progettuali previste presentano ovviamente tempistica e livelli di realizzazione e complessità molto diversi. Ad opinione del gruppo di lavoro si tratta di azioni progettuali prendibili e concrete che possono essere attuate nell'arco dei prossimi 12/18 mesi – alcune di queste tra l'altro presuppongono un'azione continua di implementazione.

Vorremmo proporre un duplice ruolo dell'attuale gruppo di lavoro che si sostanzierebbe essenzialmente in:

- riportare da parte di ogni componente del gruppo nelle proprie organizzazioni di appartenenza non solo gli esiti ma anche gli impegni che ogni organizzazione si prende in carico rispetto alle azioni progettuali previste, facendosi garante per conto dell'organizzazione stessa
- un ruolo di monitoraggio sulle azioni progettuali previsto su una cadenza semestrale in cui il gruppo nella sua composizione si riattiva per stilare una ricognizione ed un monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni progettuali stesse, una loro valutazione e riaggiornamento/attualizzazione, nonché messa in campo delle ulteriori riflessioni generate dalle azioni in corso.

## ■ **Esiti sottogruppo PROBLEMATICHE COMPLESSE E PERSONE IN CONTESTI DI MARGINALITA' SOCIALE**

Sempre più di frequente i nostri servizi impattano situazioni ad elevato grado di complessità che si acutizzano in corrispondenza di alcune specifiche circostanze legate ad accadimenti imprevisti e ingovernabili. Gli esili equilibri a cui queste persone ancorano le loro esistenze possono venir pesantemente compromessi a seguito dell'insorgere o dell'aggravarsi di una malattia, dal riacutizzarsi della patologia, dal venir meno di figure di riferimento importanti, dall'aver perso l'abitazione, dal perdurare di situazioni conflittuali nelle relazioni familiari, anche per le semplici dimissioni da una struttura sanitaria

### **Cosa è strategico?**

- Le competenze nella gestione dei legami, stare nella relazione, sviluppare accompagnamento
- Uscire dalla logica dei servizi esclusivi e specialistici □ riposizionare l'esistente
- Spostare l'asse dell'attenzione sui luoghi organizzativi □ Unità di valutazione (flessibile e modulare) composta da tutti quei professionisti che per quella persona e in quel particolare momento vi concorrano con un apporto progettuale che ancor prima è di analisi del problema e di individualizzazione delle ipotesi su cui allestire mandati operativi; e di monitoraggio e verifica e accompagnamento.
- Responsabilità e coordinamento. □ identificazione del responsabile del caso non su ruoli e funzioni definite ma secondo criteri di vicinanza e prossimità alla persona che ha cura del presidio delle relazioni, dei passaggi informativi, delle comunicazioni in una logica di co-costruzione progettuale; è riconosciuto dagli altri professionisti per le attivazioni delle UvM e di ogni altro passaggio concordato congiuntamente ...
- Monitoraggio dei costi nella costante ricerca di una maggior efficacia di sistema □ rimodulazione dell'attuale offerta; analisi integrata delle elaborazioni della Commissione di monitoraggio, del Gruppo Interistituzionale dell'Adp, di Servizi diversi e agenzie esterne; attenzione (ricerca) alle opportunità offerte dai contesti locali..
- Osservazione e analisi delle sperimentazioni che vengono realizzate dal sistema sia interno alla rete che esterno □ esperienze come quella realizzata dal Ceis con Casa Flora cosa ci dicono? Cosa osservare? Con chi condividerne le letture? Come suscitare la condivisione delle esperienze e degli apprendimenti? .... esiste altro di analogo? ..

### **Le risorse e gli strumenti di lavoro**

Oggi il nostro sistema può avvalersi di alcuni strumenti così come identificati dall'AdP anche se non adottati nella pratica operativa quali ad esempio le:

- Tipologie/scheda utente
- Mappa dell'offerta/servizi e interventi della rete

Restano sicuramente da approfondire l'analisi e la conoscenza di altri materiali (documenti, dispositivi, modulistica...) in uso alle diverse organizzazioni coinvolte, a supporto dei processi di lavoro.

### **MMG: un'alleanza professionale imprescindibile**

In questo contesto appare più che mai indispensabile un appropriato coinvolgimento del Medico di medicina Generale: appare scontato ma l'esperienza ci insegna che seppur ritenuto snodo essenziale nell'accompagnamento dei percorsi di cura, e non solo, degli utenti (pazienti), il loro ruolo non è sempre reciprocamente ben identificato, valorizzato e attivato; ma laddove le sensibilità e le competenze si sono alleate si sono potute registrare pratiche virtuose anche a fronte di situazioni molto complesse. In tal senso – nello specifico di questo ambito progettuale – anche la collaborazione con il Mmg deve essere assunta come un oggetto di lavoro perseguibile: laddove questo già avvenga va preservato e dove non sia ancora così va ricercato e promosso, forse introducendo qualche accorgimento dedotto dall'esperienza e dalla pratica di questi anni, magari facendo leva su sensibilità e motivazioni personali.

Per una coerente visione delle cose è doveroso riconoscere che il panorama è fortemente eterogeneo, in termini di competenze, di preparazione, di possibilità di coinvolgimento: a fronte di ciò potrebbe essere utile l'individuazione di un gruppo di approfondimento dedicato, facendo di questa interazione professionale un'area di lavoro articolato, variamente strutturato per corrispondere alle molteplici caratteristiche/esigenze di questa parte del sistema sanitario locale.

### **Come tradurre questi orientamenti in pratica quotidiana e accompagnarne l'implementazione?**

Quanto sin qui delineato va nella direzione di sostenerne l'immissione nel quadro operativo attuale, tuttavia ci parrebbe opportuno immaginare alcune fasi più connotate su cui avviare un percorso di accompagnamento e monitoraggio con alcuni operatori magari designati quale espressione di questo nostro Gruppo interistituzionale, che ne individua mandato ed obiettivi.

In questo senso ci potrebbe aiutare ..

- \* partire dalle situazioni conosciute, provando a tracciarne un'analisi articolata che ne definisca un profilo in termini di caratteristiche prevalenti, problematiche rilevanti, risorse personali e di contesto....in modo da individuarne le tipologie di bisogno (ad esempio sul versante assistenziale, sanitario, di socializzazione...) e le possibilità in termini di offerte del sistema sia quelle più strutturate e più note come quelle più informali;
- \* elaborare qualche ipotesi progettuale identificandone i diversi aspetti con particolare riferimento al processo di lavoro e alla tenuta in termini di presidio/responsabilità
- \* accompagnamento alla realizzazione di alcune Unità di valutazione (e monitoraggio sul funzionamento in termini di responsabilità, coordinamento, attivazioni...così come anche in precedenza richiamato)
- \* identificazione degli attori del sistema prioritariamente coinvolti, accompagnamento alle eventuali modifiche operative, condivisione degli orientamenti....eventuali identificazione di ruoli di referenza progettuale...
- \* co-costruzione e definizione di alcuni criteri di valutazione e modalità operative
- \* analisi e valutazione del sistema complessivamente inteso: cosa c'è e come funziona e come potrebbe riformularsi alla luce delle nuove esigenze/opportunità. In particolare – e solo a titolo esemplificativo - nel corso della discussione sono più volte emerse alcune opportunità rappresentate da realtà quali la Caritas, il SEEd, le stesse comunità ..: forse non ne sono noti, con chiarezza a tutti gli attori del sistema, i funzionamenti e, dall'altra, l'attuale contesto richiederebbe la messa a punto di nuove modalità di intervento?...
- \* verifica degli esiti

### **■ Esiti sottogruppo CRA – MCA – MMG di struttura – OSPEDALE – VILLA VERDE**

Strumenti/azioni di miglioramento:

- a. Strutturazione di una griglia di invio del paziente al PS
  - b. Predisposizione di una linea guida di dimissione protetta del paziente verso le strutture, in analogia con quanto già in corso con Villa Verde
  - c. Formazione di personale referente all'interno delle CRA per gestire pazienti particolarmente complessi (accordo con sottogruppo del tavolo madre sulla formazione)
  - d. Miglioramento del "passaggio" di consegne tra i vari operatori/professionisti
  - e. Valutazione periodica delle azioni di miglioramento
- α. è stata strutturata una **griglia** (vedi allegato) che accompagna il paziente al Pronto Soccorso; la scheda viene compilata dal coordinatore della CRA o dall'OSS durante la notte. Alla scheda viene allegata copia del foglio di terapia, dell'ultima lettera di dimissione e il diario clinico più recente. La scheda è stata sperimentata presso le Esperidi e verrà adottata in tutte le CRA; sarà inoltre illustrata a tutti gli operatori del PS.
- β. È stata strutturata una **scheda di dimissione** (vedi allegato) utilizzata dal responsabile infermieristico della CRA o di Villa Verde per condurre un'intervista telefonica 24 prima della dimissione per raccogliere dati utili per organizzare l'assistenza in struttura dal case manager ove presente o dal coordinatore. La scheda è stata sperimentata presso le Esperidi e verrà adottata dalle altre strutture, anche per passaggi da struttura ad altra struttura (ad esempio su posto protetto a posto definitivo). Dal 1 Febbraio Villa Verde utilizzerà la scheda integrata di dimissioni verso tutte le CRA ed i MMG; è inoltre in fase di completamento un percorso di dimissione protetta con l'ASMN.

- χ. Viene ipotizzata **formazioni sul campo**:
- per gestire pazienti complessi con infermieri esperti del reparto che ha in carico il paziente e con il personale che lo prenderà in carico nelle strutture territoriali
  - per gestire pazienti complessi ricoverati nell'ospedale di Correggio
  - per gestire pazienti con pompa elastomerica o VAC al domicilio con infermiere del SID
- δ. per migliorare il passaggio di consegne fra professionisti coinvolti nel percorso di cura del paziente (in particolare MMG e MCA) il Dipartimento Cure Primarie si impegna ad organizzare un **tavolo di lavoro e confronto fra MMG, MCA, medici del PS e personale di assistenza** sulla "corretta" compilazione della scheda sanitaria al fine di facilitare il raccordo fra ospedale e territorio e fra medici del territorio. Si inserirà tra gli obiettivi dei medici di casa protetta( da parte del Direttore di Dipartimento) l'impegno alla comunicazione con i colleghi della MCA.

e. Nel secondo semestre 2014 il gruppo di lavoro effettuerà la **valutazione** degli strumenti messi in atto; Incontro periodico di confronto annuale tra i componenti del gruppo

## ■ Esiti sottogruppo FORMAZIONE

### Criticità individuate :

1. Mancanza di conoscenze dei servizi presenti sul territorio -> Quali sono, dove sono ubicati, chi può afferirvi , con quali modalità? Come sono organizzati ? Quali professioni vi operano? Quali servizi/prestazioni erogano?
2. Non adeguata conoscenza dei percorsi di ricovero ospedaliero, in seguito alla riorganizzazione per intensità di cura .
3. Inadeguate conoscenze rispetto all'attivazione di percorsi di presa in carico socio-sanitaria, sia da parte del personale coinvolto che da parte della cittadinanza con il rischio di sbagliare il setting assistenziale.
4. Necessità di approfondire le conoscenze sui ruoli, competenze e responsabilità delle varie figure professionali che operano all'interno dei servizi, occorre creare percorsi di integrazione multi professionale.
5. Mancanza di percorsi formativi per la gestione di casi clinicamente complessi
6. Non adeguato aggiornamento su tecniche sanitarie – assistenziali complesse.
7. Necessità di costruire e/o mantenere relazioni con chi opera sul territorio, in particolare per i casi che fruiscono di più servizi nel percorso di gestione.

Il gruppo ha deciso di esplorare quattro piste di lavoro , auspicando possano diventare progetti formativi da sviluppare in futuro, 12/18 mesi.

### 1. FORMAZIONE SPETTACOLO (pratiche teatrali)

**OBIETTIVO**-> prendere coscienza della realtà che vive il soggetto "rimpallato" nei vari setting organizzativi.

Ridere prendendo coscienza della realtà

**DESTINATARI** -> dirigenti, coordinatori infermieristici , case manager ospedalieri ,SID, personale del PUA, assistenti sociali ospedalieri e territoriali, MMG, rappresentanti dei Caff.

**INTERVENTI** -> i componenti del gruppo metteranno in scena un testo dal titolo " CHI FA CHE COSA" in cui il protagonista, il paziente, viene " rimpallato" nei vari servizi ospedalieri e territoriali .

Verranno fatte emergere le criticità della valutazione, del setting assistenziale Ideale, la perdita di vista dell'obbiettivo .

Al termine verrà aperto un dibattito guidato , per approcciarsi meglio alla criticità esplorata.

## **2. FORMAZIONE SUL CAMPO PER CASE-MANAGER E OPERATORI PUA**

**OBIETTIVI** -> conoscere le finalità, l'organizzazione dei servizi territoriali quali CRA, Cd e AD. Apprendere quali figure professionali operano all'interno dei servizi territoriali , quali il loro ruolo, le loro potenzialità e limiti.  
Conoscere le modalità d'accesso , le modalità progettuali ecc ecc.

**DESTINATARI** -> i case -manager ospedalieri , di Villa Verde , gli operatori del PUA,

**INTERVENTI** -> organizzare un periodo di stages presso le CRA che effettuano ricoveri a tempo indeterminato , temporaneo , di dimissione protetta e di NSD.  
Prevedere una giornata formativa/informativa con un equipe UVM, altre presso il servizio di assistenza domiciliare e il centro diurno.  
Fornire al PUA e i case manager di brochure, di materiale informativo da distribuire ai cittadini interessati

## **3. FORMAZIONE SUL CAMPO PER TECNICHE ASSISTENZIALI COMPLESSE**

**OBIETTIVI** -> apprendere tecniche , acquisire competenze necessarie alla gestione di casi complessi all'interno delle CRA

**DESTINATARI** -> infermieri delle CRA, infermieri esperti del ASMN o degli ospedali AUSL e del SID.

**INTERVENTI** -> prima della dimissione del paziente “complesso” dalla U.O ospedaliera organizzare un percorso di formazione , di addestramento alla gestione della complessità. Esempio : il paziente dovrà rientrare in struttura con dialisi peritoneale o con tracheotomia o con CVC, è fondamentale che prima della dimissione il personale della struttura venga istruito, da personale esperto, adeguatamente e raggiunga le competenze necessarie per essere autonomo nella successiva gestione del paziente in struttura .  
Il case manager e/o il personale del PUA dovranno mantenere i contatti con il personale sanitario della struttura e farsi da promotori nell'organizzazione del percorso.  
Lo stesso percorso formativo è ipotizzato per quei pazienti in carico al SID per cui si prevede un ingresso in CRA temporanea o definitiva . Esempio: paziente in tx palliativa che utilizza pompe elastomeriche oppure paziente con LDD per cui è necessario l'utilizzo della VAC

## **4. AGGIORNAMENTO CONTINUO PER TEMATICHE SPECIFICHE**

**OBIETTIVO** -> garantire un'adeguata formazione su tecniche “tipiche “ presenti nelle varie realtà territoriali.  
Uniformare a livello distrettuale le modalità di esecuzione , gestione di tecniche non complesse

**DESTINATARI** -> infermieri e personale medico delle CRA

**INTERVENTI** -> organizzare eventi formativi per il personale delle strutture territoriali , dove i “formatori” sono il personale AUSL e/o ASMN.  
Esempio: il team nutrizionale in collaborazione con l'infermiere esperto del ASMN o AUSL illustra come gestire al meglio i soggetti portatori PEG e i SNG

### 3 . MINORI E TERRITORIO

*Facilitatori:*

*Daniela Scrittore - Comune di Reggio Emilia*

*Antonio Lanzoni - CeIS*

*Partecipanti:*

*Mila Bertocchi - Unione Terre di Mezzo*

*Chiara Bonazzi - Comune di Reggio Emilia*

*Jovanka Rivi - Comune di Reggio Emilia*

*Laura Artioli - Centro Prevenzione Sociale*

*Catia Grisendi - Unione Colline Matildiche*

*Carlo Menozzi - ASP OSEA*

*Annamaria Fabbi - Comune di Reggio Emilia*

*Ilaria Nasciuti - Coop. Dimora D'Abramo*

*Lisa Vezzani - Coop. Madre Teresa*  
*Daniela Casi - Famiglie Emergenza*  
*Enrico Sottocornola - Ass. Papa Giovanni XXIII*  
*Maria Teresa Faccin - Centro Servizi Arcobaleno*  
*Alessandra Donelli - Comune di Reggio Emilia*

*Gloria Dazzani - AUSL*  
*Teresa Benassi - ANFAA*  
*Francesco Micella - AUSL*  
*Gianluca Romersa - Coop. Solidarietà 90*  
*Giorgia Bertani - APS Giro del Cielo*

## **PROGETTO: FORMAZIONE AI GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO**

**Promotore:** Gruppo accoglienza e territorio famiglie e minori

**Soggetti coinvolti :** Componenti del gruppo di lavoro su accoglienza e territorio famiglie e minori ed eventualmente altri soggetti che svolgono attività nelle relazioni d'aiuto

### **Obiettivi**

- Diffondere e sensibilizzare ai modelli di lavoro fondati sui gruppi di auto mutuo aiuto.
- Acquisire competenze nella facilitazione al lavoro in gruppi di auto mutuo aiuto.
- Formazione di 20 operatori/volontari di enti ed associazioni

### **Destinatari**

Potrà essere rivolto oltre a coloro che si occupano di famiglie e minori, in generale a tutti quei soggetti che si occupano di relazioni d'aiuto

### **Ambito territoriale**

Distretto di Reggio Emilia

### **Dati qualitativi**

**Indicare i gruppi d'auto aiuto di cui si è a conoscenza nel territorio del distretto:** AA, CAT, Gruppo dipendenti affettivi, gruppo mangiatori compulsivi, gruppi famiglie Ceis e CPS, Gruppo dipendenti anonimi

### **Risorse**

Organizzazioni/operatori/volontari che già svolgono attività di gruppi di auto mutuo aiuto

### **Descrizione del progetto**

Si svilupperà in fasi:

- 1) Formazione in aula sull'auto mutuo aiuto e sul lavoro di gruppo
- 2) Formazione sul campo: partecipazione ai gruppi di auto mutuo aiuto
- 3) Accompagnamento all'avvio di nuovi gruppi di auto mutuo aiuto
- 4) Monitoraggio e supervisione gruppi di auto mutuo aiuto

Le fasi potranno essere in parte sovrapposte ed il tempo totale previsto per lo sviluppo è di 18 mesi.

### **Esiti attesi**

Avvio nuovi gruppi di auto mutuo aiuto in ambiti in cui oggi non sono presenti. Implementazione della rete dei gruppi d'auto aiuti già esistente

## **PROGETTO; DI FAMIGLIA IN FAMIGLIA. STORIE E PICCOLI GESTI DI QUOTIDIANA SOLIDARIETÀ.**

**Promotori:** Servizi Sociali Territoriali Polo Sud, Ce.I.S., Associazione Giro del Cielo, Associazione Papa Giovanni XIII, Circoscrizione Sud

### **Soggetti Coinvolti:**

Centro di ascolto Caritas interparrocchiale S. Antonio, S. Luigi e S. Anselmo, Ludoteca San Luigi, Istituti comprensivi Pertini 1e 2, Tavolo di quartiere minori Polo Sud, associazioni e realtà organizzate del territorio

### Obiettivi

Contrastare l'isolamento di famiglie con figli minori con reti familiari e/o amicali fragili o assenti. Promuovere attivazioni di azioni di solidarietà e di supporto tra famiglie rafforzando i legami di comunità e di conoscenza/scambio.

### Destinatari

Famiglie del territorio identificato con particolare attenzione alle famiglie con figli minori.

**Ambito territoriale** Polo Sud: Rosta Nuova con particolare riferimento alla zona di Via Wybicki, Mutilati del lavoro, e limitrofe.

**Cosa si intende fare:**

Il progetto prevede:

Una **prima fase** di approfondimento sul tema del mutuo aiuto tra famiglie

Azioni previste:

- studio di elementi già rilevati (tramite focus group) dal tavolo di quartiere minori del Polo Sud sul tema dell'aiuto tra famiglie della zona
- Incontro con volontari della Ludoteca di San Luigi e del Centro di Ascolto interparrocchiale Caritas di zona
- Incontro con libera associazione di cittadini Via Wybicki
- Incontro con operatori del Polo Sud sul tema degli affidi sostegno
- Lavoro di approfondimento con gruppi di insegnanti degli istituti comprensivi Pertini 1 e 2
- Incontri con rappresentanti di classe dei medesimi istituti
- Interviste o focus group con famiglie (almeno 20) identificate tramite Centro di ascolto, Polo, altre realtà del territorio (Giro del Cielo, ludoteca, parrocchia, ecc.). Contestuale raccolta di eventuali disponibilità di singoli e/o famiglie per "affiancamenti leggeri" ad altre famiglie e/o azioni di mutuo aiuto anche in collegamento con realtà organizzate del territorio.

Una **seconda fase** volta a:

- ricomporre gli esiti delle interviste e incontri attraverso la realizzazione di una raccolta scritta di "storie di quotidiana solidarietà"
- realizzare iniziative di incontro/conoscenza tra famiglie (almeno 2)
- realizzare un evento pubblico di restituzione al quartiere degli esiti del percorso progettuale

**Esiti attesi:**

- attivazione di nuove sensibilità e scambi spontanei all'interno della comunità
  - consolidamento dei rapporti di collaborazione tra differenti realtà organizzate del territorio (associazioni, centro sociale, centro di ascolto, biblioteca, scuole, ecc.)
  - avvio di un percorso di costruzione di una rete di famiglie solidali anche in connessione con realtà organizzate del territorio (parrocchia, associazioni, biblioteca, ludoteche, scuola, ecc.)
- Tempi: anno 2014 e prima metà anno 2015

**Progetto: CASA DEL VOLONTARIATO, CASA COMUNE**

**Promotore** Comune di Quattro Castella –

**Soggetti coinvolti**

Centro delle Famiglie pedecollina, Dar Voce, Ass.ne Onlus Giardino di San Giuseppe, Auser, Caritas, Cisv (ass.ne Amici d'Europa), Banca del Tempo, Ass.ne Scuola e Territorio.

**Obiettivi** : Attivare percorsi di rafforzamento dei legami di comunità,

**Destinatari**: singoli cittadini (anche nuovi residenti), giovani famiglie, gruppi formali ed informali, operatori dei servizi,

**Ambito territoriale**

Comune di Quattro Castella (in una prima fase sperimentale) e poi il territorio dell'Unione colline matildiche (Albinea, Vezzano)

**Risorse**

Equipe centro famiglie, rappresentanti ass.ni, collaborazione con Dar Voce.

Locali sede Casa del Volontariato

**Descrizione del progetto**

dall'attivazione di una più stretta sinergia tra servizi pubblici e associazioni, che condividono la stessa sede, si intende dare vita ad una rete in grado di potenziare il ruolo del volontariato e progettare un circuito di opportunità relazionali e di integrazione sia per le famiglie in difficoltà che

per la cittadinanza nel suo insieme. Attraverso la creazione di attività territoriali si desidera incentivare la cultura della reciprocità, della solidarietà e del valore dell'impegno sociale affiancati al reperimento di risorse economiche.

Le azioni principali avranno l'obiettivo di progettare e realizzare un circuito di opportunità relazionali e di integrazione sia per le famiglie in difficoltà che per i cittadini che intendono contribuire con risorse non monetarie (es. tempo).

Le singole azioni avranno l'obiettivo di:

- fornire a persone appositamente scelte strumenti per coordinare, organizzare e gestire i gruppi, anche informali, che attualmente agiscono sul territorio a contrasto della crisi (animatori territoriali)
- favorire e potenziare una collaborazione progettuale condivisa tra volontariato, cittadini ed Ente locale
- aumentare il numero di cittadini volontari che possono impegnarsi in progetti di comunità sul territorio (in particolare attivando le risorse dei nuovi cittadini e di giovani famiglie) in modo particolare intercettando i cittadini che non si "pensano" all'interno delle classiche strutture di volontariato
- Ipotizzare nuove modalità per contrastare i problemi causati dall'attuale crisi economica con particolare riferimento alle fasce fragili della popolazione

### **Tempi**

Fase 1 – inverno 2013 - primavera 2014

- condivisione del progetto con le realtà già attive
- promozione di momenti di conoscenza e scambio tra diverse realtà formali ed informali,
- individuazione di "*animatori della comunità*" tra i volontari già attivi o tra cittadini che intendano spendere le proprie competenze a favore della propria comunità;

Fase 2 – estate – autunno 2014

- progettazione e realizzazione di laboratori definizione e di attività di gruppo che concretamente possano diventare luoghi di integrazione sociale anche prendendo spunto da esperienze già attivate dalle diverse associazioni e che consentano la partecipazione di cittadini di recente immigrazione e di giovani famiglie (laboratori per il riuso, riparazione biciclette, cucina, cucito....)
- progettazione e realizzazione di momenti di incontro e scambio che permettano di ragionare tra adulti sul significato della crisi economica e della tenuta sociale di una comunità locale finora considerata ricca di risorse ed opportunità
- apertura di uno spazio per l'orientamento circa le diverse opportunità di volontariato presenti sul territorio;

### **Esiti attesi**

- realizzare una "mappatura" condivisa dei bisogni della comunità e delle risorse che posso essere attivate e messe in comune dai cittadini e dal volontariato.
- Potenziamento delle relazioni tra i gruppi della comunità e costruzione di relazioni inedite;
- Individuare sul territorio nuove figure di riferimento (animatori di comunità) che acquisiscano nuove competenze;
- Allargamento dei soggetti e dei cittadini attivati all'interno della comunità (in modo particolare nella fascia delle giovani famiglie)
- Iniziare a condividere sul territorio alcune riflessioni e buone prassi che potrebbero essere la base per l'attivazione del progetto "famiglie aiutano famiglie"

**Nome del progetto: "UNA FAMIGLIA PER UNA FAMIGLIA"**

**Promotore** Unione terre di Mezzo, Coop. Soc. "Madre Teresa", "L'Arcobaleno Servizi"

<p><b>Soggetti coinvolti</b> Unione terre di Mezzo, Coop. Soc. “Madre Teresa”, “L’Arcobaleno Servizi”, associazioni e realtà locali</p>
<p><b>Obiettivi</b> Sperimentare una nuova forma di sostegno familiare in cui una famiglia solidale affianca una famiglia in situazione di temporanea difficoltà, instaurando con essa una relazione di prossimità, coinvolgendo tutti i soggetti di entrambi i nuclei. Offrire risposta immediata e concreta ai nuclei in difficoltà favorendo lo sviluppo di occasioni di integrazione sociale, tramite il coinvolgimento e la partecipazione di attori formali e informali che compongono la rete comunitaria, primo fra tutti la famiglia nella sua interezza</p>
<p><b>Destinatari</b> Famiglie “a rischio” che stanno vivendo una situazione critica, che può essere determinata da precarie condizioni economiche, fragilità genitoriali, mancanza di reti di supporto. <b>Non c’è un danno conclamato, nè necessità di interventi urgenti, né segnalazione al Tribunale dei Minori.</b></p>
<p><b>Ambito territoriale : Unione Terre di Mezzo</b></p>
<p><b>Risorse</b> Supervisione Fondazione Paideia, operatori dei Servizi, del Privato Sociale, famiglie, cittadini</p>
<p><b>Tempi :</b> Circa 18 mesi</p>
<p><b>Esiti attesi</b> Affiancamento di famiglie fragili da parte di altre famiglie Sensibilizzazione della Comunità locale ad una maggiore attenzione e attivazione spontanea</p>



## 4. SISTEMA ACCOGLIENZA

### *Facilitatori:*

*Germana Corradini - Comune di Reggio Emilia*

*Marco Battini - Ass. Papa Giovanni XXIII*

### *Partecipanti:*

*Elisa Guerra - Comune di Reggio Emilia*

*Chiara Grimoldi - CORESS*

*Luigi Codeluppi - Dimora d'Abramo*

*Matteo Casali - Unione Comuni Terre di Mezzo*

*Maria Lorena Ficarelli - AUSL*

*Maurizio Ferrari - AUSL*

*Giuseppe Bigi - Casa Betania*

*Angela Zannini/Luana Oddi - SERT*

*Cristian Davoli - Ass. Papa Giovanni XXIII*

*Laura Salsi - FILEF*

*Marco Aicardi - Dimora d'Abramo*

*Silvio Bertucci - Coop l'Ovile*

*Paola Bigi - Coop La Quercia*

*Rosaria Ruta - AUSL*

*Roberta Compagnoni - CeIS*

*Valerio Corgi - Caritas Diocesana*

*Rita Borghi - Comune di Reggio Emilia*

### **Tematiche emerse**

*Distrettualità:* Su questa tematica si tende ad effettuare una centratura sul Comune di Reggio Emilia e meno sui comuni del distretto. Occorre capire come tenere viva l'idea di distretto nella lettura dei problemi e nella costruzione di piste progettuali.

*Tavoli:* Nel distretto di Reggio Emilia sono presenti, sul tema, molti tavoli di lavoro (accordi di programma, accoglienza invernale, etc.) occorre connettere i diversi tavoli in modo da non duplicare o sovrapporre le progettualità.

*Comunità:* Il lavoro di accoglienza deve sollecitare le reti sociali, essere costruito all'interno dei territori, coinvolgere le persone e non essere calato dall'alto. Occorre andare fuori dai nostri servizi e incontrare i territori. Nei microcontesti possiamo valorizzare le risorse ed è possibile costruire forme di accoglienza che davvero favoriscano l'inclusione. Non possiamo replicare l'idea di costruire luoghi ad hoc per ogni tipologia di disagio ma costruire condizioni perché ogni persona possa essere riconosciuta nelle sue potenzialità nel contesto in cui vive.

*Gli strumenti:* Nel lavoro del gruppo è uscito il fatto di evitare duplicazioni, costruire strumenti uniformi, agire azioni di ottimizzazione e non ricominciare sempre dall'inizio.

*Criteri di accesso al sistema:* Il gruppo individua il bisogno di discutere la tematica dei criteri di accesso al sistema accoglienza. Si evidenzia una difficoltà sulla tematica della Residenza. Si evidenzia una fatica ad operare in maniera coordinata sulle persone senza permesso di soggiorno. Nel gruppo abbiamo notato una difficoltà all'accoglienza di alcune tipologie di persone (tossicodipendenza, sieropositività, l'assenza della residenza).

*Dal Prodotto al processo:* Il gruppo evidenzia la necessità di sviluppare prodotti di servizio di alta qualità e costruiti in sinergia tra le diverse realtà operanti sulle tematiche. La costruzione di progettualità qualitative e di rilevanza passa, prioritariamente, da una attenzione ai processi messi in atto e che dovrebbero partire dalle seguenti caratteristiche:

- Non calare dall'alto le progettazioni;
- Coinvolgere i territori e le persone che vi vivono nella costruzione del problema e delle relative risposte;
- Costruire, sempre, una rete di collaborazione e di co-costruzione dei prodotti;
- Agire un monitoraggio e una riprogettazione costante in funzione sia dei risultati emersi sia delle istanze incontrate.

### **Progettazioni proposte**

#### **Progetto Via Doberdò**

Ipotesi progettuali per l'utilizzo, in collaborazione con il territorio, dello spazio messo a disposizione dall'Amministrazione Comunale.

Dopo aver analizzato la composizione dello stabile (quattro appartamenti di cui solo uno ha una cucina già allestita con il collegamento ai sotto-servizi). Questi quattro appartamenti (secondo quanto condiviso all'interno del sottogruppo di lavoro uomini del tavolo Accoglienza) potrebbero seguire la seguente destinazione:

1. un appartamento dedicato al Progetto SPRAR;
2. un appartamento dedicato all'accoglienza temporanea per famiglie in difficoltà; DAL CONFRONTO CON IL GRUPPO SI CONDIVIDE CHE ALMENO IN UNA FASE INIZIALE SIA MEGLIO NON PREVEDERE QUESTA OPZIONE PER LE CRITICITÀ SPECIFICHE DELLE TIPOLOGIE DI DONNE E UOMINI CHE ABBIAMO ANALIZZATO. PERTANTO SI È VALUTATO DI INIZIARE CON FAMIGLIE INDIVIDUATE DAI SERVIZI E UN APPARTAMENTO SPRAR.
3. un appartamento dedicato all'accoglienza temporanea per donne in difficoltà;
4. un appartamento dedicato in cohousing dedicato a momenti di socializzazione, cucina, e possibile accoglienza di un senza fissa dimora, un post degente dell'ospedale e, nel medio periodo, di un volontario.

Al di là del progetto SPRAR che prevedrà i propri ingressi a seconda delle richieste espresse dal territorio e dal Servizio Centrale, si propone di istituire un Tavolo Tecnico composto da cinque membri permanenti

(Comune, AUSL, CSM, CARITAS, Dimora d'Abramo) e da altri membri non-permanenti che vengono invitati dai cinque a seconda delle progettualità/direzioni di lavoro che vengono intraprese nelle diverse attività progettuali. Per accedere agli spazi di cui sopra il responsabile del servizio, che ha in carico il soggetto/i soggetti, presenta il caso e gli obiettivi progettuali al Tavolo Tecnico, il quale valuta la fattibilità e sostenibilità del progetto e valida l'ingresso. Il responsabile del servizio si interfaccia a quel punto con gli operatori del progetto Prova di Comunità (SPRAR, Assistente Sociale Comune e CSM, operatore CARITAS) che cureranno l'ingresso, il monitoraggio (rispetto alle regole e al comportamento all'interno della palazzina), al raggiungimento degli obiettivi (oggettivabili) del progetto e alla dimissione. Uno degli operatori una volta al mese (anche a seguito di confronti con il responsabile del servizio) relaziona al Tavolo Tecnico rispetto al raggiungimento degli obiettivi preposti. Il Tavolo Tecnico si relaziona inoltre (con uno dei suoi rappresentanti a rotazione) con la rete dei volontari (parrocchie, Centro di Ascolto Parrocchiale, Associazioni di volontariato, Associazioni culturali, Associazioni sportive, ecc.), con i quali viene implementato un calendario con orari e funzioni (che vanno dalla possibile presenza notturna nello spazio comune, ad accompagnamenti non socio educativi, all'inserimento in associazioni o momenti di socialità nella palazzina, nel quartiere o in altre zone della città, alla presa in cura di spazi comuni del quartiere). Inoltre si suggerisce di costruire un percorso relazione connotato da: interazione, selezione delle persone, formazione, promozione delle competenze e gestione (sotto la titolarità del Comune di Reggio Emilia) delle attività a favore degli alloggiati nella palazzina e del quartiere. Si ipotizzano (ad eccezione del progetto SPRAR, che ha i suoi tempi, minimo sei mesi) progetti di breve durata (tre mesi?) rinnovabili eventualmente se il Tavolo Tecnico, in stretta correlazione con il responsabile del servizio e gli operatori del progetto, ritengono che possa essere utile e sostenibile per gli utenti/clienti un ulteriore periodo. Per entrare nel progetto ogni persona dovrà firmare un contratto (valido per novanta giorni) nel quale si impegna a stare alle regole di convivenza previste e a lavorare con il responsabile del servizio, gli operatori e i volontari per cogliere gli obiettivi che vengono delineati al momento della presentazione al Tavolo Tecnico.

Le risorse a disposizione del progetto sono:

- la struttura di Via Doberdò;
- Circa ventimila euro per la riqualificazione della palazzina (tra risorse del Comune e co finanziamento progetto SPRAR);
- Operatori SPRAR, assistente sociali Comune e CSM (?), operatore Caritas (?);
- Rete delle parrocchie (Ospizio, San Maurizio, Sant'Alberto) e delle associazioni.

### **Gruppo di lavoro sulle tematiche del Femminile**

Dalle riflessioni sviluppate negli incontri precedenti emerge che a Reggio Emilia, negli ultimi anni, sono stati attivati tanti gruppi di lavoro tematici che servivano ad affrontare tematiche specifiche (giovani, tossicodipendenti, povertà, accoglienza, etc.).

Queste azioni progettuali hanno sviluppato progetti, scambi, confronti che hanno sicuramente permesso al sistema dei servizi socio/sanitari di migliorare le proprie offerte pubbliche di risposta ai bisogni delle persone.

Mai a Reggio Emilia si è attivato un gruppo di lavoro che focalizzasse la differenza di genere come punto importante di lavoro al fine di costruire confronti, innovazione, letture sistemiche.

In questo senso ci si propone di costruire un tavolo di lavoro sul femminile che possa:

- Dare una lettura del fenomeno e delle caratteristiche dello stesso;
- Creare collegamenti progettuali e azioni condivise tra i diversi soggetti che si occupano del tema;
- Confrontare le logiche di lavoro che sottendono le modalità di azione rispetto al fenomeno;
- Creare o modificare servizi in funzione dell'individuazione di bisogni o nuovi fenomeni;
- Definire e condividere strumenti comuni e confrontabili;
- Lavorare sempre di più per la ricerca di accompagnamenti verso l'autonomia.

### **Tematiche da approfondire:**

- Nel lavoro di gruppo è uscito il fatto di evitare duplicazioni, costruire strumenti uniformi, agire azioni di ottimizzazione e non ricominciare sempre dall'inizio.
- Costruire una azione di raccolta di storie di vita al fine di fotografare le tipologie e individuare bisogni trasversali e competenze in campo.
- Coinvolgere tutti i comuni del distretto.

- Come legare le progettazioni promosse con le attività degli accordi di programma, dobbiamo diminuire le sovrapposizioni.

## 5. LAVORO E SVANTAGGIO SOCIALE

### *Facilitatori:*

*Lucilla Cabrini - Comune di Reggio Emilia*

*Rosaria Ruta - AUSL*

### *Partecipanti:*

*Claudia Casoni - Ass. Sostegno e Zucchero*

*Donatella Rimordi - Ass. Papa Giovanni XXIII*

*Silvio Bertucci - Coop l'Ovile*

*Claudio Bedocchi - Coop Anemos*

*Maria Lorena Ficarelli - AUSL*

*Maurizio Ferrari - AUSL*

*Michela Caporosso - Comune di Reggio Emilia*

*Francesca Bertolini - Caritas Diocesana*

*Michele Lusetti - CeIS*

*Piero Scapinelli - Coop Camelot*

*Alessandra Bevilacqua - Provincia di RE*

*Barbara Bellini - AUSL*

*Alfa Strozzi - Comune di Reggio Emilia*

*Beniamino Ferroni - Agenzia Mestieri*

ATTORI/contesti	CRITICITA' / OPPORTUNITA'	PESO	PARTNER E RELAZIONI ESISTENTI	POSSIBILI AZIONI
DOMANDA DI LAVORO	Complessità delle competenze di relazione ed accesso al mercato del lavoro; La selezione opera ad un livello sempre più prossimo a quello di primo contatto con i diversi interlocutori del mercato del lavoro, che fronteggiano un'offerta crescente in termini numerici e relativamente competente.	Alto	In questo senso le relazioni maggiormente significative sono quelle con servizi di orientamento e formazione alla relazione con il mercato del lavoro. Le connessioni da valorizzare sono pertanto quelle consentono opportunità e confronto con il mercato del lavoro, ovvero quelle con intermediari (CPI, Agenzie, NT) e con Datori di lavoro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- condividere <b>metodologie</b> d'approccio alla ricerca del lavoro;</li> <li>-sviluppare <b>contesti</b> di training alla ricerca attiva;</li> <li>- <b>accompagnare</b> i percorsi di formazione, addestramento e inserimento con una costante attenzione alla relazione con il mercato del lavoro;</li> <li>- Capitalizzare al massimo i <b>"tempi morti"</b> dei percorsi dei singoli, costruendo un sistema di azioni in cui le persone si rapportino con le problematiche della qualificazione delle competenze di interazione con la domanda di lavoro</li> </ul>
UTENTI E CONTESTI DI PROVENIENZA (FAMIGLIE, COMUNITÀ, EDUCATORI ETC.)	Precarietà e flessibilizzazione del Mercato del Lavoro	Alto	La conoscenza delle dinamiche che contraddistinguono il funzionamento delle imprese e dell'accesso al lavoro sono i cardini attorno ai quali costruire consapevolezza e competenza nell'affrontare fenomeni quali la precarietà e la flessibilizzazione del MDL. La motivazione passa anche dalla capacità di metabolizzare l'assenza di stabilità e di accogliere il cambiamento. In questo senso è fondamentale costruire progetti in grado di svincolare, anche parzialmente, il ciclo del reddito da quello economico e produttivo, al fine di ridurre la coincidenza fra assenza di lavoro e brusca interruzione dell'autonomia economica. Le relazioni fra strumenti assistenziali e di politica attiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementare, all'interno dei livelli tecnici ed operativi la <b>conoscenza</b> degli strumenti di sostegno al reddito (assistenziali, politiche passive per il lavoro, indennizzi etc) in modo da renderli "disponibili" nei differenti livelli di progettazione;</li> <li>- <b>Intrecciare</b> le forme di accompagnamento al lavoro con quelle di costruzione dell'autonomia relazionale e sociale.</li> <li>-Costruire occasioni di conoscenza e motivazione/rimotivazione per utenti e contesti di appartenenza per rendere attivabili tutte le <b>reti di sostegno</b> nella relazione con gli elementi di flessibilità e precarietà che i percorsi inevitabilmente presentano.</li> <li>-Orientare i percorsi "protetti" in termini di strumenti e contesti ospitanti alla <b>discontinuità</b>, per evitare la cronicizzazione e la percezione di impotenza. Investire sulla creazione di opportunità piuttosto che sulla stabilizzazione di forme di inserimento</li> </ul>
UTENTI SERVIZI	Individuazione delle competenze e il potenziale di occupabilità dei singoli utenti	Alto	I partner sono rappresentati da tutti quei contesti di servizio ed inserimento che contribuiscono alla individuazione e valorizzazione degli elementi di	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impostare <b>metodologie</b> condivise di raccolta degli elementi che caratterizzano i percorsi dei singoli, valorizzando la prossimità all'utente come fattore significativo di impostazione progettuale;</li> </ul>

			<p>spendibilità sul mercato del lavoro. Per agire una concreta personalizzazione è necessario diversificare le occasioni di analisi, orientamento, sperimentazione delle competenze e addestramento; in questo modo si consente alle persone di attraversare i diversi ambiti della ricerca e dell'inserimento al lavoro, cogliendo i punti di forza dei singoli e rendendoli perni di costruzione dell'occupabilità.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costruire <b>sistemi leggeri</b> di osservazione e valutazione, che consentano di concentrare le risorse nella qualificazione delle competenze e nella loro sperimentazione;</li> <li>- <b>Legare le opportunità</b> di inserimento lavorativo <b>alle risorse</b> ed alla spendibilità delle risorse personali e professionali, non alle problematiche che una situazione di disagio comporta.</li> </ul>
SERVIZI E INTERMEDIARI	<p>Assumere i differenti livelli di occupabilità come terreno di lavoro e di confronto con il sistema della formazione professionale e del mercato del lavoro. L'uso proprio degli strumenti consente di raggiungere performance anche in periodo di contrazione occupazionale grazie alle misure di politica attiva.</p>	Alto	<p>I canali per l'occupazione delle persone fragili sono sostenuti da una serie di interventi normativi (strutturali) e di politiche incentivanti (congiunturali) in grado di sostenere flussi occupazionali. Su tutti per esempio la L.68/99, la L.381/91, la LR 17/05. In questo senso le relazioni significative sono quelle con i canali dei servizi per il lavoro preposti all'assolvimenti dell'obbligo, le imprese e le cooperative sociali di inserimento lavorativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condividere <b>linguaggi di valutazione</b> legati alla spendibilità del singolo, non a caratteri assistenziali (anzianità della prese in carico, fabbisogno economico etc.);</li> <li>-Strutturare un rapporto con <b>la formazione professionale</b> orientato all'acquisizione di competenze che contribuiscano a qualificare fattivamente l'occupabilità del singolo.</li> <li>-Rendere <b>disponibili le opportunità</b> alle persone in carico, mediante la ricerca di una connessione con i diversi livelli di servizio che renda visibili i percorsi e gli strumenti di inserimento lavorativo, favorendone la conoscenza.</li> <li>- Coinvolgere <b>competenze specialistiche</b> in grado di compiere analisi realistiche sui livelli di occupabilità e di accompagnare le persone nel rapporto con il lavoro, con i diversi ambiti organizzativi e con gli strumenti propri delle politiche del lavoro.</li> <li>-Favorire una <b>interazione</b> fra competenze differenti di "trattamento" dell'utenza per realizzare percorsi articolati di intervento, in grado di creare le precondizioni dell'occupabilità, assumendosi rischi ed esercitando fiducia nelle capacità degli utenti.</li> </ul>

SERVIZI	Costruire relazioni con il territorio, anche in maniera indiretta e “intermediata” per raggiungere contesti di lavoro sulle capacità degli utenti in grado di produrre qualificazione in merito alle competenze trasversali, prerequisito per l’accesso al mercato del lavoro.	Medio	La progettazione è il momento della condivisione con tutti gli attori e l’utente di un determinato percorso dei valori e degli obiettivi degli interventi che si intendono attivare. I luoghi della progettazione possono essere formali o informali, sulla base delle necessità del singolo, delle risorse disponibili e dell’attenzione del territorio verso determinate problematiche. Le reti sono un patrimonio da mantenere e vivere con protagonismo, non sulla base del classico invio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mappare e <b>valorizzare le risorse informali</b> che un territorio esprime, cercando di indirizzarne l’interazione con l’utenza in chiave costruttiva (volontariato, scuole di italiano etc);</li> <li>- Vivere le <b>reti come esercizio di costruzione</b> di valore, non della ricerca di prestazioni. Il rischio dell’occupare tempi morti è forte nello scambio fra servizi e soggetti che parlano linguaggi diversi e che misurano i propri risultati sulla base di presupposti autoreferenziali.</li> </ul>
---------	--	-------	---	--

## **6. GIOVANI E INCLUSIONE SOCIALE**

### *Facilitatori:*

*Elena Davoli - Comune di Reggio Emilia*

*Laura Mauri - AUSL*

### *Partecipanti:*

*Sara Incerti - Comune di Reggio Emilia*

*Annamaria Borziani - AUSL*

*Barbara Bovini - AUSL*

*Sr. Maria Laura - Congr. delle Case di Carità*

*Simona Amidati - Coop Anemos*

*Monica Campani - CORESS*

*Barbara Chierici - Coop Piccolo Principe*

*Federica Saccani - Comune di Bagnolo in Piano*

*Gabriela Gildoni - AUSL*

*Ines Sogliani - Coop l'Ovile*

*Giulia Bassi - ARCI*

*Claudia Melli - Coop Zora*

*Grazia Tavasani - ASP SS. PIETRO E MATTEO*

### **Gli obiettivi assegnati al gruppo di lavoro sono i seguenti:**

- Riprogettare i servizi in essere per renderli sempre più coerenti con i bisogni di socialità e d'inclusione sociale dei disabili tutti e i giovani in particolare.
- Innovare il sistema dei servizi, per consentire l'allestimento di risposte inedite a nuovi e vecchi bisogni.

### **Le possibili azioni per raggiungere gli obiettivi:**

- Condivisione e riconduzione al gruppo dei percorsi di ri-progettazione attualmente in essere e delle loro valenze per i soggetti interessati ( tempo libero, percorsi occupazionali, appartamenti)
- azioni progettuali innovative relative alla messa in campo di forme di domiciliarità educativa e alternativa ai Centri Diurni;
- azioni progettuali innovative per l'avvio di soluzioni residenziali protette per giovani disabili con patologie di confine fra disabilità e problematiche psichiatriche ( disturbi del comportamento).

Sono stati costituiti due sottogruppi :

**a) cd. progetti per la socializzazione:** nuove opportunità per persone disabili con preminente bisogno di socializzazione, per le quali la risposta potrebbe concretizzarsi in una buona accoglienza in realtà già attive nel territorio. Per uscire dalla consuetudine che vede il disabile chiedere e il contesto accogliere, costruire opportunità innovative può tradursi in proposte nelle quali il gruppo disabili/operatore si ponga come facilitatore di legami, di lettura dei bisogni "leggeri" del territorio e organizzatore di una iniziale, parziale, inedita risposta. Il sottogruppo ha organizzato incontri con interlocutori del territorio (centri sociali, associazioni di volontariato, Servizi per anziani)

**b) cd. progetti per l'autismo** e per giovani con patologie di confine fra disabilità e problematiche psichiatriche: dalla lettura dell'esperienza e analisi dei bisogni da parte dei diversi soggetti presenti (psichiatria, neuropsichiatria infantile, handicap adulti, servizi sociali, privato sociale, associazione aut aut, famiglie) riuscire a elaborare nuove opportunità quali risposte diversificate e flessibili per i giovani adulti.

Sono stati organizzati momenti di approfondimento e scambio con alcune realtà giudicate particolarmente significative per l'attenzione dimostrata verso l'oggetto: l'esperienza della Casa di Carità; il lavoro di progettazione territoriale dei Poli di Servizio Sociale del Comune di Reggio Emilia; l'esperienza del Servizio di Salute Mentale AUSL; l'esperienza del Servizio Socioeducativo (SED); l'esperienza della Coop.va Ovile; l'esperienza della Coop.va Coress in due realtà della Provincia

Opinione condivisa è che il nostro territorio ha bisogno di essere ri-educato e i nostri stessi servizi di ri-educarsi all'accoglienza, alla fatica e alla difficoltà che l'accoglienza comporta, alla centralità dell'uomo prima ancora dei bisogni di cui è portatore

Sarà necessario ripartire dall'ABC culturale poiché siamo consapevoli che, in questo momento, il territorio non è ancora pronto a fare inclusione con persone disabili, e i servizi hanno bisogno di riconfigurare il proprio mandato e le proprie prassi di lavoro.

Sarà necessario imparare a comprendere i diversi punti di vista per riuscire a incidere e fare di tutti i soggetti coinvolti delle sentinelle capaci di intercettare disagi e di affiancare i servizi dialogando con essi per il comune obiettivo di prendere in mano e creare risposte possibile alle problematiche del territorio.

L'esperienza fin qui fatta sembra insegnare l'importanza, quando si impattano i servizi, dei passaggi formali e istituzionali. Altrettanto non sembra auspicabile pensare a procedure standard per costruire legami di contesto: gli interlocutori sono diversi e necessitano di strategie differenti.

Tentare forme nuove di coinvolgimento, farsi conoscere, ma ancor prima conoscere, chiedere disponibilità ma anche offrirla.

Ogni soggetto e ogni organizzazione ha l'onere della responsabilità a questo sguardo, a questa educazione, a questo approccio. Ancor più i componenti questo gruppo di lavoro che hanno aderito alla sollecitazione di iniziare a fare ragionamenti condivisi sull'inclusione sociale dei giovani portatori di disabilità, hanno il dovere di investire in questa direzione ripensando le proprie priorità interne e i propri modelli organizzativi.

All'interno dello stesso sistema di servizi si possono ulteriormente generare sinergie positive: come l'esperienza degli uni può essere messa a disposizione per favorire occasioni di crescita? Ad esempio, l'esperienza del lavoro di territorio dei Poli di Servizio Sociale può essere utilizzata dagli altri servizi della rete?

Altro esempio: i diversi percorsi formativi organizzati dalle singole organizzazioni possono essere programmati congiuntamente e costruiti in congruenza con le indicazioni emerse dal nostro gruppo di lavoro?

Ogni organizzazione e ogni esperienza può diventare patrimonio e formazione di altre esperienze.

Oltre ai progetti elaborati dal gruppo, si sono già generate positive ( e inattese) esperienze:

- 1) Anemos ha avviato una riflessione con le famiglie e i frequentanti il CTO, nella direzione di rivedere il proprio funzionamento interno, orientandolo maggiormente ad un'apertura al contesto e alla collaborazione con le famiglie ( che, peraltro, hanno già individuato interessanti nuove opportunità...);
- 2) Sempre Anemos, in relazione all'opportunità collegata alla costruzione della nuova sede ha preso contatti con l'operatore della progettazione territoriale del Polo SUD per condividere opportune modalità di lavoro con il contesto locale;

Il Centro di Salute Mentale sollecita una maggiore visibilizzazione della rete locale e dei "cantieri in corso" per sostenere la progettualità interna ed esterna del servizio

Sono stati presi alcuni accordi:

- 1) le Case di Carità avviano da qui a breve il loro Capitolo generale che verterà proprio sull'accoglienza: si impegnano a restituire al gruppo gli esiti del loro lavoro
- 2) i servizi si impegnano a descrivere e dettagliare e supportare con esempi il concetto di accoglienza nel servizio, avendo come sfondo il territorio: cosa mettere in atto internamente perché l'apporto delle famiglie, del volontario ecc. non vada nella logica della con-fusione, ma della generatività e riduca l'autoreferenzialità/autosufficienza dei servizi?

Ci si ritrova nel mese di settembre per confrontare gli esiti del lavoro e per monitorare le progettazioni ( socializzazione e autismo) generate dal tavolo

#### **Elenco altri "cantieri" aperti:**

- Fondazione "Durante e Dopo di Noi"
- Progetti per l'autonomia ( collegati alla Fondazione)
- Rivisitazione delle opportunità sul Tempo Libero
- Rivisitazione del modello di servizi occupazionali
- Sperimentazione Progetto Nessuno Escluso
- Avvio di rivisitazioni dei contenuti delle attività in CTO, con utenti e famiglie
- Avvio di un progetto per la definizione di elementi di qualità, in collaborazione con le famiglie, nel centro diurno Busetti



## 7. DOPO DI NOI

### *Facilitatori:*

*Elena Davoli - Comune di Reggio Emilia*

*Lucia Piacentini - CSV Dar Voce*

### *Partecipanti:*

*Laura Mauri - AUSL*

*Carlo Tirelli - Azienda FCR*

*Claudia Casoni - Ass. Sostegno e Zucchero*

*Brunetto Cartinazzi - Ass. G.I.S.*

*Anna Maria Mariani - ASP SS.PIETRO E MATTEO*

*Stefano Ferrari - AICS*

*Claudia Melli - Coop Zora*

*Pietro Messori - Coordinamento associazioni disabili e famiglie di Reggio Emilia*

*Elena Ascani - Comune di Reggio Emilia*

*Enza Grillone - EMMAUS*

*Marisa Buratti - Ass. FA.CE.*

*Lucia Genovese - Ass. APDA*

*Barbara Chierici - Coop Piccolo Principe*

*Roberto Vassallo - Ass. AUT AUT*

*Emma Davoli - CORESS*

### Composizione dei costituenti

10 enti persone giuridiche (associazioni di volontariato e 2 centrali cooperative) e 79 fondatori persone fisiche

### Obiettivi

Costituzione di una Fondazione ad ampia partecipazione di cittadini coinvolti sul tema della disabilità che possa fungere da attivatore e reclutatore di risorse, facilitatore di progettazioni innovative, soggetto intercettatore di risorse sul territorio al fine di promuovere interventi di inclusione, promozione della tutela e dei diritti, ente di accompagnamento delle famiglie al distacco e alla costruzione di progetti di autonomia a favore delle persone con disabilità.

### Ambito territoriale

Ambito territoriale della provincia di Reggio Emilia (anche se l'ambito territoriale indicato in statuto è la regione Emilia Romagna)

Tempistica	Obiettivi specifici	n. incontri
1 tappa – costituzione di 3 gruppi di lavoro maggio –giugno 2013	Predisposizione di: bozza di regolamento – bozza di manifesto (comunicazione) – progettazione delle attività di autonomia	12 incontri a sottogruppo 6 incontri a grande gruppo
2 tappa – ricerca dei costituenti da settembre a 30 novembre 2013	Presentazione alle famiglie interessate dei documenti redatti; ingaggio e coinvolgimento dei possibili soci fondatori, prime pre - assemblee del gruppo dei costituenti.	11 incontri pubblici presso i servizi e presso le associazioni promotrici
3 tappa presentazione alla città del progetto e della nascita della Fondazione dicembre 2013 Costituzione del gruppo segreteria – comunicazione e fundraising	Presentazione alla città nell'ambito delle iniziative per il 3 dicembre 2013	11 incontri di lavoro dei gruppi e 3 eventi pubblici: concerto, spettacolo, conferenza stampa
4 tappa raccolta patrimonio e consolidamento del gruppo dei costituenti. Settembre 2013 – gennaio 2014	Raccolta fondi per patrimonio e disponibilità pari a 61.250 €: - 10 associazioni fondatrici per un capitale pari a 20.000€ - 79 fondatori per un capitale pari a 40.500€ - 5 donatori semplici per un capitale pari a 750€	A carico segreteria e direzione DarVoce
5 tappa definizione dello statuto, allestimento sito di lavoro, predisposizione documenti, gestione banca dati, ascolto delle priorità dei	Costituzione di 3 gruppi di lavoro - gruppo statuto 15 costituenti - gruppo segreteria 5	5 incontri del gruppo statuto 10 incontri – attività ordinaria gruppo segreteria 45 interviste del gruppo

fondatori. Gennaio – aprile 2014	costituenti - gruppo ascoltatori / intervistatori 11 costituenti  assemblea dei costituenti	intervistatori 10 incontri dell'assemblea dei costituenti
Percorso parallelo	Gruppo di progettazione dei percorsi di autonomia Sperimentare forme di autonomia mediante week end e soggiorni, focalizzati sull'acquisizione di competenze delle persone con disabilità da mantenere al loro rientro in famiglia	n. incontri . week end
Prossime tappe dell'assemblea Aprile – maggio	Elezione del primo CDA Redazione atto costitutivo	
Primi impegni del CDA Giugno - settembre	Elaborazione regolamenti di funzionamento Attivazione piano di fundraising e comunicazione Predisposizione del budget e attività per 2015	

### Dati di processo

Il progetto costituisce la fase attuativa di un progetto nato all'interno dei Piani Sociali di Zona che ne aveva concordato i tratti salienti (producendo già una bozza di statuto).

L'attuazione di questo progetto vede il suo punto di forza in alcuni elementi:

- ☛ Un forte impegno di ideazione presidiato dall'ente pubblico all'interno dei suoi processi partecipativi.
- ☛ Un gruppo di associazioni ed enti non profit che ha creduto nel progetto e vi ha impegnato risorse ed energie e ha fatto da volano nella comunicazione e nella generazione di fiducia.
- ☛ L'impegno forte dell'assessorato di riferimento che ha presidiato direttamente gli incontri di ricerca costituenti generando fiducia e coinvolgimento.
- ☛ il coinvolgimento di semplici cittadini, una cittadinanza attiva che ha trovato all'interno del processo progettuale lo spazio per portare nuove istanze non previste né dalle istituzioni e nemmeno dai corpi intermedi promotori del progetto.
- ☛ Un ente organizzativo di supporto che ha messo a disposizione energie e varie competenze specifiche quali: comunicazione, consulenza giuridica, competenza nella gestione di gruppi e nell'animazione sociale, competenza alla comunicazione e al fund raising.
- ☛ Non da ultimo un sostanzioso co - finanziamento della Fondazione cittadina che ha valutato il progetto favorevolmente ne ha presidiato con cura l'iter progettuale.
- ☛ la capacità di tutti i soggetti ad uscire dagli schemi preordinati per