

IL PIANO SOCIALE
E SANITARIO
DELLA REGIONE
EMILIA-ROMAGNA
2017-2019

SCHEDE ATTUATIVE
D'INTERVENTO



IL PIANO SOCIALE E SANITARIO
DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA 2017-2019

SCHEDE ATTUATIVE D'INTERVENTO

in allegato alla Deliberazione di Giunta regionale n. 1423 del 2 ottobre 2017

Servizio Politiche sociali e socio educative, Regione Emilia-Romagna
Direzione generale cura della persona, salute e welfare
Viale A. Moro n. 21, Bologna, Tel. 051/5277206 Fax 051/5277080
Email: segrsvilsoc@regione.emilia-romagna.it
Email certificata: segrsvilsoc@postacert.regione.emilia-romagna.it
<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/entra-in-regione/piano-sociale-e-sanitario-della-regione-emilia-romagna>

Progetto editoriale e realizzazione: Alessandro Finelli e Barbara Domenicali

Stampa: Centro stampa Regione Emilia-Romagna, ottobre 2017

Testo non ufficiale

Il Piano viene attuato con la definizione di specifici interventi da realizzare da parte del sistema Regione-Enti locali nell'ambito dei programmi regionali e della programmazione distrettuale. Tali interventi sono descritti da schede che individuano gli obiettivi e le azioni da sviluppare nell'arco di vigenza del Piano, con particolare attenzione agli aspetti di integrazione e trasversalità, e dettagliano destinatari e indicatori per la misurazione del risultato.

La programmazione rappresenta una delle funzioni strategiche del sistema pubblico: è lo strumento con cui si definiscono priorità e obiettivi, interventi da mettere in campo, risorse a disposizione, processi e procedure di attuazione. Attraverso la programmazione si costituiscono relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e tra gli attori pubblici e privati. A questa funzione spetta il compito di intercettare nuove risorse e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, indicare interventi e risposte adeguate.

Sia a livello regionale che di ambito distrettuale sono stati sviluppati in questi anni numerosi strumenti di programmazione che devono essere il più possibile integrati e coerenti. Gli strumenti di programmazione del livello regionale, che la Regione si impegna a raccordare, sono:

- il Piano regionale sociale e sanitario
- il Piano regionale per la prevenzione
- le Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale
- il Programma annuale di riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza
- le Linee di programmazione regionale integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari, previste dalla L.R. 14/2015
- il Programma triennale per l'integrazione dei cittadini stranieri previsto dalla L.R. 5/2004.

Le schede attuative del Piano, che seguono, discendono dagli obiettivi strategici individuati nel Piano, adottano un approccio fortemente trasversale per favorire l'integrazione degli interventi (non solo sociali e sanitari, ma anche educativi, formativi, per il lavoro, per la casa) e riguardano prevalentemente azioni innovative o già avviate, da rendere più efficaci tramite nuove procedure e strumenti e/o da potenziare e ampliare negli obiettivi.

Le programmazioni dei territori e della Regione avranno a riferimento non solo le azioni indicate nelle schede, in quanto strumenti attuativi prioritari del Piano, ma l'insieme di Piani e Programmi su citati che sono parte integrante delle politiche di welfare sia regionale che locale.

LE SCHEDE D'INTERVENTO

| Intervento | Area trasversale di riferimento | |
|---|---------------------------------|--|
| A. Politiche per la prossimità e la domiciliarità | | |
| 1. Case della salute e Medicina d'iniziativa | A/B | |
| 2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata | A/E | |
| 3. Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità | A | |
| 4. Budget di salute | A/B | |
| 5. Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari | A | |
| 6. Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi | A/E | |
| 7. Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative | A | |
| 8. Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale | A/ B | |
| B. Politiche per la riduzione delle diseguaglianze e la promozione della salute | | |
| 9. Medicina di genere | B/E | |
| 10. Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità | B | |
| 11. Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti | B | |
| 12. Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate | B | |
| 13. Fondi integrativi per prestazioni non coperte dai LEA | B | |
| 14. Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità | B | |
| 15. Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi | B | |
| 16. Sostegno alla genitorialità | B | |
| 17. Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti | B | |
| 18. Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità | B | |
| 19. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico | B | |
| 20. Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano | B/C | |
| 21. Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA | B/C | |

| Destinatari | pag. |
|--|------|
| | |
| Tutta la popolazione | 8 |
| Tutta la popolazione/pazienti SSR | 10 |
| Persone con patologie croniche e bisogni assistenza infermieristica continuativa | 12 |
| Pazienti dei Centri di Salute Mentale; in via sperimentale, altri soggetti con fragilità socio-sanitaria | 14 |
| Caregiver familiari/famiglie e persone accudite | 16 |
| Persone con disabilità, priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima | 18 |
| Pazienti di qualsiasi età con patologia cronico-degenerativa e sofferenza fisica, psicologica, spirituale, e loro caregiver/famiglie | 20 |
| Persone detenute adulte, maschi e femmine, negli Istituti Penitenziari, persone condannate in misura alternativa presenti sul territorio regionale, minori interessati da provvedimenti giudiziari | 22 |
| | |
| Donne/uomini | 25 |
| Persone in situazione di grave emarginazione, con fragilità “multipla” | 28 |
| Tutti gli utenti e gli operatori dei servizi del sistema regionale, in quanto portatori di differenze multiple | 30 |
| Persone appartenenti a Paesi terzi neo arrivate in Italia, con attenzione a particolari vulnerabilità (es. donne sole, minori non accompagnati, tratta...) | 33 |
| Bambini e giovani in età 5-25 anni | 35 |
| Tutti i cittadini con particolare attenzione a popolazione straniera e a persone disabili | 36 |
| Donne e coppie in preconcezione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori con attenzione a particolari vulnerabilità | 40 |
| Famiglie con figli piccoli, adolescenti, giovani adulti con attenzione a particolari vulnerabilità | 42 |
| Adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori servizi | 44 |
| Donne, uomini e coppie di età 20-34 anni | 46 |
| Giocatori patologici e loro familiari, cittadini studenti e operatori di servizi sociali, sanitari, formativi | 48 |
| Persone anziane e loro familiari e caregiver | 50 |
| Persone anziane e loro familiari e caregiver | 52 |

| Intervento | Area trasversale di riferimento | |
|---|---------------------------------|--|
| C. Politiche per promuovere l'autonomia delle persone | | |
| 22. Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES) | C | |
| 23. Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015) | C | |
| 24. La casa come fattore di inclusione e benessere sociale | C | |
| 25. Contrasto alla violenza di genere | C | |
| D. Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini | | |
| 26. Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità | D | |
| 27. Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy) | D | |
| 28. Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari | D | |
| 29. Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore | D | |
| E. Politiche per la qualificazione e l'efficientamento dei servizi | | |
| 30. Aggiornamento di strumenti e procedure relative ai servizi sociosanitari | E | |
| 31. Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti | E | |
| 32. Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie | E | |
| 33. Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza | E | |
| 34. Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali | E | |
| 35. L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare | E | |
| 36. Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST | E | |
| 37. Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela | E | |
| 38. Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali | E | |
| 39. Livelli essenziali delle prestazioni sociali nella Regione Emilia-Romagna | E | |
| Deliberazione di Giunta regionale n. 1423 del 2 ottobre 2017 | | |
| Tavola riassuntiva indicatori/schede d'intervento | | |

| Destinatari | pag. |
|--|------|
| | |
| Famiglie e persone in condizione di povertà secondo i criteri stabiliti dalle norme | 54 |
| Famiglie e persone in condizione di fragilità secondo i criteri stabiliti dalle norme | 56 |
| Nuclei in condizioni di estremo disagio abitativo, nuclei della “zona grigia”, che hanno difficoltà a restare nel mercato | 58 |
| Donne vittime di violenza, uomini autori di violenza | 61 |
| | |
| La comunità come attore sociale e le sue risorse e vulnerabilità | 64 |
| Cittadini, pazienti e familiari, caregiver, professionisti del SSR | 66 |
| Persone con demenza e loro familiari/caregiver, persone utenti centri SM e famiglie, la comunità territoriale, il sistema dei servizi sanitari e sociali | 68 |
| Associazioni promozione sociale, Organizzazioni volontariato, Organismi partecipazione e rappresentanza, cittadini con part. attenzione a bambini/giovani | 70 |
| | |
| Cittadini adulti con bisogni sociosanitari e socioassistenziali, e caregiver; committenti e gestori di servizi | 72 |
| Madri e padri in attesa e neogenitori, neonati | 73 |
| Tutta la popolazione | 75 |
| Pazienti e professionisti dell'intero sistema emergenza-urgenza | 77 |
| Operatori operatori/trici e dirigenti afferenti a diversi servizi (sanitari, sociali, educativi, del lavoro, forze dell'ordine...) e diversi enti gestori, pubblici e privati; studenti/esse universitari; utenti (persone, famiglie, associazioni), volontari | 79 |
| Cittadini, Case della Salute, strutture residenziali e semiresidenziali, strutture territoriali, ADI, MMG, PLS. | 81 |
| servizio sociale territoriale come struttura e come operatori; cittadini, persone singole, famiglie, gruppi e comunità | 82 |
| Bambini, adolescenti e neomaggiorenni a rischio evolutivo, genitori e famiglie vulnerabili. Famiglie affidatarie e enti gestori di comunità, Terzo settore | 84 |
| Tutta la popolazione, in particolare fascia di età pediatrica e anziana, persone più fragili con patologie croniche | 86 |
| Tutta la popolazione | 88 |
| | |
| | 90 |
| | 92 |

Scheda 1 - CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA

Razionale/Motivazione:

Gli orientamenti internazionali ribadiscono la necessità di rafforzare l'assistenza primaria per rispondere in maniera efficace ai mutamenti epidemiologici e sociali. Nel 2014 la Commissione Europea ha definito l'assistenza primaria come l'offerta di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona, comprendenti tutte le dimensioni della salute, erogati da équipes multiprofessionali e interdisciplinari, con la collaborazione dei pazienti e delle famiglie, in risposta alla maggioranza dei problemi di salute. La Legge Balduzzi (L.189/2012) e il Patto per la Salute 2014-2016 sono allineati a tali orientamenti, evidenziando la necessità di organizzare le cure primarie secondo modelli multiprofessionali e interdisciplinari, che vedono, quali professionisti deputati all'erogazione dell'assistenza primaria, il personale dipendente delle aziende sanitarie e degli enti locali in integrazione con il personale convenzionato (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali), presso specifiche strutture. In Emilia-Romagna le Case della Salute traducono empiricamente gli orientamenti internazionali e nazionali, ponendosi in continuità ed a completamento del percorso regionale di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, avviato a partire dagli anni 90.

Le Case della Salute rappresentano una delle priorità del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015.

Descrizione:

Le Case della Salute intendono qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento in cui operano comunità di professionisti, convenzionati e dipendenti del Servizio Sanitario Regionale, secondo uno stile di lavoro per équipes multiprofessionali e interdisciplinari, al fine di garantire l'accesso e l'erogazione dell'assistenza primaria, in integrazione tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali, con la collaborazione di pazienti, caregiver, associazioni di volontariato e altre forme di organizzazione.

Ad oggi le Case della Salute, funzionanti sono 87, con una popolazione di riferimento pari al 44% dei 4 milioni e 500 mila abitanti dell'Emilia-Romagna.

Le Case della Salute si pongono come il luogo ideale per la medicina di iniziativa, un modello assistenziale che intende intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento.

Nel 2016 sono state approvate da parte della Giunta Regionale le nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute (DGR 2128/2016) con l'obiettivo di proporre un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità.

Azioni da sviluppare:

- proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie;
- diffondere e implementare nei territori locali i contenuti delle nuove indicazioni regionali attraverso la realizzazione di un programma formativo regionale nelle Case della Salute;
- proseguire nell'implementazione di progetti di medicina di iniziativa, anche in accordo con quanto previsto nei progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione;
- promuovere le Case della Salute a media\alta complessità che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alle Case della Salute a bassa complessità (Spoke), e anche rispetto a quei Nuclei di Cure Primarie non ancora inseriti nelle Case della Salute, che garantiscono un'assistenza di prossimità, affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni cittadino della regione possa essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa della Salute;
- individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case della Salute;
- realizzare su tutto il territorio regionale la rete delle case della salute in coerenza con la DGR 2128/2016.

Beneficiari:

Tutta la popolazione presente in un determinato territorio.

Elementi di trasversalità/integrazione:

1. la pianificazione delle Case della Salute avviene in condivisione con gli Enti Locali;
2. partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, fino ai singoli cittadini);
3. collaborazione con i servizi sociali nell'accesso e presa in carico;
4. programma formativo multidisciplinare (dell'ambito sanitario e sociale) con la partecipazione delle Comunità locali.

Indicatori:

1. evidenza del livello di realizzazione e programmazione delle Case della Salute nei singoli territori (report annuale monitoraggio con evidenza dei percorsi integrati, aree di intervento e n° ambulatori infermieristici);
2. evidenza dell'impatto delle Case della Salute sulla popolazione e sui professionisti (progetto regionale di valutazione);
3. evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi;
4. evidenza del percorso formativo regionale realizzato nelle Aziende Sanitarie.

Scheda 2 - RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA

Razionale/Motivazione:

Dalla fine degli anni 90, col Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (PSR) è stato avviato un percorso di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, ed in particolare della rete ospedaliera secondo 2 approcci distinti:

- 1) reti Hub&Spoke, di competenza della programmazione regionale, per le discipline/attività in cui la risposta più adeguata alle esigenze di qualificazione e sostenibilità deve basarsi sulla concentrazione delle casistiche più complesse in centri Hub connessi agli Spoke per le casistiche meno complesse (es. neonatologia, cardiocirurgia, grandi traumi, oncologia);
- 2) reti ospedaliere integrate con i servizi distrettuali e sociali, al fine di assicurare ai cittadini di un determinato territorio (di norma provinciale) le prestazioni necessarie ai loro bisogni assistenziali per tutte le discipline che non presentano le caratteristiche delle reti H&S.

La rete ospedaliera, nella nostra come in altre Regioni, si è sviluppata attorno a punti di offerta storici e sulla base di opportunità locali. Il percorso di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera si è orientato e si orienta al perseguimento di maggiori livelli di appropriatezza della risposta ed efficienza nell'uso delle risorse sulla base dei bisogni prevalenti della popolazione (cronicità, multimorbilità), ed in armonia con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. In tal senso, l'implementazione di modalità organizzative e strumenti per il rafforzamento della presa in carico territoriale, della continuità dell'assistenza tra territorio e ospedale, e della integrazione socio-sanitaria (le Case della Salute, gli Ospedali di Comunità, i percorsi assistenziali, i percorsi dedicati alle cure palliative e al fine vita) concorre alla riduzione dei ricoveri ospedalieri per tutte quelle condizioni di salute in cui non è necessario. A questo si affiancano i percorsi che favoriscono la continuità della cura ed il rientro nel contesto più appropriato una volta risolto il problema acuto (ad es. percorsi di dimissione protetta, interventi educativi sul paziente ed il care-giver, ecc.). Per rispondere in maniera strategica e integrata alle esigenze degli utenti portatori di una molteplicità di bisogni differenziati, si raccorderanno le risposte che riguardano da un lato le professioni sociali nelle Ausl e dall'altro i servizi sociali propri degli Enti Locali. Oltre agli interventi a sostegno della continuità assistenziale ospedale-territorio, assumono rilevanza in questa prospettiva i percorsi nei servizi ad alta integrazione sociale e sanitaria e la tutela delle persone fragili e vulnerabili.

Descrizione:

applicare gli standard nazionali previsti dalla Legge 135/2012 e dal DM 70/2015, contestualizzandoli alla realtà regionale (DGR 2040/2015).

Azioni da sviluppare:

1. Ripuntualizzare le discipline incluse nelle reti Hub&Spoke, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, rispetto a bacini di utenza, unità operative, assetto della rete.
2. Adeguare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), migliorando il livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere (es. indice di occupazione dei posti letto), incrementando il passaggio dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, e rafforzando l'introduzione di modelli innovativi territoriali (ospedali di comunità).
3. Attuare una riorganizzazione della rete ospedaliera che tenga conto dei volumi di attività e degli esiti di salute, rendendo compatibile questa riorganizzazione per le situazioni logistiche più complesse come gli Ospedali di montagna che devono essere valorizzati nel contesto della rete.
4. Rafforzare i meccanismi di interfaccia con i servizi territoriali sanitarie e socio sanitari al fine di garantire un utilizzo più appropriato della rete ospedaliera.
5. Sviluppare la valutazione sulle esperienze dell'organizzazione dei reparti per intensità di cura.

Beneficiari:

pazienti del Servizio Sanitario Regionale, le Aziende Sanitarie e le Case di Cura Private Accreditate del Servizio Sanitario Regionale ed i rispettivi professionisti.

Elementi di trasversalità/integrazione:

a livello locale, le scelte e le azioni relative alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata sono il frutto di una progettualità condivisa fra Aziende Sanitarie ed Enti Locali nell'ambito delle sedi istituzionali dedicate.

Indicatori:

entro la legislatura:

1. adeguamento dei posti letto come da azione n. 2, target 100%;
2. definire il riassetto delle discipline incluse nelle reti Hub&Spoke attraverso proposte dei gruppi di lavoro appositamente istituiti, target 100%;
3. valutazione dei diversi modelli fin qui sviluppatasi con lettura integrata degli assetti ospedalieri e territoriali (evidenza documento, target 100%);

Scheda 3 - CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ IN EMILIA-ROMAGNA

Razionale/Motivazione:

A livello internazionale si stanno sperimentando e sviluppando modelli organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari cosiddetti di “cure intermedie” per rispondere ai bisogni emergenti legati all’allungamento della speranza di vita, all’aumento delle patologie croniche, multimorbilità e fragilità.

Il concetto di “cure intermedie” nasce in Inghilterra nel 2000 nel National Beds Enquiry¹ ed entra definitivamente nella politica sanitaria europea². Le Cure Intermedie³ risultano, quindi, essere costituite da un’area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari, erogati nel contesto della Assistenza Territoriale, in cui il piano di assistenza (PAI) è concordato attivamente tra operatori sanitari e sociali, pazienti e caregiver e dove il self-management del paziente è uno degli obiettivi primari. La visione della Regione, per la definizione della rete delle Cure Intermedie, prevede lo sviluppo di una rete il più possibile integrata, di servizi e strutture dedicate a soggetti affetti da multimorbilità e fragili, con l’obiettivo di garantire la continuità dell’assistenza tra i diversi setting, sulla base dell’intensità assistenziale. In tale ottica andrà posta particolare attenzione alle modalità di accesso, alla organizzazione dei diversi percorsi dei pazienti con particolare riferimento alla dimissione da ambito ospedaliero (dimissioni protette). Tra i servizi e le strutture caratterizzanti le Cure Intermedie, un ruolo importante rivestono gli Ospedali di Comunità. Studi internazionali hanno dimostrato che le Cure Intermedie negli Ospedali di Comunità riducono in modo significativo il numero di re-ricoveri, per la stessa patologia, rispetto all’ospedale per acuti. Dopo 26 settimane di follow-up un numero sempre maggiore di pazienti risulta più responsabilizzato e più autonomo nella gestione dell’autocura.

In tale ottica la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato ulteriormente la rete assistenziale territoriale attraverso la realizzazione di luoghi e modelli assistenziali per favorire ulteriormente l’accesso alle cure territoriali (Case della Salute) e avvalendosi di setting e strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio come gli Ospedali di Comunità.

Gli Ospedali di Comunità regionali intendono qualificarsi come strutture innovative per garantire l’integrazione ospedale-territorio e la continuità delle cure.

Descrizione:

Nel Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015 (DM 70/2015) le strutture intermedie si caratterizzano per avere come obiettivo sia evitare le ammissioni in ospedale sia supportare al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, con varie funzioni, sia nella gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, sia nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, sia nei centri di comunità/poliambulatori.

In tale ottica assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l’utilizzo di strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l’opportuna continuità dell’assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell’ospedale ad una centrale operativa\punti unici di coordinamento che, attraverso una valutazione multidimensionale, garantisca la presa in carico e la continuità con la rete territoriale dei servizi e delle strutture (DM 70/2015).

In particolare, l’Ospedale di Comunità viene definito come una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20), gestito da personale infermieristico, in cui l’assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da medici dipendenti del SSN.

Nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 2040 del 10 dicembre 2015 “Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015” si afferma come l’Ospedale di Comunità prenda in carico prevalentemente pazienti che necessitano di: sorveglianza infermieristica continuativa; interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (struttura e familiare). La degenza media prevedibile è di circa 20 giorni e l’accesso può avvenire dal domicilio o dall’ospedale, su proposta del medico di medicina generale o dall’ospedale.

L’accesso agli Ospedali di Comunità (DGR n.221\2015; DGR n. 2040\2015) avviene sulla base di una va-

¹ Department of Health. Shaping the Future NHS: Long-Term Planning for Hospital Services. London: Department of Health, 2000.

² Department of Health. The National Plan: a Plan for Investment, a Plan for Reform. London: Department of Health, 2000.

³ Pearson M., et al (2013), «Intermediate care: a realist review and conceptual framework», National Institute for Health Research; Rikkert MG, Parker SG, van Eijken MI. What is intermediate care? *BMJ*. 2004;329(7462):360-1.; *Intermediate Care Framework*, (2006): *Intermediate Care - Agreeing on a Common Definition* <http://www.jitscotland.org.uk/action-areas/intermediate-care/>. *British Geriatric Society*, (2008), *Guidance for commissioners and providers of health and social care*; Ed, London.

lutazione multidimensionale del paziente, che sostiene un piano integrato e individualizzato di cura (PAI), concordato attivamente tra operatori sanitari e sociali, pazienti e caregiver. L'assistenza è garantita da Infermieri presenti continuamente nelle 24 ore, coadiuvati da altro personale (OSS) e altri professionisti come i fisioterapisti quando necessario; la responsabilità clinica della singola persona è affidata al Medico di medicina generale o ad altro personale Medico dell'AUSL. Per un corretto monitoraggio dell'attività assistenziale è stato, inoltre, istituito un flusso informativo regionale che permette analisi puntuali dei percorsi di cura dei pazienti. Ad oggi sono attivi 14 Ospedali di Comunità.

Azioni da sviluppare:

- Sviluppo di una rete il più possibile integrata dei servizi e delle strutture caratterizzanti le Cure Intermedie in Regione Emilia-Romagna, per livelli crescenti di intensità assistenziale, in coerenza con le indicazioni internazionali e nazionali ma soprattutto con la specificità locale, prevedendo la realizzazione di centrali operative\punti unici di coordinamento per la continuità dell'assistenza, prevedendo letti territoriali in ogni distretto.
- Valutazione dell'appropriatezza organizzativa nell'accesso alla rete delle Cure Intermedie e delle modalità di risposta tempestiva.
- Valutazione dell'impatto degli Ospedali di Comunità:
 - sull'appropriatezza del ricorso ai servizi sanitari ospedalieri e territoriali (ad es. ricoveri potenzialmente evitabili in ambito ospedaliero, trasferimento tempestivo dall'ospedale per acuti in OsCo, domiciliarità);
 - sulla salute dei pazienti (ad es. nel miglioramento dell'autonomia attraverso scale di valutazione come la Barthel Modificata);
 - l'esperienza dei pazienti con questionario ad hoc;
 - l'esperienza dei professionisti coinvolti (operatori dell'OsCo, Ospedale per acuti, Case della Salute, Nuclei di Cure Primarie, Strutture socio-sanitarie e del Sociale).
- Le Aziende USL, in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, proseguono il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione (DM n. 70\2015; DGR 2040\2015).

Beneficiari:

I pazienti prevalentemente con patologie croniche provenienti da struttura ospedaliera o dal domicilio, con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa.

Elementi di trasversalità/integrazione:

1. a livello locale, le scelte e le azioni relative al percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità si realizza in accordo tra le Aziende Sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali;
2. l'Integrazione tra Ospedale-Territorio;
3. partecipazione della Comunità (associazioni di pazienti, di volontariato);
4. coinvolgimento dei Servizi Sociali nel percorso assistenziale individuale (PAI).

Indicatori:

1. Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità e mappatura posti letto;
2. Evidenza dei percorsi di raccordo fra Ospedale e Territorio;
3. Valutazione di impatto del modello organizzativo Ospedale di Comunità.

Scheda 4 - BUDGET DI SALUTE

Razionale/Motivazione:

La sperimentazione del Budget di Salute si sviluppa sulla base di una forte azione propositiva della Consulta Regionale Salute Mentale, con l'obiettivo di individuare nuovi strumenti socio-sanitari per utenti che non trovavano una risposta appropriata nei percorsi tradizionali della psichiatria.

Descrizione:

Strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato delle persone affette da disturbo mentale grave. Attivabile dalle Aziende USL in collaborazione con i Servizi Sociali, è composto da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità, mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.

Le linee di indirizzo (DGR 1554/2015) identificano gli elementi qualificanti del Budget di salute: a) UVM sanitaria e sociale, con il coinvolgimento di pazienti, familiari, altri soggetti vicini alla persona; b) Progetto personalizzato, sottoscritto dall'utente, condiviso con i familiari ed altri soggetti coinvolti nella realizzazione; c) Interventi nelle aree che costituiscono i principali determinanti sociali di salute: abitare, formazione-lavoro, socialità; d) Dimensione territoriale degli interventi (supporto alla domiciliarità, accompagnamento sul territorio, percorsi di autonomia possibile), in alternativa e/o successivamente all'assistenza residenziale.

Azioni da sviluppare:

A livello regionale:

- a) attivazione del programma di coordinamento che collega rappresentanti di Aziende UsI ed Enti Locali per la promozione delle linee di indirizzo;
- b) azioni formative con il coinvolgimento di sanitario, sociale, terzo settore e diffusione delle esperienze;
- c) monitoraggio degli interventi d) coinvolgimento di utenti e familiari nello sviluppo del programma regionale.

A livello locale:

- a) consolidare l'uso dello strumento con gli elementi qualificanti delle linee di indirizzo;
- b) incentivare l'applicazione del Budget di salute per soggetti giovani, agli esordi;
- c) sperimentare l'applicazione dello strumento, in raccordo con procedure e strumenti già consolidati negli specifici percorsi, per pazienti dei SerT, della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, e di altre tipologie di soggetti fragili.

Beneficiari:

Pazienti dei Centri di Salute Mentale; in via sperimentale, altri soggetti con fragilità socio-sanitaria.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Caratteristica peculiare del Budget di salute è la progettualità condivisa tra servizi sanitari e sociali, il terzo settore, le associazioni, la persona beneficiaria dell'intervento, la sua famiglia e la rete informale sul territorio. Un lavoro complesso che trova nella valutazione multiprofessionale, tra Sanità e Sociale, la sede per l'incontro dei diversi interlocutori, la costruzione e la formalizzazione del progetto, e il monitoraggio dell'intero processo che ha al centro la persona, con i suoi bisogni e risorse. In questa prospettiva, si intende restituire al soggetto fragile un potere contrattuale per renderlo partecipe della produzione dei servizi di cui ha bisogno. Altri soggetti coinvolti nell'applicazione dello strumento: Consulta Salute Mentale, utenti esperti/facilitatori, medici di medicina generale, altri professionisti delle cure primarie con particolare riferimento ai percorsi sviluppati nelle Case della Salute.

Indicatori:

1. n. pazienti con budget di salute / N. pazienti CSM;
2. risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali;
3. coinvolgimento di utenti e familiari nel programma regionale;
4. azioni formative realizzate;
5. (in fase matura) numero Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili.

Scheda 5 - RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE NEL SISTEMA DI SERVIZI SOCIALI, SOCIO-SANITARI E SANITARI

Razionale/Motivazione:

Il caregiver familiare è una risorsa per il sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, nell'ambito dell'accudimento di persone con bisogni assistenziali complessi non in grado di prendersi cura di sé. Al tempo stesso, il caregiver familiare è portatore di bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto), sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico.

In Emilia-Romagna è stata approvata la Legge Regionale n. 2/2014 dedicata al riconoscimento e al sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza) nell'ambito degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.

Il Patto per il Lavoro (sottoscritto dalla Regione il 20 luglio 2015) ha previsto la redazione di linee guida in grado di fornire indicazioni alle Aziende USL ed ai Comuni per l'attuazione dei principi sanciti dalla Legge Regionale n. 2/2014, nella direzione di un welfare di comunità che valorizzi anche l'esperienza e l'apporto degli Enti del terzo settore. Nel mese di luglio 2016 la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha costituito un apposito gruppo di lavoro, composto da parti sociali, associazioni di pazienti e familiari e professionisti delle Aziende USL e dei Comuni con l'obiettivo di elaborare la proposta di linee guida attuative della Legge Regionale n. 2/2014, che sono state approvate con DGR n. 858 del 16 giugno 2017.

Descrizione:

Sono numerose le iniziative che già vengono realizzate a livello locale a sostegno del caregiver familiare (iniziative informative/formative, gruppi di auto-mutuo aiuto, consulenze psicologiche, assistenziale, legali, ecc.), seppur rilevando disomogeneità territoriali circa il livello di promozione e realizzazione da parte dei soggetti pubblici, e frammentazione delle iniziative promosse dal terzo settore, riguardanti prevalentemente specifici gruppi target/patologie.

Emerge la necessità di migliorare la consapevolezza dei cittadini circa le opportunità esistenti, e la collaborazione multidisciplinare per la realizzazione di programmi, progetti, attività, con un approccio il più possibile partecipato.

Azioni da sviluppare:

Con le linee attuative sopracitate si promuovono forme strutturate di raccordo e coordinamento, articolate a livello territoriale, con il coinvolgimento e la valorizzazione degli Enti del terzo settore, delle parti sociali, delle associazioni datoriali, e degli altri soggetti della Comunità disponibili a partecipare, al fine di valorizzare le esperienze e le competenze sviluppate in questi anni, e sviluppare proficue collaborazioni, portando a sistema e dando continuità a quanto realizzato in modo sporadico e/o isolato.

Coerentemente col disegno del nuovo PSSR, i soggetti pubblici sono invitati a ricercare e sviluppare nuove possibili sinergie, a sostenere i processi partecipativi e di auto-organizzazione, connettendo le iniziative della comunità e degli attori della società economica e civile con gli interventi istituzionali organizzati a sostegno del caregiver familiare e più in generale delle famiglie con carichi di cura.

Tra le principali azioni individuate dalle linee attuative figurano: lo sviluppo delle condizioni organizzative affinché il caregiver sia supportato nell'accesso alla rete dei servizi e nello svolgimento delle attività di cura; la promozione di interventi di informazione e formazione di base per i caregiver familiari; la promozione della formazione dei professionisti di ambito sociale, socio-sanitario e sanitario, al fine di sensibilizzarli rispetto al riconoscimento del caregiver nell'ambito del PAI, all'importanza di garantire orientamento, supporto e accompagnamento nei momenti critici, alla capacità di leggere e gestire gli aspetti psicologici ed emotivi, anche utilizzando specifici strumenti di valutazione del carico psico-fisico. Nell'ambito del piano regionale della prevenzione 2015/2018 è previsto uno specifico progetto riguardante la tutela e la promozione della salute mentale e fisica dei caregiver.

Nell'ambito di politiche per la prossimità e la domiciliarità che si pongono l'obiettivo di accogliere, accompagnare affiancare e sostenere chi si prende cura di persone non autonome e/o fragili, le linee attuative favoriscono anche la qualificazione ed emersione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari ("badanti"), promuovendo la consapevolezza e l'informazione delle famiglie (anche nella veste di datori di lavoro domestico).

Beneficiari:

Caregiver familiari e persone accudite (es. non autosufficienti, con disabilità, fragili), famiglie, assistenti familiari, professionisti dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, Enti del terzo settore, comunità locali. Particolare attenzione è posta alle situazioni in cui si sommano più fragilità (es. persone anziane che svolgono anche ruolo di caregiver familiare nei confronti del coniuge del figlio/a, ecc.).

Elementi di trasversalità/integrazione:

1. Le linee attuative si rivolgono all'intero sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.
2. Le linee attuative rappresentano anche una cornice di riferimento a cui possono raccordarsi le azioni e gli interventi realizzati in diversi ambiti per il sostegno e la promozione dell'empowerment del caregiver familiare (es. promozione della salute mentale e fisica, percorsi per la cronicità, non autosufficienza, demenze, disabilità, ecc.).
3. Le linee attuative prevedono il raccordo con i programmi rivolti alla qualificazione e regolarizzazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari, attivati a livello territoriale.

Indicatori:

1. Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver.
2. Definizione di un programma integrato per il riconoscimento e la valorizzazione del caregiver familiare, all'interno dei Piani di Zona.
3. Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver.
4. Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate.

Scheda 6 - PROGETTO DI VITA, VITA INDIPENDENTE E DOPO DI NOI. MAGGIORE SVILUPPO DEI SERVIZI DI PROSSIMITÀ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

Razionale/Motivazione:

Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami famigliari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale.

Descrizione:

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con la legge 18/09 rappresenta il principale punto di riferimento riconosciuto dalla comunità internazionale per la programmazione delle politiche a favore delle persone con disabilità, che va pertanto preso a riferimento anche nella programmazione regionale e locale del settore sociale e sanitario. In merito alle attività di abilitazione e riabilitazione la Convenzione prevede che vengano adottate misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita.

Azioni da sviluppare:

1. Un primo obiettivo è garantire l'integrazione e la partecipazione sociale della persona con disabilità nella comunità di appartenenza. A questo scopo, nel settore sociale e sanitario devono essere garantiti servizi e programmi che abbiano inizio nelle fasi più precoci possibili e siano basati su una valutazione multidisciplinare dei bisogni e delle abilità di ciascuno, nonché facilitino la partecipazione e l'integrazione nella comunità e in tutti gli aspetti della società, nei luoghi più vicini possibili alle comunità di appartenenza. Nel settore socio-sanitario devono essere garantiti su tutto il territorio regionale gli interventi della rete dei servizi socio-sanitari per le persone con disabilità che è stata sviluppata soprattutto in seguito all'avvio del FRNA (DGR 1230/08) ed al percorso di accreditamento socio-sanitario (DGR 514/09 e s.m.i.). La rete comprende servizi territoriali, domiciliari, diurni e residenziali di piccole dimensioni, di carattere comunitario, fortemente radicati nell'ambito territoriale di riferimento, che offrono alle persone con disabilità grave una presa in carico personalizzata, a partire da una valutazione multidimensionale che viene effettuata da équipe multiprofessionali (UVM) presenti in ogni ambito distrettuale della regione. A fianco dei servizi professionali, nella definizione del progetto personalizzato e più in generale nella programmazione territoriale deve essere promosso il cosiddetto lavoro sociale di rete e di comunità al fine di sostenere e valorizzare le competenze e le risorse delle persone con disabilità, delle loro famiglie e di tutte le reti di solidarietà presenti nella comunità (reti informali, volontariato, associazionismo) attraverso interventi quali, ad esempio, l'educazione personale e familiare, il parent training, interventi di sollievo, gruppi di auto mutuo aiuto, interventi psico-educativi individuali o di gruppo, animazione sociale.
2. Un secondo obiettivo è quello della vita indipendente. La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità prevede che le persone con disabilità abbiano accesso ad una serie di servizi di sostegno in particolare al domicilio, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirvisi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione. In Emilia-Romagna nell'ambito della programmazione del FRNA e FNA sono previsti diversi interventi per favorire la domiciliarità e la vita indipendente, quali in particolare l'assegno di cura di sostegno e l'assistenza domiciliare. Oltre la metà delle risorse del FRNA dedicate alla disabilità vanno a finanziare interventi che favoriscono la permanenza al domicilio. La Regione ha inoltre aderito da fine 2013 alla sperimentazione promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in tema di vita indipendente ottenendo il finanziamento di vari progetti di carattere sperimentale, che sono tuttora in corso di svolgimento in vari distretti della regione. In futuro è necessario consolidare gli interventi per la Vita Indipendente con particolare riferimento a progetti individuali per la domiciliarità e l'abitare in autonomia per le persone con disabilità grave. Particolare attenzione deve essere rivolta ai progetti di vita indipendente delle persone con disabilità in giovane età ed anche alle persone

con disabilità acquisita in età adulta, valorizzandone la capacità di autodeterminazione.

3. Un terzo obiettivo è quello del cosiddetto “Dopo di noi”, vale a dire la necessità di garantire un progetto di vita adeguato alle persone con disabilità che restano prive del sostegno del nucleo familiare. Sul Dopo di noi è stata approvata a livello nazionale la Legge n.112/16 del 22 giugno 2016 per la quale è già stato previsto nella legge di stabilità per il 2016 ed anni successivi uno specifico finanziamento nazionale. Dal 2017 è dunque prevista l'applicazione della Legge nazionale sul territorio regionale. In particolare il Decreto 23.11.2016 e la DGR 733/17 con la quale è stato approvato il Programma regionale di attuazione della Legge 112/16 prevedono la realizzazione di specifici interventi assistenziali, educativi e strutturali che dovranno essere assicurati in ogni ambito distrettuale in collaborazione in particolare con le persone con disabilità, famiglie, Associazioni e Fondazioni. Per il Dopo di Noi e la Vita indipendente, la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità prevede che le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione. Occorre dunque sviluppare gli interventi di prossimità, al fine di garantire un rapporto ottimale tra opportunità di inclusione sociale, capacità di presa in carico della rete e risorse disponibili, quali in particolare le soluzioni abitative innovative previste dal DM 23.11.2016 per il Dopo di Noi - Durante Noi.
4. Un'ulteriore area di azione riguarda i bisogni delle persone con gravissima disabilità. Si tratta di situazioni conseguenti a traumi o a patologie quali mielolesioni, cerebrolesioni, patologie progressivamente invalidanti, quali la SLA. La Regione per rispondere ai bisogni di queste persone con la DGR 2068/04 e successive modifiche ha avviato oramai da tempo uno specifico programma che si articola in interventi e servizi di carattere domiciliare e residenziale ed una forte integrazione tra servizi sociali e sanitari, ospedalieri e territoriali. Nel corso degli anni il numero di persone prese in carico nell'ambito della rete per le gravissime disabilità è progressivamente aumentato, anche grazie alle ulteriori risorse che si sono rese disponibili nell'ambito del FNA. Alcuni aspetti della rete, tuttavia, quali ad esempio le risposte residenziali, non appaiono ancora sufficientemente consolidati su tutto il territorio regionale e richiederanno pertanto nei prossimi anni ulteriori interventi di sviluppo e consolidamento, anche tenendo conto delle proposte e riflessioni già in atto in alcuni ambiti territoriali. Un'ulteriore azione sarà l'applicazione dei nuovi criteri di accesso previsti a livello nazionale per le disabilità gravissima ai fini dell'utilizzo del FNA, che coincidono soltanto in parte con i criteri di cui alla richiamata DGR 2068/04.
5. Un'ultima azione comune a tutta l'area della non autosufficienza e fragilità riguarda la necessità di favorire e valorizzare l'utilizzo dell'amministrazione di sostegno in attuazione della LR 11/09, da garantire nell'ambito del sistema integrato degli interventi socio-sanitari e della programmazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, in particolare attraverso l'applicazione in ogni ambito distrettuale delle linee guida regionali approvate con DGR 962/2014, su iniziativa degli Enti Locali e delle Aziende USL, in collaborazione con altri Enti o Autorità, con particolare riferimento ai Tribunali e agli Uffici del Giudice Tutelare, nonché in collaborazione con gli Enti del terzo settore, così come previsto all'articolo 3 della LR 11/09.

Beneficiari:

Persone con disabilità, con priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Gli interventi per le persone con disabilità devono riguardare l'intero progetto di vita della persona ed i principali ambiti della vita sociale (famiglia, scuola, lavoro, società). Occorre dunque promuovere l'integrazione tra i diversi settori di intervento: politiche sociali, salute, scuola, formazione, lavoro, mobilità.

Indicatori:

1. N. ambiti distrettuali che hanno definito il Programma distrettuale per il “Dopo di Noi - Durante Noi” in attuazione della DGR 733/totale ambiti.
2. N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016.
3. N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti.
4. Approvazione del bando regionale per finanziare le soluzioni abitative di cui al Programma “Dopo di noi” Legge 112/16.

Scheda 7 - PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

Razionale/Motivazione:

La L. 38/10 ha definito principi e norme volte a garantire un'assistenza qualificata ed appropriata al paziente che necessita di cure palliative, rivolgendo specifica attenzione anche al paziente in età pediatrica, e affidando al modello organizzativo a rete il compito di rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia. La rete di cure palliative permette di assicurare le migliori sinergie tra i diversi setting (nodi della rete) in tutto il percorso assistenziale. La Regione ha da tempo indicato le cure palliative come uno degli ambiti strategici di sviluppo della presa in carico integrata dei pazienti, sostenendo negli anni lo sviluppo e il potenziamento della rete di cure palliative in tutte le sue articolazioni assistenziali. A seguito della L. 38/10 (e dei suoi provvedimenti attuativi) la Regione ha riorganizzato la rete locale di cure palliative (DGR 560/15) e ha definito i criteri di accreditamento della rete stessa (DGR 1770/16).

Descrizione:

La Rete di cure palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio (rappresentato dalla casa o dalla struttura residenziale in cui è domiciliato/residente il malato), in Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell'azienda USL.

Azioni da sviluppare:

A livello regionale, a garanzia di equità di accesso e omogenee modalità assistenziali su tutto il territorio regionale, vanno definiti comuni strumenti di valutazione per l'accesso alla rete, per il passaggio dalle cure palliative domiciliari di base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e della qualità assistenziale percepita. A livello locale la Rete deve individuare i punti di accesso, i percorsi organizzativi che si realizzano dalla segnalazione del caso fino all'exitus, prevedendo tutti gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici. Vanno individuate le interfacce, i compiti e le modalità di intervento dell'equipe, gli strumenti per valutare le performance (audit organizzativi e audit clinici), l'individuazione delle azioni di miglioramento. Dovranno essere individuate a livello locale e monitorate a livello regionale i percorsi di formazione utili a sviluppare sia le competenze specialistiche dei professionisti dedicati alla rete di cure palliative, sia le competenze degli operatori che operano nelle strutture che si interfacciano e interagiscono con la rete di cure palliative quali le strutture residenziali per anziani (CRA), le unità operative ospedaliere, l'ADI. In particolare, per le strutture residenziali per anziani sarà necessario sviluppare una conoscenza diffusa delle Cure Palliative formando le figure sanitarie e socio-sanitarie maggiormente coinvolte nell'assistenza e nell'organizzazione (Medici, Coordinatori Infermieristici, Infermieri, OSS). Per quanto attiene alle cure palliative pediatriche sarà istituito un gruppo tecnico che avrà il compito di definire precisamente la popolazione target di questa rete, le modalità di accesso e di dimissione e le relazioni fra i diversi nodi, e di valutare il potenziale sviluppo di PDTA specifici attraverso la costituzione di sottogruppi di lavoro. Sarà inoltre necessario promuovere lo scambio e il confronto di esperienze tra le diverse componenti della rete.

Beneficiari:

Pazienti di qualsiasi età con patologia cronico-degenerativa, non suscettibili di cure rivolte alla guarigione - o con opzioni terapeutiche limitate, anche in concomitanza di terapie specifiche - con presenza di sofferenza fisica, psicologica o spirituale. Per quanto attiene alle cure palliative pediatriche, inoltre, pazienti i cui caregiver abbiano necessità di formazione specifica rivolta all'assistenza, o di periodi di sollievo.

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'organizzazione a rete attua tutte le strategie necessarie all'integrazione delle diverse strutture ed equipe, sia ospedaliere che territoriali, che perseguono interessi comuni senza sovrapposizioni. Il funzionamento della rete necessita di un coordinatore e di un organismo tecnico di coordinamento che definiscano gli strumenti utili all'integrazione e alle attività trasversali. Dovranno quindi essere individuati criteri specifici per i nodi, ma comuni per tutta la rete, per definire modalità di accesso e di valutazione dei bisogni; andranno definiti il percorso che si realizza dalla segnalazione del caso al punto di accesso fino all'exitus

e audit organizzativi con la condivisione sistematica dei risultati ottenuti e delle eventuali azioni di miglioramento. Altro elemento di trasversalità sono i piani di formazione che dovranno essere predisposti per gli operatori dedicati alla rete e per i professionisti che operano nelle strutture invianti. Inoltre sarà necessario condividere con i professionisti delle unità operative ospedaliere le modalità di attivazione dell'equipe specialistica di cure palliative per la consulenza ospedaliera. Ancora andranno condivisi, con gli operatori CRA, i criteri per l'individuazione dei pazienti target di cure palliative, le modalità di accesso alla rete attraverso l'Unità di Valutazione Cure palliative e le modalità di attivazione dell'UCPD (Unità Cure Palliative Domiciliari).

Andranno definite modalità di trasferimento delle informazioni tra i nodi della rete e le altre strutture. Dovranno poi essere realizzati programmi comuni di divulgazione e di informazione verso i propri cittadini sulle cure palliative, sull'organizzazione della Rete coinvolgendo anche le organizzazioni del mondo del volontariato e del *non profit* operanti nel settore cure palliative, con le quali le Aziende Sanitarie hanno sviluppato programmi per attività integrative.

Indicatori:

1. N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). Valore standard > 60%;
2. Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete;
3. Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative;
4. Presenza di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore);
5. N. Aziende all'interno delle quali si è individuato il referente per le CP pediatriche e definito il percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle CPP;

Scheda 8 - PROMOZIONE DELLA SALUTE IN CARCERE, UMANIZZAZIONE DELLA PENA E REINSERIMENTO DELLE PERSONE IN ESECUZIONE PENALE

Razionale/Motivazione:

La ricca produzione normativa (1) degli ultimi anni in tema di politiche finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita delle persone in esecuzione penale e sottoposte a misure detentive o sanzioni di comunità (minori e adulti), è sempre più orientata a riconoscere e valorizzare la centralità della persona nei programmi trattamentali, di reinserimento sociale, di prevenzione e promozione della salute, nei percorsi clinico-assistenziali offerti dalle Aziende USL operanti negli Istituti Penitenziari. Il DPCM 01/04/2008 ha infatti sancito il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria al SSN; i principi di riferimento della riforma prevedono: “Il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”.

La popolazione di riferimento è caratterizzata da molteplice appartenenza etno-culturale, differenze linguistiche, scarse conoscenze sanitarie, povertà non solo materiale ma anche in termini culturali e di strumenti/risorse personali, scarsa considerazione del proprio corpo come custode del proprio benessere, basso livello di alfabetizzazione, carente attenzione alle basilari norme di prevenzione, con un possibile rischio di strumentalizzazione della salute. Gli operatori rilevano malessere del recluso non sempre relativo a specifiche patologie organiche, ma anche legato alla prisonizzazione, all'allontanamento dalla famiglia e alla convivenza forzata con altre persone in un'analoga condizione di disagio, da cui discende la necessità dei detenuti di avere momenti di ascolto, di sostegno psicologico o di confronto.

Molte sono le linee guida emanate dalla Regione in ambito sanitario penitenziario, e numerosi i Protocolli siglati tra Regione e il Ministero della Giustizia per l'attuazione di misure volte all'umanizzazione della pena, al reinserimento sociale delle persone detenute e ad una appropriata tutela e promozione della salute.

Paradossalmente il carcere può essere un luogo in cui imparare ad usare i servizi, e acquisire comportamenti salutari e competenze professionali finalizzate a percorsi di reinserimento socio-lavorativo.

Si tratta, sia per i minori che per gli adulti, di costruire percorsi che da un lato consentano un'esecuzione della pena che sia realmente orientata al recupero e al reinserimento sociale, dall'altro creino le condizioni per sostenere e rendere autonome le persone sottoposte a misure penali, in cui spesso alla fragilità di tipo sociale, economica e culturale si somma lo stigma derivante dal coinvolgimento nel circuito penale. Analogamente sul piano sanitario sono presenti forme di vulnerabilità e disuguaglianza (immigrazione, prostituzione, tossico-alcoldipendenza); pertanto, nell'ambito del più ampio cambiamento della sanità penitenziaria, non più medicina d'attesa ma di iniziativa, accanto a servizi di cura e percorsi clinico-assistenziali per persone detenute con patologie acute o croniche, si sono affiancati, dal 2013, interventi specifici e strutturati di promozione della salute.

Descrizione:

In linea con il *probation system* europeo è necessario affrontare il tema individuando percorsi coordinati fra sistemi di esecuzione della pena intra ed extramurario; diventa sempre più necessario prevedere, in collaborazione con i Servizi Sociali Territoriali, interventi che favoriscano percorsi alternativi, o di dimissione, anche in favore di quelle persone detenute prive di risorse familiari, economiche o limiti personali.

Dal punto di vista della tutela della salute, prendendo quale modello quello dei servizi di assistenza sanitaria territoriale, si intende attuare un intervento assistenziale pluridisciplinare con caratteristiche simili a quelle disponibili nel territorio per i cittadini liberi, quali le Case della salute (vedi scheda n.1). Al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute, la presa in carico di ciascun assistito prevede la condivisione di un PAI; l'intervento clinico-assistenziale viene offerto dalla fase di ingresso alla dimissione, con la possibilità per ogni persona dimessa di richiedere la propria Cartella Sanitaria. Vengono costruiti inoltre percorsi per la continuità assistenziale alle dimissioni dal carcere. La persona detenuta assistita deve essere al centro della cura e deve essere favorito l'empowerment della persona stessa operando per un percorso di responsabilizzazione, rispetto allo stato di salute e allo stile di vita.

Per quel che riguarda i minori la Regione, in base agli articoli 27 e 28 della L.R. 28 luglio 2008 n. 14 “Norme in materia di politiche per le giovani generazioni”, promuove forme e modalità per la territorializzazione degli interventi, intesa come condivisione tra i servizi sociali dell'amministrazione della giustizia, degli enti locali e servizi sanitari, di un progetto personalizzato sul minore, che lo accompagna dall'ingresso nel circuito penale fin dopo la sua dimissione. Oltre all'intervento di assistenza sanitaria all'interno dei servizi minorili, è previsto l'inserimento in comunità per motivi sanitari (di tossicodipendenza e neuropsichiatria).

Obiettivo condiviso è la prevenzione delle recidive e di percorsi di devianza e marginalità, il recupero e il reinserimento nel tessuto sociale, attraverso azioni di valorizzazione delle risorse personali e di responsabilizzazione e la messa in rete dei servizi.

Azioni da sviluppare:

La Regione prevede integrazione di interventi tra Comuni e Aziende USL e promuove la collaborazione con il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria e l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, con gli Enti del terzo settore, per la programmazione condivisa, l'attuazione ed il monitoraggio di azioni volte a:

- sviluppo e consolidamento delle attività degli sportelli informativi per detenute/i, sia per l'ambito sociale che per l'ambito sanitario;
- promozione, in raccordo con le istituzioni competenti ed i soggetti del terzo settore, di interventi coordinati finalizzati al miglioramento della qualità della vita, benessere della persona e all'umanizzazione della pena, con particolare attenzione ai "nuovi giunti" e ai "dimittendi";
- realizzazione di incontri individuali e attivazione di gruppi per l'informazione/educazione in tema di salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto;
- produzione e utilizzo di materiale informativo specifico per il contesto di riferimento e/o realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione in linea con le campagne nazionali e mondiali (giornate sui temi dell'HIV, della prevenzione del tumore al seno, della lotta al fumo, ecc.);
- sostegno di progetti di inserimento e re-inserimento socio-lavorativo per coloro che sono in esecuzione penale esterna e/o in uscita dal carcere e che spesso sono portatori di fragilità complesse (personali, familiari, sanitarie, ecc.);
- sostegno alla sperimentazione di percorsi innovativi, quali quelli ispirati ai principi della giustizia riparativa con particolare attenzione alla mediazione penale;
- supporto ai percorsi di cura e inclusione sociale dei rei prosciolti per disturbi mentali sottoposti a misure di sicurezza detentiva, in Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), o non detentiva;
- sviluppo di azioni di confronto e coordinamento tra i Servizi Territoriali e Centro Giustizia Minorile.

Beneficiari:

Persone detenute negli IIPP della regione, persone condannate in misura alternativa presenti sul territorio regionale, minori interessati da provvedimenti giudiziari.

Elementi di trasversalità/integrazione:

La presa in carico in esecuzione penale è finalizzata a co-costruire azioni mirate all'autonomia della persona, integrate rispetto alle diverse aree di bisogno, evitando la dispersione in micro azioni per uno stesso utente. L'intero processo vede al centro la persona con bisogni e risorse ed è finalizzato, coerentemente all'approccio delle diverse misure a sostegno della fragilità (SIA, RES, L.R. 14/15), all'empowerment e promozione di salute e alla responsabilizzazione del soggetto beneficiario (Patto di responsabilità/Patto per la salute), ad esempio attraverso l'attivazione di percorsi per la continuità assistenziale alle dimissioni con il coinvolgimento dei Servizi Sanitari Territoriali e le associazioni locali.

Per la realizzazione di queste attività è necessaria una programmazione congiunta, e integrazione di interventi, tra Comuni e Aziende USL, che insieme realizzino una stretta collaborazione con le direzioni degli Istituti penali, Uffici esecuzione penale esterna, Centro giustizia minorile (CGM), Ufficio servizio sociale minori (USSM), Garanti dei diritti in area penale, terzo settore, e ogni altro soggetto che a vario titolo si ritenga utile coinvolgere a livello locale; sede istituzionale per l'esercizio di tale collaborazione è il Comitato locale per l'esecuzione penale. Possono rappresentare uno strumento efficace per sostenere tale collaborazione le attività di formazione congiunta tra operatori dei diversi enti, in particolare tra educatori che agiscono negli Istituti e operatori sociali e sanitari del territorio.

Per i minori di particolare rilievo è la necessità di promuovere il raccordo con le diverse agenzie educative e servizi sanitari presenti sul territorio (consultorio/giovani, scuola, famiglie, centri aggregativi, associazionismo...).

Indicatori:

1. N° sportelli informativi attivati in carcere/numero IIPP (target 100%);
2. N° gruppi di informazione ed educazione alla salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto/ numero IIPP (target 100%);
3. N° realizzazione di campagne di sensibilizzazione nazionali e mondiali attivate in ciascun carcere (es. giornate sui temi dell'HIV, della prevenzione del tumore al seno, della lotta al fumo)/numero IIPP (target almeno uno per IP);
4. N° interventi di inclusione lavorativa attivati in ciascun territorio dentro e fuori dagli IIPP;
5. N° interventi per l'inclusione socio lavorativa dei minori e dei giovani-adulti in esecuzione penale, nel procedimento minorile;
6. N° enti coinvolti di terzo settore.

(1) Nota

Ambito europeo: Direttiva 29/2012/UE, raccomandazioni in materia di *Probation*

Ambito nazionale:

- Dlg 15/12/2015 n. 212 Attuazione della direttiva 2012/29/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 ottobre 2012, che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato;
- la L.67/2014 del 28.4.14 introduce l'istituto della sospensione del processo con messa alla prova che affianca alle nuove pene non detentive una forma di probativo;
- la L.10/2014 reca misure urgenti in tema di tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e di riduzione controllata della popolazione carceraria;
- la L.94/2013 che tra l'altro prevede che il condannato chieda l'applicazione alla misura alternativa per pene sotto i 3 anni e introduce un nuovo comma all'art. 21 O.P. nel quale viene previsto che detenuti e internati possono essere assegnati a prestare la propria attività a titolo volontario e gratuito nell'esecuzione di progetti di pubblica utilità in favore della collettività da svolgersi presso lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni o presso enti o organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato;
- la L. 9/2012 e la successiva L.81/2014 hanno permesso la riduzione degli ingressi tramite la predisposizione di alternative territoriali e residenziali;
- la L.199/2010 che prevede che la pena detentiva inferiore a dodici mesi possa essere eseguita presso l'abitazione del condannato;
- Protocollo operativo tra Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e conferenza nazionale volontariato e giustizia sullo statuto e le modalità d'azione del volontariato in ambito penitenziario - 13 novembre 2014;
- Stati generali per l'esecuzione penale sul tema delle misure e sanzioni di comunità (Tavolo 12) e in materia di giustizia riparativa, mediazione e tutela delle vittime del reato (Tavolo 13);
- D.Lgs 230/99 Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5 della Legge 30 novembre 1998 n. 419;
- D.P.C.M. 1 aprile 2008 (1). Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. (1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 maggio 2008, n. 126.

Scheda 9 – MEDICINA DI GENERE

Razionale/Motivazione:

La medicina di genere è un approccio innovativo alle diseguaglianze di salute a partire dall'insorgenza e dall'evoluzione della malattia - dai sintomi, dalle diagnosi e prognosi fino ai trattamenti - legate non solo a una differente appropriatezza diagnostico-prescrittiva, ma soggette anche a diseguaglianze sociali, culturali, psicologiche, economiche e politiche. È una chiave di lettura che pone in primo piano il tema delle diversità e come un sistema e le agenzie preposte alla cura, all'assistenza, alla ricerca e alla formazione le affrontano. È noto come la medicina intesa come ambito organizzativo/professionale abbia come premessa culturale di riferimento il genere maschile. La letteratura ha ampiamente evidenziato che tale "implicito" culturale ha un effetto sia nei processi di cura e assistenza, diagnostici e terapeutici, sia negli esiti e risultati di tali processi. Sono cospicui gli sforzi che attualmente si stanno conducendo per introdurre lo studio delle differenze bio-sessuali e i risultati che si stanno ottenendo prefigurano la necessità di considerare cambiamenti negli attuali processi ad esempio diagnostici e terapeutici. In questa prospettiva è meglio parlare di medicina genere-specifica, vale a dire di una medicina a misura di uomo e di donna. Come ha più volte ripetuto Giovannella Baggio, nella pratica clinica e nell'insegnamento di una medicina ritagliata per l'uomo e per la donna, non può esserci un'altra strada separata e diversa dal resto della medicina. Insomma, la medicina di genere non è una medicina alternativa. Tutta la medicina, in ogni sua specialità, va applicata e insegnata in modo genere-specifico. Questo implica un profondo cambiamento di prospettiva da parte della comunità scientifica per colmare quel gap di conoscenze, certamente avanzate, ma non derivate da solidi studi di genere. Così all'interno delle organizzazioni preposte alla cura, l'impegno verso una medicina di genere si traduce nel concretizzare un'appropriatezza della cura rispettosa del diritto di equità di trattamento sia per uomini che per donne. Altrettanto rilevante è la necessità di incidere maggiormente sulle prassi organizzativo/professionali e quindi sui presupposti culturali che guidano tali prassi, spesso guidate da stereotipi e pregiudizi. In questa prospettiva sono da valorizzare le esperienze che hanno prodotto percorsi interessanti e proficui attraverso azioni anche di educazione alle differenze, in quanto accrescono la capacità di chi opera nell'ambito della salute di offrire risposte genere-specifiche, e quindi più aderenti alla specificità della persona.

Descrizione:

I riferimenti alla legge regionale 6/2014, in particolare gli articoli seguenti individuano alcuni indirizzi di sviluppo per quanto attiene la medicina di genere in una prospettiva di equità (vedi scheda 11). Verranno qui di seguito ripresi i passaggi della legge in cui viene richiamata la medicina di genere e vengono esplicitate le traiettorie di lavoro.

«Art. 10 Medicina di genere e cura personalizzata»

1. La Regione Emilia-Romagna tutela il diritto alla salute come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, garantendo parità di trattamento e di accesso alle cure con particolare riguardo alle differenze di genere e relative specificità; favorendo la formazione dei professionisti della sanità e dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza per garantire nell'ambito dell'assistenza un approccio che tenga conto della medicina di genere.
2. Le aziende pubbliche sanitarie, le aziende ospedaliere e le strutture sociosanitarie della Regione Emilia-Romagna valorizzano l'approccio di genere nella cura e nell'assistenza di donne e bambine, di uomini e bambini; offrono un'informazione corretta ed equa sulle problematiche di salute e sulle differenze di genere; promuovono l'attività scientifica e di ricerca secondo l'ottica di genere, implementando percorsi di ricerca, prevenzione, diagnosi, cura farmacologica e riabilitazione orientate all'equità di genere; realizzano un'attività formativa professionale permanente con l'obiettivo di fornire la conoscenza di problematiche specifiche connesse alla diversità di genere e alla sicurezza sul lavoro.
3. La Regione Emilia-Romagna, anche in collaborazione con lo Stato, università, enti pubblici e privati, mass media e associazioni, promuove mediante appositi accordi campagne di comunicazione, informazione e sensibilizzazione sulla salute di genere, sulle patologie genere-specifiche, sulle differenze nella prevenzione e trattamento.
4. Agli obiettivi del presente Titolo sono adeguati tutti i documenti programmatici della sanità regionale, in particolare il Piano sociale e sanitario regionale, al fine di contribuire alla individuazione, promozione e monitoraggio dei determinanti di genere nell'organizzazione del lavoro, nella ricerca interdisciplinare,

nei curricula studiorum, nei percorsi diagnostico-terapeutici, nell'uso dei farmaci, nei valutatori dei dati di efficacia e produttività del sistema sanitario, per fornire prestazioni appropriate e cure personalizzate coinvolgendo tutti gli operatori della sanità, in primo luogo i medici di famiglia.

5. L'Agenzia sanitaria e sociale regionale, nell'ambito delle proprie competenze, in forza degli indirizzi approvati dalla Giunta e nel rispetto della presente legge, adotta, nella formulazione dei propri programmi e delle proprie rendicontazioni l'approccio equity oriented, con particolare attenzione alle differenze di genere.

«Art. 11 Rete dei servizi e presidi territoriali»

(...) 2. La Regione Emilia-Romagna, nella piena applicazione della legge 29 luglio 1975, n. 405 (Istituzione dei consultori familiari) e della legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza), in particolare si impegna a garantire, consolidare e sviluppare le aree di attività connesse ai consultori familiari, nell'ambito del sistema di cure primarie integrato e della pianificazione delle case della salute, quale servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità e paternità responsabili, alla educazione sessuale e alla contraccezione per i giovani, nonché di tutela del benessere delle donne e delle ragazze in un'ottica orientata alla salute e alla medicina di genere

(...) 4. L'approccio di genere, l'integrazione multidisciplinare tra i soggetti, le aziende e le agenzie della rete socio-sanitaria territoriale nell'organizzazione e nelle prestazioni sanitarie territoriali sarà rendicontato da un sistema di indicatori di qualità che incideranno sulla valutazione del budget attribuito alle aziende, sulla selezione dei progetti e programmi per il miglioramento dei servizi all'utenza, sulla produttività.

5. In particolare l'Agenzia sanitaria e sociale regionale e le Aziende del Servizio sanitario regionale si attivano, in collaborazione con gli enti locali dell'Emilia-Romagna, per promuovere piattaforme formative in tema di garanzie di equità, rispetto delle differenze e contrasto alle disuguaglianze, sia nei confronti degli utenti che degli operatori.

6. Nell'ambito della pianificazione della rete territoriale dei servizi si tiene conto della medicina di genere al fine di rafforzare i servizi di prevenzione e promozione del benessere e della salute femminile, nella logica di promuovere l'equità, ridurre le disuguaglianze e favorire il rispetto delle differenze nella programmazione, nella formazione, nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

(...) 8. Nell'organizzazione, costruzione e allestimento degli spazi socio-sanitari pubblici e privati convenzionati, sarà cura della committenza promuovere la realizzazione di progetti rispettosi dell'ottica di genere, delle differenze e dei bisogni di accoglienza dell'utenza tutta, con particolare riguardo per le disabilità

Azioni da sviluppare:

Adottando la logica che guida in generale l'approccio all'equità richiamato nella scheda 11, affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema così come richiamato negli articoli legislativi menzionati sopra, (nella programmazione, nei processi diagnostici, di cura e di assistenza, nella valutazione e nella ricerca) si rende necessario procedere attraverso diverse azioni per dare sistematicità alle molteplici progettualità che ne possono scaturire.

In primo luogo si individua l'attivazione di un dispositivo organizzativo/operativo quale un coordinamento "Medicina di genere ed equità", nella direzione generale Cura alla Persona, Salute e Welfare per analizzare le azioni trasversali implementate nella prospettiva di genere e promuovere iniziative di confronto finalizzate alla loro armonizzazione e verifica. Questo consentirebbe anche di rispondere in modo puntuale a quanto richiamato nella normativa regionale n.6/2014 e di contribuire all'aggiornamento periodico del Bilancio di Genere. Il coordinamento inoltre fungerà da supporto all'introduzione, nel momento di elaborazione del Piano delle attività, di strumenti equity oriented quali ad esempio la scheda di valutazione Equia, per rilevare ex ante l'impatto delle azioni messe nel piano, in particolare sul genere. In questo modo si rafforza anche all'interno del sistema regionale un approccio culturale e una consapevolezza di quanto le scelte che si compiono hanno effetti pratici a volte indesiderati sui destinatari di tali scelte e quindi se rilevati anticipatamente si possono prevedere adeguamenti in una prospettiva attenta alle specificità di genere e non solo.

In secondo luogo l'adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare si definisce come obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del Piano. Per testare la fattibilità e definire modelli e strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, si prevede che in fase di primo avvio almeno in un territorio regionale si sperimenti l'approccio di medicina di genere e se ne verifichino gli esiti, l'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica ecc. Come già

detto la medicina di genere non è una medicina alternativa ma una pratica che si fonda sulla assunzione del rispetto delle differenze di genere per rispondere in modo più appropriato e personalizzato. Quindi il territorio soggetto della sperimentazione dovrà approntare un impianto che investa tutti i livelli dell'organizzazione aziendale e in base ai risultati ottenuti saranno estrapolate indicazioni operative da trasferire ad altri contesti locali.

Beneficiari:

- Cittadini e cittadine dei servizi sanitari e sociali;
- Amministratori e amministratrici;
- Operatori e operatrici che operano in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Ci sono diversi elementi di trasversalità/integrazione che riguardano i servizi presenti nella Direzione Generale Cura alla Persona, alla Salute e al Welfare, nell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e le altre direzioni della Regione Emilia-Romagna, trasversalità anche tra il livello regionale e il sistema dei servizi sanitari e sociali regionale, e attraverso il rafforzamento di una cultura orientata alle differenze di genere si rendono fluidi processi di lavoro improntati all'integrazione delle pratiche professionali.

Indicatori:

1. Attivazione e evidenze delle azioni del coordinamento regionale "Medicina di genere ed equità";
2. Realizzazione della sperimentazione dell'approccio di medicina di genere in un territorio regionale/aziendale;
3. Definizione di linee operative per l'estensione dell'approccio alle altre Aziende sanitarie;
4. Formazione diffusa degli operatori compresi i medici convenzionati.

Scheda 10 - AZIONI DI CONTRASTO DELL'ESCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI POVERTÀ ESTREMA O A RISCHIO DI MARGINALITÀ

Razionale/Motivazione:

La crisi economica iniziata nel 2008 ha provocato l'impoverimento di molte categorie sociali, con la conseguenza che oggi molte persone vivono in condizione di povertà estrema e la condizione di homelessness è diventata sempre più grave.

L'aumento del fenomeno è legato alla congiuntura economica ma risente anche, soprattutto in prospettiva, degli esiti dei massicci flussi migratori non programmati provenienti dal nord Africa. Ciò pone l'obbligo di affrontare il tema uscendo da logiche tipicamente emergenziali e di costruire risposte strutturate e articolate, in quanto rivolte ad un numero crescente di persone, caratterizzate da bisogni complessi in cui si sommano problemi legati alle dipendenze, al disagio mentale, alla salute, di tipo relazionale, socio-economico, ecc.

Descrizione:

Nel mese di novembre 2015 sono state approvate in sede di Conferenza Unificata Stato Regioni le "Linee di indirizzo per il contrasto alla grave marginalità adulta in Italia" che rappresentano un importante strumento di indirizzo e, per la prima volta, disegnano il sistema di servizi e prestazioni in questo settore. Si rimanda a tale documento per i contenuti specifici, ma si sottolinea la necessità di garantire, in stretto raccordo con i soggetti del privato sociale, un sistema di servizi integrato, anche a bassa soglia, che non risponda esclusivamente a logiche contingenti (l'"emergenza freddo") ma che sappia coniugare la risposta ai bisogni primari indifferibili (cibo, riparo, cure mediche) ad un'azione di ascolto, presa in carico e investimento sulle capacità "residue" della persona, come premessa necessaria alla definizione di percorsi accompagnati di uscita dalla dipendenza/marginalità. Per realizzare questo obiettivo una dimensione fondamentale è quella del lavoro di comunità, per far sì che interventi e servizi escano dall'autoreferenzialità e si aprano al territorio e alla cittadinanza, con l'obiettivo di abbattere lo stigma, stimolare lo scambio e attivare nuove risorse e sinergie, a beneficio dell'intera comunità. Nei Comuni capoluogo sono attivi da molti anni progetti e interventi di riduzione del danno rivolti alle persone con dipendenze patologiche e condizioni di marginalità sociale, svolti da Comuni e Aziende sanitarie, in collaborazione con il Terzo Settore, attraverso Unità di Strada o in strutture dedicate a bassa soglia d'accesso. Hanno l'obiettivo di tutelare le condizioni generali di salute delle persone anche in assenza di motivazione ad intraprendere percorsi di cura ed operano con un approccio di comunità finalizzato a preservare e migliorare il contesto relazionale delle persone e dei territori in cui vivono.

Un'attenzione specifica va data all'assistenza sanitaria di base alle persone che, in quanto non residenti, ne sono prive (ad esclusione delle prestazioni di emergenza), di norma garantita dalle associazioni di volontariato. Ciò per garantire a ciascun individuo il diritto alla salute ma anche in ottica di protezione della salute pubblica.

Le Linee di indirizzo propongono, fra l'altro, l'Housing first, come metodo di intervento innovativo in grado di tenere insieme le dimensioni sopracitate: da un lato di interrompere "circuiti" di marginalizzazione e/o di dipendenza dai servizi e dall'altro promuovere benessere di comunità. Quest'approccio, sviluppatosi nel Nord America prevalentemente a favore di persone con problemi di salute mentale, si basa sul riconoscimento del diritto alla casa come punto di partenza per consentire alla persona un recupero della propria autodeterminazione e dignità e la costruzione di un percorso di emancipazione, senza subordinarlo al raggiungimento di obiettivi predeterminati (lavoro, astinenza, ecc..). In ciò si differenzia dal tradizionale approccio "a gradini", che prevede una graduale uscita dalla condizione di 'senza dimora' attraverso l'attivazione di servizi intermedi, che vengono via via attivati in funzione del livello di autonomia raggiunto. Ciò implica un forte lavoro, da parte di equipe multidisciplinari specializzate, di supporto e accompagnamento all'empowerment delle persone e al mantenimento e gestione degli appartamenti, nonché di orientamento e mediazione rispetto al contesto sociale. Questo strumento a sostegno dei percorsi di autonomia delle persone senza dimora ad elevata vulnerabilità, anche socio-sanitaria, per molti aspetti si avvicina ed integra lo strumento del budget di salute.

Azioni da sviluppare:

- sviluppo, nei comuni capoluogo, di un sistema articolato di interventi per il contrasto alla grave marginalità che comprendano interventi a bassa soglia e di pronto intervento sociale, anche attraverso l'utilizzo delle unità di strada, nonché di accoglienza e risposta abitativa incentrati sull'approccio dell'empowerment e del lavoro di comunità, ed in forte connessione con il servizio sociale territoriale. Il "pronto intervento sociale" rappresenta tra l'altro, in assenza della definizione di livelli essenziali, uno dei macro-obiettivi di servizio a cui è vincolato l'utilizzo del Fondo nazionale delle politiche sociali;
- rafforzamento e messa a sistema della rete dei soggetti pubblici e del terzo settore per azioni, interventi e progetti innovativi, volti a qualificare anche i servizi a bassa soglia attraverso la presa in carico delle persone e la personalizzazione degli interventi; promozione di convenzioni tra Ausl e associazioni di volontariato per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di base alle persone prive della residenza; sensibilizzazione e coinvolgimento del contesto e della società civile al fine di favorire l'integrazione e l'inclusione delle persone in condizione di marginalità estrema;
- consolidamento del modello housing first coinvolgendo i vari settori (casa, salute, lavoro, istruzione, giustizia) per fornire risposte ai bisogni complessi delle persone in condizione di marginalità estrema e monitorare le esperienze avviate;
- monitoraggio del fenomeno e della presenza di servizi formali e informali sul territorio;
- qualificazione dei servizi e degli operatori attraverso: formazione e approfondimento su temi trasversali, confronto e scambio buone prassi, sperimentazione di strumenti organizzativi e operativi per l'integrazione degli interventi sociali e sanitari (salute mentale, SerT, pronto soccorso...).

Beneficiari:

Personae in situazione di grave emarginazione, spesso caratterizzate da fragilità "multipla" in cui si sommano problemi di salute, di disagio mentale, di dipendenza da sostanze, di precarietà della propria condizione giuridica, ecc. I dati della ricerca campionaria Istat indicano oltre 4.000 persone senza dimora in Emilia-Romagna, ma il dato, sulla base del confronto con gli enti locali, risulta essere sottostimato.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Analogamente ad altri approcci (ad esempio il budget di salute) il lavoro sociale con le persone senza dimora pone al centro la persona, con i suoi bisogni e risorse, rendendola partecipe e responsabile del percorso progettato insieme ai servizi. Occorre pertanto costruire risposte quanto più individualizzate e articolate in base agli effettivi bisogni. Condizione fondamentale per tale fine è l'integrazione in ambito socio-sanitario, per le forti correlazioni fra salute e deprivazione materiale, e in ambito socio-lavorativo, ai sensi della L.R. 14/2015, al fine di promuovere una reale autonomia e dignità della persona.

Indicatori:

Con riferimento in particolare ai comuni capoluogo:

1. N. persone senza dimora prese in carico;
2. N. persone inserite in esperienze di co-housing e di Housing first/Housing Led;
3. N. posti in accoglienza suddivisi in: H24, notturni, diurni.

Scheda 11 - EQUITÀ IN TUTTE LE POLITICHE: METODOLOGIE E STRUMENTI

Razionale/Motivazione:

La letteratura in questi anni ha prodotto molte evidenze sugli effetti prodotti dai determinanti sociali sulle disuguaglianze di salute. Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario rappresentano uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche. L'ottica con cui tradizionalmente il tema è trattato, mette in relazione le variabili socio-economiche alle condizioni di salute e all'utilizzo dei servizi. Le disuguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale (per una lettura completa si rimanda al Libro Bianco sulle disuguaglianze in salute in Italia, a cura di G. Costa, 2014, e ai testi di Marmot di cui è stata curata una traduzione italiana "La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto", 2016).

Se da un lato quindi vanno intraprese azioni di politica pubblica intersettoriali, e il Piano Regionale Sociale e Sanitario ne è un esempio in quanto agisce per modificare i determinanti sociali (vedi le politiche attive di inclusione al lavoro, di accesso all'abitazione ecc.), dall'altro lato vanno anche considerate azioni di sistema che rendano coerenti le strategie dei servizi e le pratiche organizzative: la questione si sposta da ciò che influisce sullo stato di salute ai meccanismi generatori di iniquità all'interno delle stesse organizzazioni di cura, assistenza sanitaria e sociale.

La scelta teorica ed empirica da assumere nel dare corpo al programma regionale può essere riassunta dalla affermazione di Sennet (2003) che "*Diversi si nasce, disuguali si diventa*", ovvero il fatto che, benché la nostra società tenda a presentare le disuguaglianze come un dato di fatto, esse sono in realtà il risultato di una serie di interazioni rituali localizzate, cioè collettivamente costruite e organizzate nello spazio e nel tempo. Coerentemente l'interesse è rivolto all'agire organizzativo, in particolare alla sua dimensione processuale (Cooper, Law, 1995) e pratica (Gherardi, 2000), interesse che caratterizza un numero sempre maggiore di studi dell'organizzazione (Strati, 2004).

Le domande di cui tenere conto sono: come i processi dell'organizzazione quotidiana dei servizi prendono in considerazione la pluralità delle differenze e come possono produrre una eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute e al benessere sociale o, al contrario, riprodurre le disuguaglianze sociali pre-esistenti o produrne di nuove? La riflessione assume come oggetto il rapporto tra forme di organizzazione ed effetti sociali cioè produzione/riproduzione di forme di relazioni sociali diseguali. Nella stessa logica si muove il documento dell'OMS "Governance for health equity" (2003), che traccia le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità, che peraltro costituiscono l'impianto del presente Piano:

- politiche e programmi intersettoriali;
- assunzione di un approccio "intersectionality" (ovvero intercategoriale, non targettizzante);
- assunzione di pratiche "empowering";
- lavoro di networking;
- promuovere comportamenti pro-attivi.

Ulteriore punto richiamato da Sennett è l'adozione del "rispetto" (costa poco, è relativamente facile attivarlo), un approccio centrato sull'ascolto dell'altro come persona.

Descrizione:

Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale dentro alle organizzazioni del sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere: a) azioni di sistema cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso; b) azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni, gli operatori (*diversity management*), sia verso l'esterno: i fruitori dei servizi (utenti, familiari).

Facendo leva sulla esperienza maturata in questi anni è importante dare un nuovo impulso ai coordinamenti aziendali (es. board sull'equità) in staff alle stesse direzioni aziendali, affinché assicurino coerenza della applicazione pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi: programmazione aziendale, gestione/amministrazione ed erogazione dei servizi in relazione alle differenze da eguagliare o strand dell'equità es. territoriali, culturali, genere, età, disabilità. Tali board avranno a disposizione degli strumenti/metodologie equity oriented, di toolkit sulla predisposizione del Piano delle azioni sull'equità e di supporti formativi metodologici. Si prevede di sviluppare l'adozione di strumenti equity oriented quali l'Health Equity Audit, per garantire una maggiore coerenza tra l'evidenza dei dati sulle iniquità e le azioni messe in campo. Inoltre si dovranno intensificare le azioni di supporto regionale per avviare in alcuni ter-

ritori regionali, come attività prototipiche, strategie di *diversity management* in quanto l'attenzione alle diversità e quindi alle eventuali azioni di contrasto ad iniquità che insorgono dentro alle organizzazioni rimangono senza risposta. È stato ampiamente dimostrato come l'assunzione di strategie di *diversity management* riducono il turnover, incidono sul clima organizzativo ecc.

Azioni da sviluppare:

A livello aziendale:

- individuazione del referente aziendale dell'equità e attivazione del Board aziendale sull'equità
- adozione aziendale del piano delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione.
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-3>
- utilizzo di strumenti e metodologie (equity assessment) per valutare indirizzi, programmazione e interventi, nonché tramite la formazione dei professionisti e dei decisori all'utilizzo di tali strumenti.
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-5/intro>
- sperimentazione di interventi secondo l'approccio *diversity management* nelle organizzazioni del sistema regionale attraverso progetti di ricerca-intervento per valutare l'intervento messo in campo: forme di sostegno per la conciliazione lavoro-vita privata ecc.

A livello regionale:

- implementazione degli strumenti di equity assessment nel programma del Piano della Prevenzione Regionale attraverso coordinamento delle attività aziendali, formazione, supporto tecnico/metodologico;
- piattaforme formative in tema di garanzie di equità, rispetto delle differenze e contrasto alle disuguaglianze, sia nei confronti degli utenti che degli operatori (L.R. n.6/2014).
- adozione di analisi epidemiologiche per valutare l'impatto di politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione attraverso raccolta ed integrazione delle informazioni sulle condizioni rilevanti per la salute e loro descrizione tramite archivi dati non sanitari, analisi prospettiche di fasce vulnerabili della popolazione e valutazioni dell'equità di accesso ai servizi, studi di approfondimento sulle vulnerabilità sociali e le disuguaglianze, nonché sui determinanti sociali nelle disuguaglianze di accesso ai servizi e nel loro utilizzo (monitoraggio epidemiologico delle condizioni socioeconomiche e demografiche che influenzano la salute di individui e comunità).
- implementazione di sistemi di sorveglianza delle disuguaglianze, del benessere e della vulnerabilità in età infantile - sia come strumento di programmazione di interventi a sostegno dell'infanzia e della genitorialità, sia come indicatore di valutazione della programmazione regionale e distrettuale.
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-6/intro>

Beneficiari:

Potenzialmente tutti gli utenti e gli operatori dei servizi del sistema regionale, in quanto portatori di differenze individuali multiple, con attenzione alle fasce di popolazione maggiormente vulnerabili quali ad esempio persone in povertà o a rischio di esclusione sociale (in relazione a condizioni di migrazione, di precarietà lavorativa, di discriminazione legata al genere, disabilità ecc.).

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'adozione di strategie e la messa in campo di azioni/strumenti di gestione dell'equità nel rispetto delle diversità di fatto si basa sulla condivisione di politiche integrate, sul lavoro di rete e sul coinvolgimento dei diversi attori coinvolti (empowerment individuale, organizzativo e comunitario).

Indicatori:

a livello aziendale:

1. presenza dei referenti dell'equità aziendali e del board aziendali (o altre forme di coordinamento) per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità;
2. adozione del piano aziendale delle azioni di equità nel rispetto delle differenze, prioritariamente orientate agli obiettivi strategici del Piano (condizioni di povertà, rischio di esclusione sociale o discriminazione);
3. applicazione di almeno 1 strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio.

a livello regionale:

4. raggiungimento degli indicatori previsti nel Piano regionale della prevenzione in relazione all'utilizzo degli strumenti di equity assessment;
5. evidenza di valutazione impatto politiche e programmai sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione tramite analisi epidemiologiche;
6. rilevazione dell'indicatore EDI (Early development instrument) su campione regionale e su campione distrettuale (almeno uno per area vasta);
7. creazione di una piattaforma formativa.

Scheda 12 - SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE DELLE PERSONE STRANIERE NEO-ARRIVATE

Razionale/Motivazione:

L'arrivo e la permanenza in Italia e in Emilia-Romagna di persone provenienti da Paesi Terzi rappresentano un fenomeno strutturale ed in aumento, che necessita di adeguate risposte in una ottica preventiva e promozionale. Nel corso degli ultimi anni le caratteristiche dei flussi in ingresso sono significativamente cambiate: si registra un forte incremento di flussi "non programmati" di migranti richiedenti protezione internazionale (all'interno dei quali si registra una significativa quota di specifici target particolarmente vulnerabili come donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.) un ridimensionamento degli ingressi per lavoro ed una sostanziale stabilità di quelli per ricongiungimento familiare. In merito ai primi si è di recente sviluppato, accanto all'accoglienza nell'ambito dello SPRAR la cui gestione è in capo agli Enti locali, un sistema di prima accoglienza "straordinaria" (CAS) di esclusiva competenza governativa che si sta gradualmente insediando in tutti i Comuni della regione.

In risposta a tale nuovo scenario, il sistema dei servizi regionali e locali è sollecitato alla definizione di risposte tempestive e competenti in termini interculturali, finalizzate a: supportare in termini specialistici la prima accoglienza di natura statale (HUB, CAS, SPRAR), sostenere l'inclusione sociale dei nuovi cittadini, anche in riferimento a quelli in uscita dall'accoglienza, evitare fenomeni di isolamento e/o esclusione sociale, promuovere una società più coesa e solidale. Più in generale occorre rinnovare nel territorio un impianto di interventi e servizi di accoglienza ed integrazione, in grado di supportare ed accogliere tutti i cittadini con vari gradi di vulnerabilità, nell'ambito del sistema di *welfare* universalistico.

La definizione delle priorità di azione in ambito distrettuale dovrà trovare occasione di complementarità rispetto agli interventi previsti dal Fondo FAMI 2014-2020 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri già in corso o che si realizzeranno nei prossimi anni nel territorio regionale.

Descrizione:

Sostenere i percorsi di inclusione sociale della popolazione straniera, in particolare verso le persone neo arrivate (per ricongiungimento familiare, richiesta di protezione internazionale, lavoro) e/o specifici target particolarmente vulnerabili (donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.), al fine di rispondere a particolari bisogni (lingua italiana, mediazione, orientamento al territorio e alla normativa).

In relazione ai flussi non programmati di richiedenti protezione internazionale, occorre consolidare una filiera istituzionale dell'accoglienza e dell'inclusione, promuovendo la definizione di un modello di accoglienza integrato a livello territoriale tra interventi statali, regionali e locali, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Accoglienza e del Piano Nazionale Integrazione così come previsti dal Dlgs 142/2015.

Azioni da sviluppare:

a) Sostegno all'inclusione linguistica, culturale, sociale e sanitaria:

- sostenere la realizzazione di un Piano Regionale per l'insegnamento della lingua italiana e l'educazione civica, attraverso il potenziamento delle reti istituzionali, sia a livello regionale che territoriale, rappresentate dagli Uffici scolastici, dai CPIA, dalle Prefetture, dagli Enti Locali e dalla stessa Regione, per rispondere con maggiore efficacia agli adempimenti normativi inerenti l'acquisizione e formalizzazione delle competenze linguistiche e dei percorsi di educazione civica e valorizzare altresì i momenti formativi come occasione di sensibilizzazione e prevenzione in ambito sociale e di educazione alla salute;
- valorizzare, in un'ottica di complementarità alla offerta formativa istituzionale, l'offerta formativa in italiano L2 erogata dal "sistema informale" del Terzo settore, maggiormente orientata alla socializzazione ed alla conoscenza del territorio, definendone standard minimi di qualità, supportando la formazione dei docenti volontari ed attivando forme di collaborazione e raccordo con il sistema dei CPIA, ai fini di facilitare il riconoscimento formale di tale attività;
- consolidare, nell'ambito delle funzioni di programmazione locale dei servizi territoriali, il supporto di interventi qualificati di orientamento informativo e legale, di facilitazione all'accesso ai servizi socio-sanitari, di mediazione linguistico-interculturale, e di mediazione sociale e dei conflitti, nonché una funzione di consulenza specialistica sulle tematiche interculturali e sulla progettazione di interventi territoriali di comunità.

b) Promozione di un sistema locale di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale, minori stranieri non accompagnati e vittime di tratta, in connessione e coerenza con interventi governativi:

- sostenere la connessione e l'integrazione tra i diversi sistemi di accoglienza rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale, ai minori non accompagnati, ed alle vittime di tratta, avendo come riferimento il modello di accoglienza definito dal Dlgs. 142/2015 e riconoscendo l'opportunità di promuovere la partecipazione ai Bandi SPRAR da parte degli Enti Locali, anche in forma associata, al fine dell'allargamento della disponibilità di posti SPRAR;
- consolidare un modello di governo regionale e locale dei sistemi di accoglienza che, anche attraverso la definizione di linee di intervento/protocolli tematici di ambito regionale e/o locale, consenta una miglior gestione del fenomeno e dei suoi impatti sul sistema dei servizi territoriali, attraverso la definizione di interventi specialistici rispetto a vulnerabilità di natura psico-sanitaria e l'attivazione di percorsi individuali di inclusione socio-lavorativa e/o di continuità assistenziale per i soggetti vulnerabili, in particolare per le persone in uscita dalle strutture di accoglienza;
- potenziare e sviluppare il progetto regionale Oltre la Strada, sia sul versante degli interventi di riduzione del danno rivolti alle persone che si prostituiscono attraverso percorsi strutturati con i Consulenti familiari, sia nell'ambito dell'individuazione, emersione e protezione delle vittime, con riferimento alla tratta a scopo di sfruttamento sessuale e a quella indirizzata ad altri ambiti (grave sfruttamento lavorativo, coinvolgimento in attività illegali, accattonaggio forzato), anche rafforzando il raccordo e la collaborazione con le competenti autorità dello Stato (Direzione Distrettuale Antimafia, Direzione regionale del lavoro, Commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale) e con gli enti locali, nonché con il sistema di accoglienza attivato per la gestione dei flussi non programmati.

Beneficiari:

Personae appartenenti a Paesi Terzi neo arrivate in Italia, o specifici target particolarmente vulnerabili (donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.).

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'inclusione sociale delle persone straniere, ed in particolare di coloro da poco arrivati in Italia, è un processo multidimensionale e trasversale, che riguarda lo straniero e la società di accoglienza nelle sue varie articolazioni (istituzioni, organizzazioni, persone). Il momento del primo contatto con il sistema dei servizi territoriali, così come con la comunità di arrivo, è fondamentale per impostare una corretta relazione tra neo-arrivati e società che accoglie. In questo senso imparare il prima possibile la lingua del paese di destinazione è essenziale per rimanere nel nostro paese in condizioni di regolarità, per attivare un processo di integrazione sociale, lavorativa, culturale, politica e per rafforzare le chance di successo del migrante nell'ambito delle singole politiche di settore. Mediazione linguistica e interculturale, ed orientamento specialistico ai servizi, rappresentano altresì un supporto necessario e trasversale a tutto il sistema dei servizi territoriali, così come al lavoro di comunità, in quanto il cittadino straniero va accompagnato alla comprensione del nuovo contesto ma, analogamente, il contesto deve essere supportato nell'incontro e nella comprensione della diversità culturale. La gestione dei flussi non programmati di richiedenti asilo, minori non accompagnati e vittime di tratta è oggi in capo a diversi soggetti istituzionali, sì che l'accoglienza si fonda su sistemi paralleli che devono essere ricondotti a sistematicità e maggiormente interconnessi con il territorio: ciò è possibile solo a patto di intensificare la collaborazione inter-istituzionale e, al contempo, coinvolgere opportunamente le comunità locali (società civile organizzata e singole individualità).

Analogamente l'interconnessione fra istituzioni e fra queste e la comunità è necessaria anche allo sviluppo di azioni di contrasto alla tratta e al grave sfruttamento di esseri umani, così come alle attività di supporto ai soggetti più vulnerabili: solo la sinergia fra i diversi soggetti coinvolti può infatti consentire di mettere in campo risorse originali ed inedite, e può incrementare e valorizzare il contributo di ciascuno al raggiungimento del medesimo obiettivo.

Indicatori:

1. N. beneficiari corsi lingua italiana realizzati nell'ambito del Piano Regionale per l'insegnamento della lingua italiana;
2. N. soggetti in carico ai programmi di assistenza del progetto regionale Oltre la Strada;
3. N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA;
4. N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale;
5. Predisposizione annuale report sui flussi in ingresso e sulla presenza delle persone straniere in regione.

Scheda 13 - FONDI INTEGRATIVI PER PRESTAZIONI NON COPERTE DAI LEA

Razionale/Motivazione:

Dagli anni 90 è prevista a livello normativo nazionale la possibilità di istituire fondi sanitari integrativi, finalizzati a garantire prestazioni aggiuntive ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), oppure, nel caso di prestazioni ricomprese nei LEA, a coprire la quota posta a carico dell'assistito (Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, art.9).

Nel luglio 2015 in Emilia-Romagna è **stato sottoscritto** il Patto per il Lavoro (recepito con Dgr 1646/2015), tra Regione e diversi interlocutori chiave (Organizzazioni Sindacali, Associazioni datoriali, Istituzioni locali, Università, Terzo settore), in cui si prevede l'istituzione, in forma sperimentale, di un fondo regionale per la sanità integrativa per l'erogazione di prestazioni extra-LEA. Nel settembre 2016 è stato sottoscritto un Accordo tra la Regione e le Organizzazioni Sindacali in cui, tra gli impegni regionali, è inclusa la costituzione di un fondo di sanità integrativo aperto extra-LEA per l'assistenza odontoiatrica alla popolazione giovanile di età 5 -25 anni.

L'assistenza odontoiatrica è storicamente uno dei pochi ambiti dell'assistenza sanitaria in cui prevalgono le prestazioni a totale carico della popolazione rispetto a quelle garantite dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso i LEA. Nei LEA sono, infatti, incluse le prestazioni rivolte a determinati sottogruppi di popolazione: infantile (0-14) o di qualsiasi età in condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale.

Intervenire sulla popolazione giovanile (5 -25 anni) significa orientare l'intervento sulla prevenzione delle patologie dell'età adulta, più che sulla cura, consentendo potenzialmente di ridurre i futuri costi sostenuti dai singoli e dalla famiglia per i trattamenti, costi che possono essere elevati (in particolare per l'ortodonzia).

La realizzazione del fondo regionale integrativo per l'assistenza odontoiatrica alla popolazione di età 5 - 25 anni risponde all'esigenza di perseguire un approccio unitario alla persona. In altri termini, la Regione intende rispondere ai bisogni di tale popolazione attraverso l'erogazione sia di prestazioni incluse nei LEA, finanziate dal fondo sanitario, sia tramite la garanzia di prestazioni extra LEA, finanziate dal fondo integrativo regionale.

Descrizione:

Il fondo regionale è di tipo universalistico, ovvero prevede l'erogazione a tutta la popolazione di età 5-25 anni (830.332 abitanti in Emilia-Romagna) delle prestazioni odontoiatriche non garantite dai LEA. Il fondo prevede, inoltre, la copertura della quota di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino nel caso di prestazioni garantite dai LEA.

Il fondo sarà finanziato attraverso risorse regionali, della contrattazione, e dei singoli cittadini, la cui adesione è volontaria.

Azioni da sviluppare:

Proseguire le attività del tavolo regionale dedicato, a cui partecipano le Organizzazioni Sindacali e le Associazioni Datoriali, per la definizione delle modalità di costituzione, organizzazione e funzionamento del Fondo.

Beneficiari:

Popolazione di età 5 -25 anni.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Obiettivo condiviso nel Patto per il Lavoro tra Regione e diversi interlocutori chiave (Organizzazioni Sindacali, Associazioni datoriali, Istituzioni locali, Università, Terzo settore).

Indicatori:

1. entro l'anno 2017: completamento iter normativo di istituzione del Fondo;
2. entro l'anno 2018: avvio del Fondo.

Scheda 14 - PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ E VALORIZZAZIONE DELLE DIFFERENZE DI GENERE, INTERGENERAZIONALI, INTERCULTURALI, DI ABILITÀ

Razionale/Motivazione:

Il diritto alle pari opportunità è un preliminare fondamentale della democrazia e il tema della discriminazione assume, nell'attuale contesto di grandi trasformazioni sociali e demografiche, un peso sempre più rilevante anche rispetto alle necessità di garantire a tutti i cittadini e alle cittadine i propri e riconosciuti diritti, prevenendo fenomeni di esclusione e discriminazione.

Malgrado i numerosi progressi compiuti, le donne appaiono ancora discriminate in diversi ambiti, come ad esempio nell'accesso al lavoro qualificato, nelle opportunità di fare carriera e di accedere ai livelli più elevati di responsabilità e retribuzione, nella rappresentanza politica, nella ripartizione del lavoro di cura tra uomini e donne. Tale situazione trae alimento dai numerosi stereotipi di genere diffusi in tutti gli strati della popolazione, presenti nella famiglia, nell'educazione, nella cultura, nel mondo del lavoro, nell'organizzazione della società, nei media, su cui è importante intervenire.

L'approvazione della LR 6/2014 "*Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere*" rappresenta una tappa importante verso la piena realizzazione delle pari opportunità ed il contrasto delle discriminazioni nella nostra Regione, culmine di un percorso intrapreso da anni su questi temi.

La principale finalità della L.R. (art. 2 l comma) è rimuovere "*ogni forma di disuguaglianza pregiudizievole, nonché di ogni discriminazione diretta o indiretta nei confronti delle persone, in particolare delle bambine, delle ragazze e delle donne, che di fatto ne limiti la libertà, impedisca il pieno sviluppo della personalità e l'effettiva partecipazione all'organizzazione politica, economica e sociale della Regione*". Con approccio trasversale, la L.R. 6/14 affronta gli ambiti discriminatori della soggettività femminile nella società agendo su vari fronti, dall'occupazione a una corretta rappresentazione della donna sui media, dalla salute e benessere femminile, alla prevenzione e contrasto alla violenza di genere.

Per la Regione Emilia-Romagna la rimozione di qualsiasi forma di discriminazione, la promozione dell'uguaglianza tra uomini e donne e l'integrazione della dimensione di genere in tutte le politiche (*mainstreaming di genere*) costituiscono un importante obiettivo della propria azione: tenere presente la variabile di genere è infatti determinante perché donne e uomini vivono situazioni di vita differenti, hanno diversi bisogni, risorse ed opportunità.

Nel Patto per il lavoro, siglato il 20 luglio 2015 e recepito con DGR n. 1646/2015, si richiama l'importanza di valorizzare e rafforzare il ruolo che le donne svolgono nell'economia e nella società regionale attraverso vari strumenti, tra cui i servizi pubblici per l'impiego e politiche attive per il lavoro, l'incentivazione e la qualificazione dell'occupazione e dell'imprenditoria femminile. Analogamente importante permane l'attenzione al ruolo del welfare e dell'offerta dei servizi alle famiglie, rispetto alla priorità dell'occupazione femminile. L'armonizzazione tra vita e lavoro è uno degli ostacoli principali all'accesso e alla permanenza delle donne nel mercato del lavoro. Gli interventi volti ad ottenere una migliore integrazione tra vita lavorativa e vita familiare sono considerati strategicamente importanti al fine di affrontare una serie di problematiche sociali, quali, ad esempio, i mutamenti nella composizione della forza lavoro, nelle forme di organizzazione del lavoro, nell'individuazione di un nuovo welfare, e negli sviluppi demografici.

Sulla scia degli indirizzi europei, accanto alla parità tra donne e uomini devono essere prese in considerazione le discriminazioni multiple e i pregiudizi, oltre a quelli in base al sesso, il colore, le origini etniche e sociali, la lingua, la religione o altre convinzioni, le opinioni politiche e ogni altro genere di opinioni, l'appartenenza ad una minoranza, la disabilità, l'età, l'orientamento sessuale, l'identità di genere o lo stato economico e sociale.

Dalla differenza di genere alle diversità fra le persone, fra le culture, fra le religioni, fra i popoli: l'intreccio fra universalità dei diritti e riconoscimento delle diversità è uno dei nodi principali con i quali deve misurarsi oggi la cultura dei diritti umani. La caratterizzazione in senso pluriculturale della società può rappresentare un rischio di conflittualità sociale, in quanto i processi di coesione sociale non si realizzano spontaneamente, bensì abbisognano di una strategia e di una cura costante delle dinamiche tra gruppi, comunità ed individui in un dato territorio. La disuguaglianza nell'accesso ai diritti si manifesta oggi non soltanto in termini di ricchezza/povertà o di genere, ma anche lungo la linea di demarcazione della cittadinanza o dell'appartenenza culturale, con il rischio di limitare fortemente le possibilità di una reale inclusione sociale della popolazione straniera.

Il processo di femminilizzazione del fenomeno migratorio chiama in causa rilevanti questioni attinenti alla effettiva parità di genere ed emancipazione femminile ed alla delicata condizione sociale delle donne che migrano da sole per motivi di lavoro.

L'aumento della popolazione giovanile di origine straniera richiama nuovamente il tema dell'accesso ai diritti con particolare riferimento a quelli di cittadinanza, e ne evidenzia altresì un aspetto specifico, relativo al possibile scarto fra diritti formalmente riconosciuti ed opportunità realmente fruibili, specie in riferimento alle opportunità dei coetanei italiani.

Anche le persone con disabilità sono spesso vittime di discriminazioni dirette subendo in vari ambiti trattamenti meno favorevoli in ragione della propria condizione di disabilità. Occorre inoltre non trascurare le cosiddette discriminazioni indirette che si hanno quando una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento apparentemente neutri mettono una persona con disabilità in una posizione di svantaggio rispetto ad altre persone.

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (approvata il 13 dicembre 2006 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009 n. 18) stabilisce che per discriminazione fondata sulla disabilità "si intende qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l'effetto di pregiudiziare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo". La convenzione impegna pertanto gli stati membri, anche a livello locale, "ad adottare tutte le misure adeguate ad eliminare la discriminazione sulla base della disabilità da parte di qualsiasi persona, organizzazione o impresa privata". Tali attività vengono realizzate con il coinvolgimento di Province e Città metropolitana. Infatti, ai sensi dell'art. 1 comma 85 della L. 56/2014, alle Province e Città metropolitane è attribuita la funzione fondamentale relativa a "...controllo dei fenomeni discriminatori in ambito occupazionale e promozione delle pari opportunità sul territorio".

Descrizione:

Poiché la discriminazione ha spesso all'origine pregiudizi e stereotipi, la Regione è da tempo impegnata nella diffusione di una cultura delle differenze e nel contrasto agli stereotipi. Il cambiamento culturale necessario per promuovere le pari opportunità, educare al rispetto e alla valorizzazione delle differenze costituisce infatti un'azione essenziale per il riconoscimento di pari diritti e pari dignità per tutte e tutti, per una società più inclusiva, in cui le differenze siano considerate una risorsa da valorizzare, e prevenire fenomeni di sessismo, violenza, razzismo e omofobia. In questo modo si vuole inoltre contribuire anche all'importante obiettivo di contrastare la violenza contro le donne, che dagli stereotipi sessisti trova alimento. Le azioni regionali sono pertanto orientate a:

- promuovere un'attenzione alla prospettiva di genere in tutte le politiche regionali;
- sviluppare una cultura più rispettosa delle differenze di genere;
- sensibilizzare alle pari opportunità, sviluppare una cultura attenta alle differenze, contrastando gli stereotipi e ogni forma di discriminazione, con particolare attenzione alle giovani generazioni;
- promuovere pari possibilità per tutti, uomini e donne, giovani, stranieri, disabili di accesso alle stesse opportunità formative e lavorative e più in generale di vita;
- aumentare la consapevolezza del crescente contesto pluriculturale della società regionale, investendo nella diversità, nel dialogo culturale e interreligioso, valorizzando le inedite potenzialità delle "seconde generazioni" e promuovendo una rappresentazione pubblica non stereotipata del fenomeno migratorio con politiche in ambito culturale, sportivo e comunicativo;
- promuovere un contesto sociale non discriminatorio potenziando iniziative di prevenzione, educazione e sensibilizzazione sulla parità di trattamento e la lotta al razzismo, in raccordo con le azioni del Centro regionale contro le discriminazioni.

L'educazione alla differenza va promossa fin dall'infanzia, in quanto è nella prima fase della vita che si sviluppano modelli di riferimento, è pertanto importante un'integrazione maggiore con la scuola, anche attraverso la promozione e il sostegno di progetti dedicati a queste tematiche.

Anche per le persone con disabilità è necessario assicurare un'azione specifica di contrasto alle discriminazioni sia dirette che indirette, non solo dando attuazione alle azioni puntuali che il quadro normativo prevede nel caso di discriminazioni accertate, ma anche promuovendo in termini più generali un cambiamento di tipo culturale, in particolare da parte delle nuove generazioni, che è lo strumento più potente per costruire contesti sociali realmente capaci di realizzare l'integrazione.

Azioni da sviluppare:

- promuovere una cultura delle pari opportunità, con il coinvolgimento delle Province e della Città metropolitana, con particolare attenzione alle giovani generazioni, anche attraverso il sostegno a progetti su queste tematiche e ad attività educative nelle scuole per l'educazione al rispetto delle differenze e al contrasto agli stereotipi e alla violenza di genere;
- integrare la dimensione di genere in tutte le politiche regionali (anche attraverso l'attività dell'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali, che contribuisce alla realizzazione del Piano integrato sulle pari opportunità di genere e del Bilancio di genere della Regione Emilia-Romagna);
- attivare il tavolo permanente per le politiche di genere in attuazione della L.R. 6/2014, quale sede di condivisione, riflessione e confronto sulle tematiche che impattano sulla dimensione di genere a livello regionale, prevedendo anche il confronto delle azioni positive territoriali;
- promuovere iniziative per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e una cultura della condivisione tra uomini e donne delle responsabilità di cura di bambini, anziani e disabili, sostenendo misure e servizi conciliativi anche in raccordo con le aziende e le organizzazioni sindacali del territorio;
- raccordare le politiche del lavoro e della formazione per sviluppare percorsi di accesso a tutte le professioni, per incentivare e qualificare l'occupazione femminile di tutte le età, e contrastare la segregazione occupazionale di genere e i differenziali retributivi;
- sostenere la diffusione di un linguaggio più rispettoso delle differenze di genere (diffusione delle Linee guida in ottica di genere della Regione Emilia-Romagna);
- riconoscere e sostenere l'attività del caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato socio sanitario regionale (LR 2/2014);
- sostenere il centro regionale contro le discriminazioni;
- promuovere interventi di promozione interculturale, sul versante comunicativo attraverso la valorizzazione dei media interculturali in coerenza alle finalità del Protocollo d'Intesa regionale sottoscritto il 17 febbraio 2014, mentre sul versante sociale valorizzando l'attività dei Centri interculturali, dell'associazionismo migrante ed il protagonismo dei giovani di origine straniera, e dei neo-cittadini italiani;
- sostenere le iniziative, anche in raccordo con le istituzioni scolastiche, per l'insegnamento della lingua madre ai minori stranieri quale occasione per facilitare un raccordo trans-generazionale tra il paese di riferimento dei genitori e le nuove generazioni ed anche come esperienza che può migliorare il contestuale apprendimento della lingua italiana;
- avviare un percorso di ridefinizione e rafforzamento delle reti regionale territoriale contro le discriminazioni, rafforzando le competenze dei Nodi, degli Sportelli e delle Antenne, promuovendo la sensibilizzazione, prevenzione e informazione rivolta ai cittadini di paesi terzi, potenziali vittime di discriminazione; in tal senso appare opportuno favorire la diffusione sul territorio di interventi in una logica di prevenzione, mediazione e risoluzione efficace dei conflitti sociali e promuovere iniziative di prevenzione delle discriminazioni istituzionali;
- favorire l'inclusione e la partecipazione sociale delle persone con disabilità in tutte le fasi della vita, sostenendo e promuovendo consulte locali e territoriali delle associazioni, e promuovere azioni specifiche di contrasto delle discriminazioni dirette ed indirette nei confronti delle persone con disabilità.

Beneficiari:

Tutti i cittadini e cittadine della regione, con particolare attenzione alla popolazione straniera e alle persone con disabilità.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Il carattere di questo intervento è necessariamente trasversale e integrato con diversi settori delle politiche regionali e locali, in particolare con l'area della scuola, della formazione professionale, dell'Università, del lavoro, educativa, delle attività produttive. Per quanto riguarda le pari opportunità di genere e per lo sviluppo del mainstreaming, a livello regionale molto importante è il ruolo dell'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali (art. 39 LR 6/2014).

Indicatori:

1. predisposizione annuale del Bilancio di genere regionale e diffusione dell'utilizzo di tale strumento presso altri enti locali;
2. attività del Tavolo permanente per le politiche di genere;
3. progetti finanziati con bando regionale a sostegno della diffusione della cultura delle pari opportunità;
4. numero Centri Interculturali attivi;
5. attività del Centro regionale contro le discriminazioni e dei nodi regionali antidiscriminazione.

Scheda 15 - POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI FAMILIARI DI ACCUDIMENTO E NEI SERVIZI

Razionale/Motivazione:

Molte evidenze scientifiche hanno dimostrato l'importanza dei primi anni di vita nello sviluppo precoce del bambino, in particolare si è appurato che lo sviluppo neurologico e quindi psicologico del bambino non è automatico ma avviene in risposta a stimoli sociali e interpersonali. Questi stimoli influenzano entità, direzione e stabilità delle connessioni sinaptiche e quindi lo sviluppo delle reti neuronali che sono alla base delle diverse competenze del bambino, delle interazioni tra queste e le sue capacità di apprendere. Così come le ricerche in campo internazionale, e le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dimostrano come l'attivazione di interventi domiciliari, per mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita producano risultati volti a contribuire a ridurre le disuguaglianze, a sostenere la genitorialità ed a prevenire condizioni di trascuratezza/negligenza dei bambini.

Le famiglie e le relazioni che in esse si instaurano, sono l'elemento determinante nella crescita dei bambini soprattutto nei primi anni di vita ed è proprio in rapporto a quello che le famiglie sono o non sono in grado di dare che si strutturano in fasi molto precoci disuguaglianze di competenze fondamentali. Interventi precoci in epoca prenatale e post natale di sostegno ai genitori hanno dimostrato di riuscire ad influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini e delle bambine con esiti anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni) di riduzione delle disuguaglianze.

Descrizione:

In linea con quanto previsto dalla Commissione Europea nel 2013 combattere lo svantaggio socioculturale nei primi anni di vita è una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale. Ciò è possibile attraverso strategie integrate di sostegno ai neogenitori, nell'accesso al mercato del lavoro, di sostegno al reddito e nell'accesso ai servizi essenziali per la salute e lo sviluppo dei bambini, quali nidi e scuole per l'infanzia, servizi sociali e sanitari, abitazione e ambiente.

Approcci che si basano su modalità di counseling (ascolto partecipativo, osservazione, sostegno, ecc) e di prossimità (servizi per la prima infanzia, interventi domiciliari, home visiting, ecc) sono orientati ad identificare i fattori di rischio ed a supportare la famiglia nell'identificazione delle risorse proprie, della rete familiare allargata e nel contesto sociale e delle modalità per far fronte alle difficoltà. Nello specifico ad esempio l'attivazione di interventi di home visiting o di programmi di intervento universale di sostegno ai genitori sono mirati a favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri nei bambini, aiutare il genitore ad adattare il proprio comportamento allo sviluppo del bambino e facilitare la loro relazione, rafforzare l'autostima della madre, prevenire episodi di negligenza/trascuratezza e situazioni di maltrattamento fisico-psicologico e di abuso.

Azioni da sviluppare:

- consolidare il sistema dei servizi 0/3 anni potenziando il raccordo con le scuole dell'infanzia, per attuare il sistema formativo 0/6 così come previsto dalla legge 107/2015, in particolare promuovendo la sperimentazione di azioni/progettualità/continuità con la scuola dell'infanzia anche statale, anche con il coinvolgimento del coordinamento pedagogico;
- sperimentare azioni centrate sul primo e secondo di anno di vita dei bambini e delle loro famiglie, che vedano una collaborazione tra servizi educativi (nidi, centri bambini genitori...), centri per le famiglie, servizi sanitari (consultori famigliari, pediatrie di comunità, neuropsichiatrie infantili, pediatria di libera scelta) e servizi sociali;
- porre un'attenzione particolare a raggiungere, informare, coinvolgere le famiglie straniere e le famiglie svantaggiate; individuando precocemente le situazioni di vulnerabilità nei periodi pre-concezionale, prenatale e nel primo anno di vita, anche attraverso l'attivazione di screening, quali quello della violenza domestica e della salute mentale in gravidanza e nel post parto, e di interventi domiciliari;
- sostenere interventi integrati che coinvolgono le diverse opportunità territoriali, sviluppati da differenti settori (es cultura, sport, mobilità, ecc) e proposti a tutta la popolazione, come ad esempio la promozione della lettura nella prima infanzia, della musica e dell'attività fisica;

- potenziare e riqualificare la rete dei consultori famigliari, anche all'interno dell'organizzazione delle case della salute per: informare e orientare i genitori, in tutte le fasi di crescita dei figli, a partire dalla preconcezione fino all'adolescenza, valorizzando le responsabilità educative, in modo da agire preventivamente rispetto all'insorgenza di possibili disagi familiari; promuovere scelte genitoriali consapevoli ed informate nei giovani e facilitare l'accesso alle consulenze preconcezionali;
- garantire l'accesso ad un'assistenza appropriata ed integrata al percorso nascita con particolare attenzione alle azioni di empowerment della coppia genitoriale ed implementare un'assistenza integrata al puerperio e al sostegno dell'allattamento materno;
- attivare azioni di sostegno alla genitorialità, di prevenzione e cura (es. interventi di educativa domiciliare e/o home visiting e/o altri programmi di intervento);
- promuovere nei contesti di accudimento del bambino (interventi a domicilio), fattori protettivi e di resilienza, stimolando anche la capacità dei genitori (e del contesto allargato) di fruire delle risorse offerte dai servizi socio-educativi e sanitari territoriali.

Beneficiari:

Donne e coppie in preconcezione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori. Neomamme e famiglie con figli piccoli anche in condizioni di vulnerabilità sociale. Individuazione di criteri di priorità nell'attivazione dell'intervento in relazione all'età dei bambini, alle condizioni della madre, ed ai fattori di rischio (ad es. basso livello socio-economico; età della madre <20 anni o nucleo monoparentale; basso livello di scolarizzazione; mancanza di supporto familiare, stato depressivo materno o depressione post-partum, ecc.).

Elementi di trasversalità/integrazione:

- la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) i coordinamenti pedagogici, le biblioteche del territorio;
- monitorare situazioni di rischio attivando eventuali interventi specialistici e/o di tutela. Servizi coinvolti: Consultori Familiari, Punti nascita, Pediatria di Comunità, Sert, Salute Mentale, Servizi Sociali, Servizi Educativi, Neuropsichiatria Infantile, Terzo settore (es. casa/comunità per gestanti e per madri con bambino, ecc.), Associazionismo.

Indicatori:

1. sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS;
2. N. utenti per visite/consulenze in puerperio /totale donne che hanno partorito nell'anno;
3. tassi allattamento materno a 3 e 6 mesi;
4. N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse).

Scheda 16 - SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (FAMIGLIE E CONTESTO ALLARGATO\COMUNITÀ)***Razionale/Motivazione:***

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della povertà dei minori e delle loro famiglie, si tratta di povertà economica, ma anche educativa e relazionale. Così come l'impoverimento complessivo del contesto sociale porta un aumento della vulnerabilità dei singoli, delle famiglie e della società tutta. Tra le principali difficoltà nell'esercizio della genitorialità vi sono le fasi di transizione legate all'eventuale insorgere di crisi della coppia, separazione/divorzio, perdita del lavoro, problematiche legate all'adolescenza dei figli, difficoltà economica, il carico assistenziale del nucleo familiare nelle situazioni di disabilità o patologie dei figli, ecc. L'essere stranieri, condizione spesso con scarse reti di supporto sociali e familiari, fa emergere situazioni di rischio di isolamento sociale e di deprivazione sia del nucleo familiare che dei figli anche se nati in Italia. Vi sono inoltre alcune forme di genitorialità che richiedono un'attenzione specifica, come l'essere famiglia affidataria e adottiva.

Descrizione:

I servizi pubblici sanitari, educativi, sociali e i Centri per le famiglie, registrano un aumento dell'instabilità e della conflittualità familiare ed un contemporaneo processo di riduzione delle relazioni sociali. Questa crescente sfiducia e conflittualità si estende nei confronti anche delle istituzioni/servizi pubblici che sono investiti di aspettative, deleghe e richieste a cui sovente si riesce a dare risposte solo parziali.

Occorre pertanto ri-orientare il sistema dei servizi, per consentire una reale progettazione ed innovazione degli stessi, sulla base dell'analisi del bisogno e delle risorse personali, familiari e comunitarie. L'attenzione deve essere mantenuta alla qualità dell'educazione nella prima infanzia, alla promozione del benessere e di stili di vita sani e consapevoli, quali fattori che agiscono preventivamente nelle situazioni di vulnerabilità sociale.

Oggi le famiglie richiedono e propongono l'attivazione di modalità di intervento flessibili, la sperimentazione di nuove forme di partecipazione e di responsabilità sociale, l'attivazione di azioni di prossimità nei contesti di vita delle persone in grado di dar valore e forza alle relazioni e significato alle forme di solidarietà comunitarie.

Il tema della vulnerabilità familiare richiama inoltre il fenomeno della negligenza e trascuratezza più o meno grave che può generare una carenza significativa o assenza di risposte adeguate allo sviluppo di un bambino. È riconosciuto scientificamente che all'origine della negligenza vi è una disfunzionalità nelle relazioni tra genitori e figli (o tra chi svolge le funzioni genitoriali) e scarse o problematiche relazioni tra le famiglie ed il mondo relazionale esterno. Occorre pertanto agire su entrambi i fronti per poter ottenere risultati tangibili di cambiamento.

Azioni da sviluppare:

- programmare/progettare/gestire in modo integrato tra sociale, sanitario, educativo sviluppando forme di raccordo e di rete tra i servizi pubblici ed il territorio per approfondire e trovare soluzioni condivise di sostegno alla genitorialità con particolare attenzione alle situazioni di figli con disabilità;
- prevedere forme di integrazione al reddito, agevolazione tariffaria, esoneri, per i nuclei familiari che presentano difficoltà, anche a causa della crisi economica. incentivare la partecipazione delle famiglie svantaggiate alle opportunità educative e culturali del territorio, in particolare a quelle rivolte a bambini e ragazzi;
- innovare gli strumenti dei professionisti rivolti al sostegno delle competenze genitoriali sviluppando programmi che nel far leva sulle abilità dei genitori, sulle loro motivazioni e risorse presenti nel contesto di vita, propongano azioni di forte partecipazione e condivisione della famiglia nelle scelte ed interventi attivati. Metodologie già in corso di sperimentazione ed adottate dal programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione dei minori P.I.P.P.I. , il modello dialogico, l'approccio delle family group conference, ecc.);
- approfondire il tema della conflittualità familiare, quale fenomeno all'attenzione dei servizi in modo trasversale, attraverso la metodologia del Community Lab, anche quale strumento a supporto della formazione;
- promuovere l'integrazione e/o l'unitarietà dei punti di accesso e degli interventi favorendo la vicinanza territoriale alle famiglie;

- sostenere e qualificare i Centri per le Famiglie, quali servizi dedicati all'informazione, orientamento, consulenza, sostegno alle competenze genitoriali, allo sviluppo delle risorse familiari e comunitarie, al fine dell'attuazione delle linee di indirizzo regionali (DGR 391/2015), anche attraverso il coordinamento regionale, i contributi per il funzionamento, il monitoraggio annuale e la formazione agli operatori;
- accompagnare le famiglie straniere in una dimensione culturale nuova, offrendo loro supporto alla funzione genitoriale esercitata in un contesto diverso da quello di provenienza. Condizioni che possono accentuare le difficoltà ad esercitare la funzione genitoriale. Ad esempio: avviare una riflessione sulle donne che diventano madri e sui bambini nati nella migrazione, contesto di vulnerabilità che può indebolire le interazioni precoci madre-figlio e la trasmissione culturale e linguistica;
- sostenere il sistema dei servizi sociali e sanitari alla attivazione di risposte efficaci in occasione di situazioni particolarmente complesse quali quelle inerenti i matrimoni forzati, le pratiche di mutilazioni genitali femminili o la violenza domestica.

Beneficiari:

Famiglie con figli piccoli, figli adolescenti, figli giovani adulti presenti in un determinato territorio.

Elementi di trasversalità/integrazione:

- collaborazione nella programmazione tra servizi educativi 0/3, Consultori Familiari, Case della salute, Servizi scolastici, Punti Nascita, Pediatria di Comunità, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici, Centri per uomini maltrattanti in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.);
- costruzione di percorsi formativi comuni a supporto delle scelte di programmazione individuate.

Indicatori:

1. attività formative regionali per operatori dei Centri per le famiglie a supporto della loro attività e in relazione a problematiche familiari emergenti;
2. evidenza di attività annuali svolte dai centri per le famiglie, con particolare riferimento a quelle dell'area sostegno alle competenze genitoriali (quali attività di consulenza, counselling di coppia e genitoriale, Mediazione familiare, ecc.) e all'area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie (quali gruppi di auto-aiuto, gruppi di famiglie-risorsa e reti di famiglie, ecc.);
3. attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni.

Scheda 17 - PROGETTO ADOLESCENZA: INTERVENTI INTEGRATI PER LA PREVENZIONE, PROMOZIONE DEL BENESSERE, CURA DI PRE-ADOLESCENTI E ADOLESCENTI

Razionale/Motivazione:

L'adolescenza è una fase della vita di grande importanza per le sfide e i cambiamenti che porta con sé. È una fase delicata e di possibile fragilità che ha bisogno di attenzione e accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi. La tutela dei diritti alla partecipazione, all'ascolto, alla conoscenza e ad un ambiente di vita che garantisca e promuova benessere e salute sono i principi ispiratori degli interventi rivolti agli adolescenti. Nel territorio regionale esistono numerose e spesso eccellenti esperienze di promozione del benessere e della salute e di prevenzione del rischio in adolescenza. Tali esperienze sono spesso frammentarie sia per la molteplicità di fattori (e di servizi) che intervengono nella fascia d'età 11-19 anni, che per la difficoltà degli adolescenti ad accedere in modo spontaneo ai servizi e, soprattutto, per la non completa condivisione delle strategie e integrazione degli interventi in ambito sociale e sanitario a livello regionale. È quindi indispensabile ricondurre il più possibile gli interventi ad una logica di sistema e di integrazione interistituzionale e interprofessionale sia a livello regionale che territoriale. La programmazione degli interventi ha come riferimento la conoscenza delle caratteristiche, delle condizioni di vita e dei bisogni degli adolescenti del territorio, definita sulla base di dati, ricerche e ascolto e coinvolgimento diretto degli adolescenti.

Descrizione:

Il "Progetto Adolescenza" (approvato con Dgr. 590/13 "Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza - Linee di indirizzo regionali") si propone di sviluppare in modo più diffuso interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti (con attenzione agli adulti di riferimento ed al passaggio alla maggiore età) e di coordinare, in un percorso integrato dedicato agli adolescenti, le diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti negli ambiti territoriali corrispondenti alle Aziende sanitarie/province ed ai Distretti/Zone sociali. La proposta metodologica è di operare utilizzando le risorse e le competenze già oggi disponibili, che vanno raccolte e coordinate in un "Progetto Adolescenza" con una programmazione che attraversi tutto il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali, scolastici ed educativi, che operi in collaborazione con il Terzo settore e che sia coordinato a livello aziendale/provinciale, con una declinazione distrettuale. Le modalità organizzative del "Progetto Adolescenza" vengono definite nel rispetto delle diverse specificità territoriali e garantiscono continuità tra promozione, prevenzione e cura e appropriatezza degli interventi. Il gruppo di operatori che si coordina nel "Progetto Adolescenza" è multidisciplinare e trasversale a tutti i servizi sociali e sanitari che si occupano di adolescenti.

Sono collegati al "Progetto Adolescenza" tutti gli interventi socio-sanitari destinati alla fascia d'età 11-19 anni in ambito scolastico e comunitario (promozione di stili di vita salutari, prevenzione e cura delle psicopatologie, educazione all'affettività e alla sessualità, promozione della salute sessuale e riproduttiva, tutela dei minori, prevenzione del maltrattamento e abuso, individuazione precoce dei comportamenti a rischio ecc.), compresi i progetti contenuti nel Piano regionale della Prevenzione 2015-2018 di cui alla D.G.R. 771/2015.

Le raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" rappresentano uno sviluppo ed un approfondimento delle prime indicazioni sulle caratteristiche dei percorsi di cura contenute nella DGR 590/2013 e propongono un percorso di cura per l'età 14-25 anni fondato su continuità e integrazione tra promozione del benessere, prevenzione e cura; garanzia di accesso diretto; competenza specifica e integrazione dei professionisti.

Il Progetto Adolescenza" si caratterizza per:

- forte connessione tra i principali attori istituzionali che si occupano di adolescenza: scuola, servizi educativi, servizi sanitari, servizi e opportunità sociali (tempo libero, servizio civile, cultura, sport);
- integrazione e armonizzazione tra politiche di promozione, prevenzione, sostegno e cura;
- contemporaneità di attenzione all'adolescenza, alla comunità e ai legami esistenti e da sviluppare;
- organizzazione di interventi in una logica di prossimità (andare verso), affiancamento partecipato e flessibilità;
- attenzione e sostegno alle competenze genitoriali;
- attenzione e cura alla promozione del benessere scolastico, come fattore di contrasto alla dispersione scolastica e all'insuccesso formativo;
- cura delle relazioni tra generi, tra generazioni, tra culture;
- collaborazione con il terzo settore;

- integrazione gestionale delle risorse umane e materiali, infra e interservizi, individuando configurazioni organizzative e modalità di coordinamento tra le attività dei diversi servizi ed enti;
- integrazione professionale finalizzata al miglioramento del lavoro interprofessionale.

Azioni da sviluppare:

- Coordinamento interistituzionale e interservizi:
 - a livello regionale: coordinamento tra i Servizi regionali con competenze nella fascia d'età 11-19 anni per consentire una lettura e una gestione coordinata delle specificità dell'adolescenza e delle politiche regionali per gli adolescenti;
 - a livello intermedio (CTSS): l'Ufficio di Supporto alla CTSS garantisce il coordinamento tecnico territoriale per l'infanzia e l'adolescenza, coinvolgendo i soggetti che operano in questo ambito, come previsto dall'art. 21 della L.R. 14/2008;
 - a livello locale: governo territoriale integrato e condiviso tra tutti i soggetti e i servizi che si occupano di adolescenza e definizione di una funzione di coordinamento delle offerte territoriali rivolte agli adolescenti in ambito scolastico, familiare e comunitario; dare continuità agli interventi coordinati nel "Progetto adolescenza";
- Monitoraggio dell'attuazione del Progetto adolescenza, con particolare riferimento a: sistema di governo locale del progetto, coinvolgimento del mondo adulto e comunitario, partecipazione attiva degli adolescenti, funzione di ascolto e connessione tra i servizi.
- Accompagnamento della programmazione distrettuale con percorsi di formazione e coprogettazione su obiettivi e priorità condivisi, trasversali alle diverse programmazioni e con strumenti di valutazione comuni. La programmazione deve partire dall'analisi dei bisogni evolutivi degli adolescenti e dalla situazione locale in termini di risorse soggettive e di contesto (servizi e opportunità presenti nel territorio) per definire un quadro comune su cui innestare le azioni da mettere in campo e le priorità.
- Valutazione degli interventi con strumenti comuni e confrontabili a livello regionale e scambi di esperienze tra realtà diverse (benchmark).
- Attivazione di processi partecipativi che comprendano i destinatari degli interventi, in particolare gli adolescenti.
- Organizzazione di punti di accesso distrettuali dedicati agli adolescenti (Spazi giovani consultoriali, Centri adolescenza...), con équipe opportunamente formate.
- Collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'attivazione e la gestione di sportelli d'ascolto, come strumento di promozione del benessere scolastico e intercettazione precoce delle situazioni problematiche, favorendo l'integrazione tra scuola e servizi territoriali e il coordinamento degli sportelli presenti in ogni distretto. Progettazione e attuazione di interventi di promozione di sani stili di vita e di educazione all'affettività e alla sessualità, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con il coinvolgimento attivo degli studenti come peer educator, come previsto dal Piano regionale della Prevenzione.
- Organizzazione di interventi di prossimità (Unità di Strada educative e di riduzione dei rischi, connessione con i Centri di Aggregazione giovanile ecc.) anche con l'utilizzo di forme di comunicazione di prossimità (Informazioni e consulenza via web, coinvolgimento di peer educator ecc.).
- Organizzazione di interventi di sostegno agli adulti di riferimento (genitori, insegnanti ecc) anche in collaborazione con i Centri per le Famiglie e i gruppi di auto-mutuo aiuto presenti sul territorio.
- Attuazione dei progetti del Piano regionale della Prevenzione 2015-2018 rivolti agli adolescenti.

Beneficiari:

Adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori dei servizi socio-sanitari-educativi-scolastici e del Terzo settore, la comunità di riferimento. Adolescenti e giovani adulti (14-25 anni) per i percorsi di cura di salute mentale.

Elementi di trasversalità/integrazione: Il progetto coinvolge tutti i servizi degli ambiti sociale, sanitario, educativo, scolastico e del privato sociale che si occupano di adolescenti.

Indicatori:

1. Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008);
2. Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza";
3. N° interventi di prossimità attivi;
4. N° punti di accesso dedicati agli adolescenti;
5. % di raggiungimento degli obiettivi dei progetti del Piano regionale prevenzione 2015-2018 rivolti agli adolescenti.

Scheda 18 - PROMOZIONE DELLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA IN ETÀ FERTILE E PREVENZIONE DELLA STERILITÀ

Razionale/Motivazione:

L'analisi demografica mostra come la generazione del boom demografico, che ha caratterizzato la nostra regione (e l'Italia in genere) tra metà degli anni '60 e metà degli anni '70, sia oggi arrivata ad avere tra i 40 e i 50 anni di età e come solo in piccola parte le generazioni seguenti, nate in periodo di calo demografico, siano state compensate dall'insediamento nella nostra regione della popolazione straniera. Di conseguenza la maggioranza della popolazione femminile in età fertile è ormai arrivata alle classi di età più avanzate, quelle caratterizzate da tassi di fecondità più bassi, mentre pian piano si stanno "riducendo" le classi di età a più alta fecondità. È soprattutto a questa modifica strutturale della popolazione che si deve il calo delle nascite a cui si assiste negli ultimi anni. Dal 2009 al 2016 i nati (residenti o meno) nelle strutture della regione sono passati da 42.426 a 34.155 (dati fonte CedAP), con un calo del 19,4%. Parallelamente ai nati, cala il tasso di natalità: da 9,8 per mille del 2009 a 7,8 per mille per il 2016 (dato stimato).

Accanto a una riduzione della natalità, aumentano nella popolazione in età fertile i fattori di rischio che minano la futura fertilità: abuso di sostanze, obesità e sovrappeso, diagnosi tardiva di patologie urologiche e ginecologiche dei giovani adulti, MST e HIV.

Descrizione:

Il Piano nazionale della fertilità si prefigge l'obiettivo di informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio, di fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità promuovendo interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell'apparato riproduttivo e di sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente.

In accordo con il Piano sopracitato, la Regione Emilia-Romagna si prefigge l'obiettivo di promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare e potenziando e valorizzando le attività consultoriali. Nell'ambito della rete delle cure primarie, le sedi consultoriali costituiscono infatti un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione, e rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.

Con DGR n. 1698/2015 la Regione ha assegnato un finanziamento di 600.000,00 euro per promuovere e sostenere i progetti a carattere educativo per la tutela della fertilità e della salute sessuale, potenziando le attività consultoriali rivolte a giovani adulti (fascia di età 20-34 anni) e sviluppando interventi formativi, concordati in integrazione con i professionisti dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione generale e agli operatori sanitari delle cure primarie, con l'obiettivo di diffondere la cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità. L'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning) è anche un obiettivo delle linee di programmazione alle Aziende sanitarie per l'anno 2016 (DGR 1003/2016).

Azioni da sviluppare:

- potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali con l'istituzione di Spazi dedicati ad accesso facilitato alla fascia di età 20-34 anni;
- organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità;
- promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile attraverso la promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare;
- garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia.

Beneficiari:

Donne, uomini e coppie di età 20-34 anni.

Elementi di trasversalità/integrazione:

la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia tra i Consultori Familiari e le cure primarie, il Dipartimento di Sanità Pubblica, i Servizi sociali e i centri per le famiglie, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. servizi infettivologici, U.O. di ginecologia, dermatologia, urologia, ecc.).

Indicatori:

1. realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni realtà aziendale;
2. progettazione di una campagna informativa per la cittadinanza sulla tutela della fertilità maschile e femminile;
3. apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto;
4. % di utenti 20-34 anni/utenti totale dei CF.

Scheda 19 - PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Razionale/Motivazione:

L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo negli ultimi anni è stato imponente, ed è stato accompagnato da campagne pubblicitarie particolarmente aggressive. Il risultato è un aumento del fatturato del settore, e in parallelo del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo. Occorre un'azione di carattere culturale per creare la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo. Contrastare questo fenomeno richiede politiche integrate che mirino alla riduzione dell'offerta; questo obiettivo può essere conseguito attraverso modifiche legislative nazionali o per quanto di competenza anche regionali volte a diminuire in modo significativo l'offerta di gioco, fornire maggiore autonomia e controllo agli Enti Locali e garantire maggiori tutele agli utenti al fine di evitare fenomeni di ludopatie. Gli interventi preventivi, di promozione dell'uso responsabile del denaro, il trattamento della dipendenza e il contrasto al sovraindebitamento sono azioni che possono essere intraprese in ambito sociale e sanitario. Al fine di tutelare le giovani generazioni, oggi sempre più esposte al dilagare di questo fenomeno grazie alla diffusione di internet e dei dispositivi mobili, è necessario strutturare percorsi di prevenzione all'interno delle scuole.

Descrizione:

La Regione Emilia-Romagna in accordo con l'Osservatorio Regionale ha redatto il piano triennale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico come richiesto dal Ministero della Salute al fine di ripartire tra le Regioni il Fondo nazionale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico. Il Piano regionale prevede azioni di prevenzione, di cura e riabilitazione. La Regione Emilia-Romagna ha messo a punto tale piano, condividendolo anche con Anci, la strategia adottata è quella della condivisione, della collaborazione tra i Soggetti istituzionali e non istituzionali dei territori dove questo fenomeno sociale è ormai ampiamente diffuso.

Azioni da sviluppare:

Il percorso di modifica della L.R. 5/2013 intrapreso nel 2016 ha trovato il suo completamento con la DGR 831/2017 che detta le modalità attuative rispetto ai divieti di offerta di gioco a meno di 500 metri dai luoghi sensibili. Va inoltre difesa l'autonomia regionale sul tema, arginando le pressioni del Governo volte a diminuire il potere programmatico e di controllo agli Enti Locali. Va sostenuta e condivisa una cultura del gioco responsabile anche promuovendo protocolli per l'autoregolamentazione (come il non utilizzo di spazi pubblicitari per la diffusione del gioco d'azzardo) e figure dedicate al contrasto del rischio di patologia.

Il piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo patologico si articola su obiettivi e finalità di ordine generale così sintetizzabili:

Obiettivo generale 1. Promuovere presso i cittadini, compresi gli esercenti di locali con giochi d'azzardo, la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, tenuto conto anche di indagini epidemiologiche specifiche effettuate su base regionale e provinciale.

Obiettivo generale 2. Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in coerenza e in ampliamento con quanto previsto dal Piano regionale della Prevenzione (PRP), al fine di sostenere le Scuole aderenti al PRP e di ampliarne il numero.

Obiettivo generale 3. Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo, delle associazioni territoriali e degli esercenti di locali non esclusivi con gioco d'azzardo per il riconoscimento dei segni legati alla presenza di gioco d'azzardo patologico nelle famiglie promuovendo una responsabilità sociale diffusa e la conoscenza della rete di trattamento.

Obiettivo generale 4. Promuovere e consolidare una rete competente per il trattamento integrato sanitario e sociale che comprenda interventi ambulatoriali e residenziali, in favore dei giocatori d'azzardo e dei loro familiari, e che veda la collaborazione dei Servizi Sanitari e degli Enti privati accreditati del Sistema di cura delle Dipendenze Patologiche, dei Servizi Sociali degli Enti Locali e delle Associazioni che gestiscono gruppi di auto aiuto.

Azioni di carattere regionale

- Interventi di indirizzo, sostegno e coordinamento alle AUSL e agli EE.LL.;
- Realizzazione di studi epidemiologici su base regionale e provinciale;
- Organizzazione di eventi formativi su base regionale per diversi target;
- Elaborazione di strumenti di monitoraggio e reportistica sui progetti locali;
- Pubblicazione di materiali sul sito collegato all'Osservatorio regionale;
- Interventi di coordinamento verso soggetti del territorio (Centri Antiusura e altri soggetti che si occupano di sovraindebitamento).

Azioni di carattere territoriale

Azioni preventive e di sensibilizzazione, di avvicinamento delle persone con dipendenza da gioco d'azzardo e delle loro famiglie ai servizi sanitari, attraverso:

- o Coordinamenti territoriali tra AUSL, Ente Locale, Enti accreditati del Sistema per le Dipendenze Patologiche e eventuali Associazioni territoriali;
- o Promozione della rete territoriale di assistenza e contrasto attraverso la programmazione distrettuale socio sanitaria, i tavoli dei Piani di Zona o eventuali accordi di programma;
- o Organizzazione di eventi locali, promozione del marchio etico SlotFreER, collaborazione con le Scuole che sperimentano progetti di prevenzione, coinvolgimento dei Centri per le Famiglie, collaborazione con le Associazioni e le parti sociali del territorio, coinvolgimento delle Associazioni di categoria e dei soggetti gestori.

Beneficiari:

Cittadini, studenti ed insegnanti, personale sanitario, sociale, educativo e delle Associazioni, giocatori patologici e loro familiari, esercenti di locali con gioco d'azzardo.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Il Distretto sanitario-Zona sociale è il luogo privilegiato per la programmazione territoriale. Negli ultimi anni sono state avviate numerose attività a livello locale, con il contributo di tavoli cui partecipano tutti i portatori di interessi (Istituzioni ma anche terzo settore, società civile, gruppi di autoaiuto ecc..).

Sulla base di questa positiva esperienza, dopo una consultazione con gli Enti locali avvenuta nella Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali, gli obiettivi e le azioni riferibili agli obiettivi generali 1 e 2 saranno programmati dai Comitati di distretto, attuati dagli attori che i Comitati individueranno e rendicontati per motivi amministrativi dalle Ausl.

L'obiettivo 4, che riguarda il potenziamento delle attività di accoglienza, trattamento, riabilitazione, sarà programmato a livello distrettuale, attuato e rendicontato dalle AUSL con la collaborazione degli Enti accreditati per il trattamento delle dipendenze.

Gli obiettivi specifici (studio epidemiologico), (formazione docenti), (formazione sociosanitaria) (formazione esercenti) saranno programmati dalla Regione, gestiti e rendicontati dalle AUSL.

Indicatori:

1. presenza della programmazione specifica di interventi di contrasto del GAP all'interno dei Piani di zona;
2. incremento del n. utenti che accedono ai servizi di cura;
3. almeno n. 3 corsi di formazione, a cura della Regione, rivolta agli esercenti con offerta di gioco non esclusiva.

Scheda 20 - AZIONI PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO E IN SALUTE E DI TUTELA DELLA FRAGILITÀ NELL'ANZIANO

Razionale/Motivazione:

Il progressivo invecchiamento della popolazione costituisce un trend demografico caratterizzante l'Emilia-Romagna, così come l'Italia e in generale i Paesi occidentali. In Emilia-Romagna nel 2015 l'indice di vecchiaia è pari a 175,5, valore superiore a quello nazionale e di altri Paesi europei.

Allo stesso tempo si assiste al progressivo incremento nell'aspettativa di vita e dell'aspettativa di vita libera da disabilità. Si stima che in Emilia-Romagna gli uomini e le donne di età ≥ 65 anni abbiano circa 10 anni di vita attesa liberi da disabilità (indagine PASSI d'Argento 2012-2013). La popolazione di età ≥ 75 anni (e non ≥ 65 anni) identifica in maniera più appropriata la popolazione anziana a maggiore rischio di fragilità, sanitaria e sociale. In Emilia-Romagna nel 2015 erano presenti 560.835 abitanti di età ≥ 75 anni (12,6% pop. generale) e nel 2035 saranno 625.486 (14,0% pop. generale), secondo le proiezioni del servizio statistico regionale. Alla fine degli anni 90 l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) ha proposto un cambiamento di paradigma rispetto al modo di valutare la popolazione anziana: da un'accezione "passiva", di popolazione bisognosa con un impatto elevato sulla comunità in termini di domanda di servizi sanitari e sociali, ad un'accezione "attiva", di vera e propria risorsa per la comunità. Il nuovo paradigma è stato definito dall'OMS "invecchiamento attivo", inteso come processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita delle persone anziane.

Nel 2012 la Commissione Europea ha avviato un programma di Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo con l'obiettivo di accrescere di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione Europea entro il 2020. Il Partenariato prevede la collaborazione a livello locale tra istituzioni pubbliche e soggetti privati (es. aziende, associazioni) rispetto a diversi ambiti di intervento, tra cui lo sviluppo di modelli di presa in carico della cronicità basati sull'integrazione e multidisciplinarietà e la prevenzione e gestione della fragilità.

Il mantenimento di uno stato di "buona salute" rappresenta un prerequisito essenziale per un invecchiamento attivo. La prevenzione e promozione della salute e di sani stili di vita costituiscono quindi obiettivo rilevante in tutte le fasi e luoghi di vita delle persone, dall'infanzia fino all'età adulta, indispensabile anche al fine di sostenere l'efficacia degli interventi mirati all'invecchiamento attivo.

Descrizione:

Attraverso il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza la Regione Emilia-Romagna sostiene da anni lo sviluppo della rete di servizi socio-sanitari, residenziali e semiresidenziali, e la realizzazione di interventi di natura assistenziale ed economica per il mantenimento al domicilio degli anziani e dei disabili non autosufficienti. Nei prossimi anni si manterrà costante l'impegno regionale per l'ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, prevedendo anche l'identificazione di soluzioni maggiormente flessibili ed innovative orientate al lavoro di comunità, al fine di sostenere reti sociali, sinergie tra servizi e associazioni di volontariato, singoli cittadini e centri di aggregazione territoriale, e nel contempo mantenere la necessaria prossimità ai bisogni della popolazione anziana a rischio di non autosufficienza.

Le azioni, regionali e locali, di promozione dell'invecchiamento attivo e in salute riguardano sia l'ambito dei servizi/interventi che della ricerca.

Rispetto al primo (servizi/interventi) da tempo la Regione sostiene programmi e interventi per la prevenzione e promozione della salute della popolazione anziana, a partire dal Piano Regionale della Prevenzione e dalla Programmazione locale per il benessere sociale e la salute. In questo ambito è stata realizzata un'analisi delle azioni innovative che costituiscono punto di riferimento di buone pratiche (es. gruppi di teatro con anziani, che diventano opportunità anche per i loro familiari e giovani studenti/tirocinanti; gruppi di anziani per la narrazione delle loro storie di vita/o canzoni e, quindi, mantenere viva la memoria).

Tra i setting ideali per la realizzazione di iniziative di promozione della salute, con la partecipazione della comunità, vi sono le Case della Salute, che rappresentano al tempo stesso una opportunità per garantire un accesso ed una risposta ai bisogni della popolazione anziana, integrati, multidisciplinari, e orientati al paradigma della medicina d'iniziativa. Rispetto al secondo ambito (ricerca) dal 2013 la Regione Emilia-Romagna, attraverso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, partecipa al Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo, come *reference site*.

Azioni da sviluppare:

- Proseguire i progetti ed i programmi previsti dal Piano Regionale Prevenzione 2015-2018 riguardanti l'empowerment dei cittadini, l'educazione su stili di vita salutari, l'esercizio fisico, l'alimentazione, e altri.
- Diffondere e implementare nei territori locali i contenuti delle nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute con particolare riferimento alle aree integrate di intervento "prevenzione e promozione della salute" e "prevenzione e presa in carico della cronicità".
- Diffondere le buone pratiche, basate sul lavoro di comunità, finalizzate all'attivazione di gruppi anziani.
- Proseguire le attività di ricerca nell'ambito del partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo.

Beneficiari:

tutta la popolazione anziana

Elementi di trasversalità/integrazione: Il Piano di Azione Regionale (PAR) per la popolazione anziana costituisce l'ambito di coordinamento delle politiche e degli interventi intersettoriali per la popolazione anziana e deve assicurare il monitoraggio dell'attuazione degli interventi e le azioni realizzate in modo da consentire la valutazione sull'efficacia del percorso e la coerenza degli obiettivi.

Indicatori:

1. Realizzazione di iniziative di promozione di stili di vita salutari, con particolare riferimento all'attività fisica (es. gruppi di cammino, corsi di attività fisica adattata).
2. Realizzazione della nuova edizione dell'indagine "Passi d'Argento" sulla popolazione di età ≥ 64 anni.
3. Realizzazione di iniziative di confronto locale sulle buone pratiche.
4. Adeguata offerta di ricoveri temporanei di sollievo (% offerta di ricoveri di sollievo sul totale delle giornate).

Scheda 21 - INNOVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI PER ANZIANI NELL'AMBITO DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Razionale/Motivazione:

Il Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con la legge regionale 27 del 2004 con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi, in grado di garantire nel tempo, la presa in carico delle persone anziane o disabili. (Per quanto riguarda le persone disabili cfr scheda n.6).

Alla legge seguono, per la parte relativa agli anziani, le delibere attuative Dgr 509/07, Dgr 1206/07 e smi che costituiscono il riferimento del Fondo.

Il Fondo regionale si attiva nel 2007 è costituito da una quota di FSR e da una quota proveniente dall'adizionale regionale e ha natura strutturale; il Fondo regionale è integrato dal FNA.

L'istituzione del Fondo aveva come obiettivi:

- consolidare e qualificare i servizi storici esistenti;
- garantire e sviluppare l'ambito della domiciliarità;
- garantire l'equità di accesso ai cittadini;
- garantire equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi.

Il governo istituzionale del Fondo (la programmazione congiunta Regione\Enti Locali\ AAUUSSSL, la definizione dell'importante ruolo dei Comuni all'interno dei Distretti, la Programmazione Distrettuale finanziata dal riparto distrettuale in base alla popolazione ultrasettantacinquenne) costituisce il processo virtuoso attraverso il quale si consolida l'integrazione socio-sanitaria, nasce e si afferma la programmazione e la gestione associata dei servizi sociosanitari, si arricchisce la gamma degli interventi secondo i fabbisogni territoriali.

Il processo di accreditamento di alcuni servizi determina un sistema di regole e requisiti organizzativi volti a dare trasparenza e omogeneità alla spesa, condizioni di qualità ai servizi, maggiore equità nel sistema di compartecipazione dei cittadini. La qualificazione dei profili professionali del lavoro di cura e le condizioni di accreditamento determinano un ambiente più stabile e più favorevole all'investimento professionale.

Dal 2007 ad oggi il sistema FRNA che possiamo considerare una politica integrata e matura della Regione ha subito le fasi alterne dei finanziamenti statali alle quali la Regione ha supplito con risorse proprie consentendo una sostanziale costanza di risorse che, stante la crisi e le varie spending, possiamo considerare un importante risultato. Ma non v'è dubbio che l'analisi che aveva determinato la nascita del FRNA non solo è tuttora valida, semmai si è decisamente confermata: tutti i dati demografici attuali ci disegnano una regione a forte invecchiamento e con una struttura familiare sempre più piccola e una forte fascia di popolazione anziana che vive sola. All'aumento del fabbisogno si renderà necessario un adeguamento del Fondo.

In questi anni la presenza del Fondo ha consentito di mettere in campo processi che hanno promosso lo sviluppo della rete dei servizi a livello regionale e di migliorare l'equità di accesso e di partecipazione al costo dei servizi per i cittadini, in un quadro di aumento della qualità dei servizi stessi e di espansione di nuove forme di servizio.

Nei prossimi anni è necessario prevedere una ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, anche per raggiungere una maggiore omogeneità nell' erogazione dei servizi in tutto il territorio, anche attraverso proposte innovative che riguardano sia gli attuali servizi che nuove opportunità di tutela.

Il Fondo Regionale ha operato, in questi anni, in anticipazione rispetto ad una legge nazionale, che riteniamo necessaria, per rendere esigibili i diritti sociali attraverso la definizione dei LEPS, in tutto il Paese.

Descrizione:

Dal 2007 ad oggi sono intervenuti molti cambiamenti, ben descritti nello scenario socio-demografico ed economico alla base del nuovo PSSR; l'andamento demografico e l'invecchiamento della popolazione; la struttura della famiglia che si riduce; la fragilità delle famiglie e la povertà che cresce; il crescente disagio abitativo, le nuove cronicità.

Da qui la necessità, per evitare il rischio di non essere in grado di rispondere ai bisogni, di uno sforzo di riprogettazione del sistema di welfare, che, ferma restando l'esigenza di consolidare, estendere, integrare il sistema dei servizi, punti ad una profonda innovazione sociale, per mettere in campo nuove risorse e nuove modalità di presa in carico delle persone.

I principi ai quali ancorare l'innovazione: universalismo, governo del pubblico, valorizzazione del lavoro di cura, migliore integrazione socio-sanitaria, partecipazione attiva e diffusa di cittadini singoli o associati.

Azioni da sviluppare:

- Promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema: una domiciliarità aperta, che diventa il perno della rete dei servizi, nelle forme classiche e nelle forme più innovative, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, la personalizzazione degli interventi e le reti di supporto sono il perno intorno al quale si costruiscono i vincoli organizzativi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio.
- Costruire sulla domiciliarità la Filiera dell'innovazione sociale: il supporto al caregiver, l'assistente familiare inserita nella rete dei servizi, l'abbattimento delle barriere architettoniche e la domotica, i contributi economici per il mantenimento a domicilio, i servizi semiresidenziali e di sollievo a supporto, nuove forme di domiciliarità protetta, rete di case della salute e osco a supporto, garanzia di percorsi di dimissione protetta, programmi di contrasto all'isolamento e costruzione di reti di solidarietà sociale.
- Costruire un sistema di regolazione regionale, simile all'autorizzazione al funzionamento, delle Case Famiglia (white list), con un collegamento specifico alla rete dei servizi e aperte alla partecipazione del territorio.
- Promuovere o sostenere azioni di contrasto alla violenza nelle relazioni di cura, anche con apposite campagne formative/informative.
- Promuovere un'ulteriore qualificazione del lavoro di cura non intesa unicamente come prestazione ma come capacità di organizzare l'ambiente di cura, valorizzare le risorse presenti e personalizzare l'intervento.
- Monitorare le domande di accesso alle strutture residenziali.
- Promuovere un metodo di confronto permanente sull'utilizzo del FRNA: risorse, compartecipazione, strumenti di gestione.

Beneficiari:

Anziani, famiglie.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Integrazione dei servizi sociali, sanitari, abitativi.

Riorganizzazione delle cure intermedie e degli ospedali di comunità nel distretto.

Ruolo centrale del distretto.

Indicatori:

1. N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia;
2. N. ricoveri di sollievo e dimissioni protette;
3. Approvazione di un regolamento regionale per le Case famiglia e linee guida per i regolamenti comunali;
4. monitoraggio della compartecipazione alla spesa dei cittadini ai servizi socio sanitari.

Scheda 22 - MISURE A CONTRASTO DELLA POVERTÀ - SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE ATTIVA E REDDITO DI SOLIDARIETÀ (SIA/REI - RES)

Razionale/Motivazione:

Per fronteggiare il fenomeno di povertà assoluta che nell'anno 2015 si stima abbia raggiunto i 4 milioni e 598 mila di individui (il numero più alto dal 2005), con la legge di stabilità 2016 ed il successivo Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 si è dato avvio a livello nazionale alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva, la misura nazionale di contrasto alla povertà. In attesa che si completi il percorso attuativo della Legge n°33 "*Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali*", approvata lo scorso 15 marzo 2017 che prevede l'introduzione del Reddito di inclusione-REI, il SIA si configura come una "misura ponte" che ne anticipa alcuni elementi essenziali. La Regione Emilia-Romagna ha deciso inoltre di rafforzare le politiche di contrasto alla povertà nel proprio territorio regionale prevedendo l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari con risorse dedicate del bilancio regionale. Nel mese di dicembre 2016 è stata pertanto approvata la legge regionale 24/2016 "*Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito*" che prevede l'istituzione in Emilia-Romagna del Reddito di Solidarietà-RES finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica. Il RES prevede l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari in ottica universalista, infatti possono accedervi tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, che non rientrano nella misura nazionale.

Descrizione:

Il *Sostegno all'inclusione attiva* prevede l'erogazione di un beneficio economico alle famiglie in condizioni disagiate (con ISEE inferiore o uguale ai 3000 euro) nelle quali almeno un componente sia minorenne oppure sia presente un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata. Per godere del beneficio, è previsto che il nucleo familiare del richiedente aderisca ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio (centri per l'impiego, servizi sanitari, scuole...) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità. Dal mese di settembre 2016 i servizi sociali dei comuni hanno iniziato a raccogliere le domande di cittadini in possesso dei requisiti per accedere al SIA e sono attualmente impegnati nella presa in carico integrata. L'approvazione della LR 24/2016 che istituisce il *Reddito di Solidarietà* per la Regione Emilia-Romagna permetterà l'allargamento della platea dei beneficiari rivolgendosi a nuclei, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in regione da almeno 24 mesi, con Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore o uguale a 3000 euro. L'attuazione della misura regionale RES si configura in maniera strettamente integrata con l'attuazione del SIA/REI in quanto prevede le medesime modalità di accesso e di presa in carico integrata.

Azioni da sviluppare:

La Regione Emilia-Romagna, anche in collaborazione con ANCI ER, dovrà supportare e coordinare i Comuni al fine di facilitare l'avvio del Reddito di Solidarietà su tutto il territorio regionale, garantendo il necessario coordinamento con l'attuazione del SIA/REI, da un lato, e dall'altro con l'attuazione della legge regionale 14/15 "*Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari*" che prevede di promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone fragili e vulnerabili e che pertanto rappresenta l'infrastruttura delle misure di politica attiva del lavoro attivabili, se possibile ed opportuno, per promuovere il reinserimento delle persone beneficiarie del RES e del SIA/REI.

L'attuazione congiunta di queste 3 misure (SIA/REI, RES e LR 14/15), dovrebbe consentire di potenziare gli strumenti a disposizione delle istituzioni, degli operatori e delle organizzazioni per integrare le politiche sociali, sanitarie e del lavoro al fine di sostenere e supportare i percorsi di autonomizzazione delle persone e delle famiglie, anche attraverso la sperimentazione di strumenti innovativi. L'obiettivo è migliorare le competenze, potenziare le capacità e favorire l'occupabilità dei soggetti coinvolti; fornire loro gli strumenti per fronteggiare il disagio, rinsaldare i legami sociali e riconquistare gradualmente il benessere e l'autonomia.

A livello territoriale i Comuni e gli ambiti distrettuali, sulla base di una valutazione multidimensionale dei

bisogni e delle potenzialità di ciascuna famiglia, dovranno garantire interventi personalizzati di: presa in carico, orientamento, monitoraggio e attivazione di interventi sociali in rete con altri servizi pubblici e privati del territorio.

Alle possibilità concrete di rafforzare e qualificare l'organico attraverso la partecipazione ai bandi PON, va data continuità con la quota vincolata per i servizi d'inclusione sociale, parte della dotazione del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale (REI).

Beneficiari:

Per il SIA i beneficiari sono i nuclei familiari con presenza di almeno un componente minorenni o di un figlio disabile, ovvero di una donna in stato di gravidanza accertata e con ISEE inferiore o uguale a 3000 euro; per il RES i beneficiari sono tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in regione da almeno 24 mesi con Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore o uguale a 3000 euro; per la Legge Regionale 14/15 i beneficiari individuati sono individui "fragili" così come definiti dallo strumento di valutazione della condizione di fragilità e vulnerabilità denominato "Indice di fragilità" (DGR 191/2016).

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'integrazione tra servizi sociali, del lavoro, sanitari, educativi e con il terzo settore e la comunità nel suo insieme è la cifra distintiva delle misure di contrasto alla povertà definite a livello nazionale e regionale. La valutazione multidimensionale attraverso le equipe multidisciplinari è lo strumento di attuazione delle misure individuate che dovrebbe consentire di affrontare le situazioni di fragilità e vulnerabilità prevedendo la presa in carico integrata, così come previsto dalla LR. 24/2016, dalla LR. 14/15 nonché dalle linee guida di attuazione del SIA/REI.

Indicatori:

1. Realizzazione sistema informativo RES/SIA;
2. Realizzazione percorso formativo regionale di accompagnamento all'attuazione del RES;
3. n° domande presentate e n° domande accolte per il SIA/REI;
4. n° domande presentate e n° domande accolte per il RES;
5. n° assunzioni effettuate con i bandi PON e la quota vincolata del Fondo;
6. numeri di progetti individuali/familiari realizzati.

Scheda 23 - AVVICINAMENTO AL LAVORO PER LE PERSONE FRAGILI E VULNERABILI - LR 14/2015***Razionale/Motivazione:***

La crisi economica e la conseguente mancanza di lavoro protratta per lungo termine non ha fatto altro che aumentare il numero di persone che si rivolgono ai Servizi Sociali ai quali chiedono anche aiuto per cercare lavoro. Si pensi, in particolare, a tutta quella fascia di cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo e non hanno reti parentali di supporto o si vergognano dello stato in cui si trovano e si isolano da tutto. Il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Al mondo sociale e socio sanitario il lavoro interessa anche quando non è solo o totalmente fonte di sostegno economico perché è un utile strumento di inclusione in quanto veicola regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali.

La condivisione di tutti questi principi ha portato all'approvazione da parte dell'assemblea legislativa della L. R. 30 luglio 2015, n. 14: "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari."

Questa legge scommette su alcuni punti:

- un progetto fatto con e per la persona, che la impegna e che mette assieme le risorse e i saperi di più servizi contemporaneamente moltiplica la sua potenza;
- la condizione di fragilità non definisce una nuova categoria di utenti, ma una condizione temporanea che può essere superata;
- il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate.

Gli obiettivi della legge sono sostanzialmente due:

- 1) promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità;
- 2) realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi.

Azioni da sviluppare:

La Giunta regionale ha già approvato numerosi atti per avviare le attività previste dalla legge e quindi dare attuazione alla stessa:

- con delibera n. 191/2016 è stato approvato lo strumento di valutazione della fragilità e vulnerabilità delle persone. Lo strumento deve verificare la sussistenza delle condizioni per l'accesso al percorso, essere quindi centrato sulle funzionalità della persona ed individuare i sostegni necessari a ricostruire le condizioni per rendere possibile l'avvicinamento al lavoro;
- con delibera n. 1230/2016 si è approvata la ridefinizione degli ambiti territoriali di riferimento dei Centri per l'impiego. In sostanza si è fatto coincidere territorialmente l'ambito di attività dei Centri per l'impiego con gli ambiti distrettuali socio sanitari;
- con delibera n. 1229/2016 sono state approvate le linee di programmazione integrata previste dall'articolo 4 della L.R. 14/2015 e il piano integrato territoriale Visto che siamo all'inizio dell'attuazione della L.R. 14 /2015 e c'è bisogno di avviare in parallelo un monitoraggio sull'attuazione degli interventi previsti dalla legge si è stabilito che, in fase sperimentale la programmazione sia regionale che territoriale sia annuale e non triennale;
- con delibera n. 1441 del 12 settembre 2016 la Giunta regionale ha approvato una direttiva per la redazione degli accordi di programma distrettuali e approvato lo schema di accordo tipo;
- con delibera n. 1803 del 9 novembre 2016 sono state approvate tutte le proposte di accordo quadro e i relativi piani integrati territoriali presentate dagli ambiti distrettuali ai sensi dell'art. 4 della Legge regionale 14 /2015;
- con Decreto del Presidente n. 247 del 16 dicembre 2016 vi è stata l'approvazione degli Accordi di programma e dei Piani integrati previsti dall'art. 4 della L.R.14/2015;
- infine con delibera di Giunta Regionale n. 2324 del 21 dicembre 2016 è stato approvato l'invito a presentare operazioni per l'inserimento al lavoro, l'inclusione sociale e l'autonomia, attraverso il lavoro, delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità. Si tratta dell'avvio del procedimento giuridico - amministrativo che serve per finanziare le azioni inserite nel programma personalizzato di politiche attive del lavoro a disposizione dell'equipe territoriali;

- con delibera n.297 del 30/03/2017 sono state approvate le 38 operazioni una per ogni distretto;
- oltre alla redazione di tutti gli atti amministrativi è stato anche predisposto uno strumento informatico per la gestione di tutte le attività previste dalla legge regionale e sono stati realizzati dei corsi di formazione in tutti e 38 Distretti del nostro territorio per formare sia gli operatori dell'accesso che dell'integrazione per l'utilizzo dello strumento (profilo di fragilità, programma personalizzato, catalogo delle prestazioni).

A regime si avrà un modello multilivello sovrapponibile e integrabile a quello dei Piani di zona e quindi le attività da espletare saranno:

- linee di programmazione triennali regionali che definiscono gli obiettivi e le priorità degli interventi, le risorse disponibili, i criteri di riparto, le regole per l'accesso e la decadenza dei benefici, le competenze delle équipe territoriali;
- piano integrato territoriale triennale che individua gli obiettivi locali, le priorità, le misure di intervento e il modello organizzativo. Il Piano, coordinato o integrato con il piano di zona, viene approvato con accordo di programma che impegna le parti a erogare le prestazioni di propria competenza;
- programma annuale di attuazione distrettuale che definisce in modo specifico l'utilizzo delle risorse in funzione delle diverse tipologie di intervento.

A seguito della programmazione avviene da parte dell'équipe multi professionale la presa in carico integrata. Non si crea un nuovo, ulteriore servizio ma si riunisce una équipe multi professionale che, assieme alla persona, effettua l'analisi della situazione e predispose il programma personalizzato.

Il programma personalizzato è finalizzato all'inserimento lavorativo e all'inclusione, si basa sulle risorse, competenze, bisogni e propensioni della persona e sui sostegni che si ritengono necessari per ricostruire le condizioni atte a superare o ridurre in modo significativo le fragilità.

Gli interventi che compongono il programma sono quelli offerti dai soggetti istituzionali e dagli altri soggetti coinvolti secondo i programmi di attuazione annuali supportati da risorse e sostegni di rete. Il programma viene sottoscritto in forma di patto come assunzione degli impegni da parte dei servizi e della persona per la quale è formulato. Ogni programma è affidato ad un responsabile individuato all'interno dell'équipe.

Beneficiari:

I cittadini con le condizioni e i requisiti previsti, che possono accedere indifferentemente da qualunque servizio sociale, sociosanitario o del lavoro.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Considerato l'inevitabile intreccio tra situazione di povertà e distanza dal lavoro il modello integrato disegnato da questa legge e la sua attuazione non potranno essere disgiunti dall'attuazione del Reddito di solidarietà, misura di contrasto alla povertà introdotta in Regione Emilia-Romagna con la LR 24/16 e la misura nazionale di contrasto alla povertà denominata SIA - Sostegno per l'inclusione attiva, introdotta con decreto legge il 26 maggio 2016 modificato dal Decreto ministeriale del 16 marzo 2017 e dall'introduzione del reddito d'inclusione REI approvato con Legge 15 marzo 2017, n. 33.

Importanti per l'attuazione saranno le connessioni con gli attori del Patto per il lavoro, in particolare con le aziende socialmente responsabili che si renderanno disponibili ai percorsi di inserimento lavorativo con particolare attenzione alle cooperative sociali che si occupano di inserimento lavorativo.

Indicatori:

1. N. persone per le quali viene utilizzato lo strumento di valutazione della fragilità e vulnerabilità;
2. N. persone che sottoscrivono il programma personalizzato;
3. N. percorsi di attivazione avviati;
4. N. persone occupate a seguito dei percorsi di inserimento lavorativo;
5. N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi;
6. Monitoraggio dei Piani Integrati Territoriali ai sensi della L.R. 14/2015.

Scheda 24 - LA CASA COME FATTORE DI INCLUSIONE E BENESSERE SOCIALE

Razionale/Motivazione

L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015) e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità, avendo, tra l'altro, funzione di sostegno concreto alla realizzazione di interventi sociali e sanitari fuori da contesti istituzionalizzati.

La crisi economica ha accentuato questa connessione mettendo in evidenza la difficoltà dei servizi a gestire sempre più numerose situazioni di cosiddetta "emergenza abitativa" che richiedono risposte in tempi rapidi e l'attivazione di risorse multiple.

Il tema del disagio abitativo va pertanto affrontato in maniera organica e strutturata al di là di logiche puramente emergenziali, e, per quanto attiene lo specifico delle persone fragili, inserito nel più ampio paradigma della promozione dell'autonomia della persona. L'intervento pubblico, da questo punto di vista, non può che configurarsi come "a termine" e sussidiario rispetto all'iniziativa degli individui.

Descrizione:

L'abitare deve essere inteso come insieme di soluzioni tra loro differenziate e correlate, in funzione del livello di integrazione sociale, lavorativa e reddituale delle famiglie. Si mira a consolidare l'idea della filiera dell'abitare, quale "percorso abitativo" connotato da differenti soluzioni in funzione dei bisogni delle persone: la casa infatti dovrebbe essere un luogo accessibile sia dal punto di vista fisico (assenza di barriere architettoniche in correlazione alla condizione fisica dei componenti del nucleo) che dal punto di vista economico (i contratti di locazione privati; le case pubbliche latamente intese - Edilizia Residenziale Sociale; i mutui prima casa; ecc.). Dovrebbe essere sostenibile in termini di costi di gestione, dovrebbe essere progettata per includere e favorire i rapporti sociali e di vicinato, dovrebbe essere flessibile come possibilità di adattare il luogo dell'abitare alle varie fasi evolutive della vita della persona (famiglia con figli; nuclei unipersonali; famiglia composta da soli anziani, ecc.).

È necessario in primo luogo ridefinire le caratteristiche e gli snodi all'interno della filiera e rimodularla, a partire dal settore strategico dell'Edilizia Residenziale Pubblica. L'obiettivo della riforma in atto dell'ERP è proprio quello di ridefinire il patrimonio pubblico quale servizio abitativo temporaneo per soggetti in difficoltà, assegnandogli un valore riconosciuto con la revisione, basata su parametri oggettivi, del canone d'affitto: in concreto si tratta di favorire il "turn over" delle famiglie assegnatarie in base alle mutate condizioni economiche in modo da garantire equità sociale ed evitare che siano sempre le stesse categorie ad usufruire delle case popolari.

Il sistema della formazione e della gestione delle graduatorie comunali dovrà conseguentemente essere rivisto per diventare uno strumento più adeguato agli effettivi posti disponibili e ai tempi di rotazione degli alloggi.

Le azioni messe in atto per favorire il turn over all'interno degli alloggi ERP, in un contesto di impoverimento delle fasce sociali più deboli e di difficoltà di miglioramento delle condizioni economiche delle famiglie nel breve periodo, prevedibilmente non produrranno un beneficio continuativo in termini di disponibilità di alloggi. Per questo motivo è necessario sollecitare il governo perché si ripensino in modo complessivo le politiche abitative, dopo il Piano Casa del 2014 (Legge 80) che è prevalentemente dedicato ad iniziative di rigenerazione/ristrutturazione/manutenzione degli alloggi esistenti.

Accanto a questo, i cambiamenti socio-demografici che si stanno verificando, e sempre più si verificheranno nell'utenza dell'edilizia residenziale pubblica, implicano un forte impegno da parte di tutti gli attori coinvolti e la messa in cantiere di progetti e iniziative di mediazione, di animazione e integrazione sociale e intergenerazionale, di risocializzazione all'interno dei quartieri e/o dei condomini ERP, con l'obiettivo di evitare l'acuirsi delle conflittualità e i conseguenti effetti di degrado e di abbandono. Sempre in quest'ottica, per diminuire la quota di alloggi ERP non utilizzati, si potrebbero sperimentare iniziative di auto-recupero partecipate dai futuri destinatari degli alloggi che, in questo modo, sarebbero coinvolti in percorsi di responsabilizzazione, con positivi effetti sulla "tenuta" della comunità.

Alle risposte che possono essere fornite dall'Edilizia Residenziale Pubblica vanno affiancati interventi pubblici fortemente integrati con il Servizio Sociale Territoriale per sostenere i nuclei familiari che hanno perso il proprio alloggio a seguito di uno sfratto: in questi casi purtroppo si ricorre frequentemente a risorse emergenziali, spesso inutilmente onerose, che dovrebbero invece essere ricondotte a soluzioni che garantiscano maggiore appropriatezza di intervento (sostegno educativo professionale), omogeneità territoriale e coerenza, anche grazie a percorsi di co-progettazione con il Terzo settore.

Per sostenere la domanda abitativa di quell'area grigia della popolazione che non rientra nei canoni di povertà economica per l'accesso all'ERP, ma che, allo stesso tempo, non è in grado da sola di misurarsi con il libero mercato, occorre incoraggiare e agevolare le iniziative di social housing, promosse da enti locali e da soggetti privati, tramite una normativa semplice e non ostativa, anche tramite eventuali contributi da parte degli enti pubblici. Si realizzerebbe così l'obiettivo del miglioramento della qualità urbana realizzando progetti integrati in cui la rigenerazione dell'edilizia privata e la riqualificazione della città pubblica siano ricompresi in un'iniziativa unitaria e contestuale, in accordo tra l'amministrazione e gli investitori privati. È necessario che nell'ambito dell'ERS e dei criteri di accesso agli alloggi a canone calmierato vengano definite modalità di calcolo dei canoni e criteri di accesso fortemente ancorati ai redditi reali delle famiglie, che spesso rientrano nella categoria dei "lavoratori poveri" e hanno una capacità di spesa estremamente ridotta, anche attraverso una analisi dell'attuale utilizzo del patrimonio rientrante in questa casistica (patrimonio disponibile, alloggi assegnati, alloggi disponibili, liste di attesa, redditi dei nuclei assegnatari).

Un'altra linea di attività è data dallo sviluppo di progetti di cohousing (co-abitazione), un differente modo di abitare e di vivere il condominio, il quartiere e la città, che permette di riscoprire la socialità e la cooperazione tra vicini di casa coniugando spazi privati e spazi comuni. Questo significa abitare unità immobiliari con ampi spazi, coperti e scoperti, destinati all'uso comune tra i coresidenti che li gestiscono in modo collettivo, avendo in cambio benefici dal punto di vista sociale, economico e ambientale, ad esempio una cucina collettiva, sale studio-laboratorio, lavanderia comune, sale di lettura, spazi gioco per i bambini, ecc. fino a dividersi mezzi di trasporto (car-sharing, bike-sharing), orti e giardini.

Il co-housing è una scelta che può favorire, magari per periodi transitori, uno stile di vita comunitario, in particolare per le persone fragili: da un lato, infatti, la condivisione di spazi e risorse agevola la cooperazione ed il mutuo aiuto fra gli individui, dall'altro, la condivisione di beni e servizi consente di accedere ad opportunità non sostenibili per il singolo. Particolarmente innovativo il "Progetto Abitare solidale", gestito in modo sussidiario dal Terzo settore, recentemente avviato nella Città metropolitana di Bologna e in altre realtà regionali che prevede una coabitazione basata sul reciproco aiuto e solidarietà fra chi ospita: cittadini soli con abitazioni sovradimensionate bisognosi di un sostegno per mantenere la propria autosufficienza e per contrastare processi di isolamento e chi viene ospitato perché in momentanea difficoltà economica e sociale a rischio di marginalità per i quali l'accesso ad una casa può costituire una concreta opportunità di riscatto sociale.

Da ultimo si segnala la difficoltà nell'individuare soluzioni che incrocino il mercato delle abitazioni sfitte/non occupate/invendute e la domanda di soluzioni abitative per famiglie a rischio di vulnerabilità. In merito alle strategie di intervento il tentativo dei servizi territoriali di porsi come mediatori con le agenzie immobiliari non ha prodotto sinora risultati particolarmente efficaci in quanto le agenzie richiedono garanzie molto elevate; risulta necessario monitorare gli esiti dei progetti di agenzie per l'affitto realizzate dai Comuni per individuare i modelli più efficaci da implementare.

In un quadro di questo tipo, fondamentale risulta promuovere l'integrazione operativa e professionale fra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti, pubblici e privati, al fine di individuare soluzioni innovative e rispondenti alle caratteristiche specifiche del territorio.

Azioni da sviluppare:

La finalità è proseguire la costruzione della "filiera dell'abitare", disegnando delle politiche in grado di sostenere la platea di chi si trova in condizioni di disagio abitativo, attraverso strumenti adatti ai bisogni differenziati. In relazione al sistema di edilizia residenziale pubblica, la priorità è il completamento e la piena attuazione della riforma in atto, al fine di facilitare il turn-over all'interno degli alloggi e responsabilizzare maggiormente gli inquilini, attraverso la valorizzazione del bene-casa nel calcolo del canone di affitto. In merito alle azioni di social housing, vanno attentamente valutate, e realizzate nel limite delle risorse disponibili, possibili sperimentazioni per promuovere nuove forme dell'abitare, incoraggiando la collaborazione tra pubblico e privato.

Per quanto riguarda emergenza abitativa ed ERS, partendo da una analisi sulle risposte oggi in campo a livello regionale in questi ambiti e sulla loro efficacia, occorre definire o ridefinire modalità di lavoro tra politiche abitative e SST ed il livello di servizio e di strumenti di cui ci si intende dotare per dare risposte ai nuclei famigliari in difficoltà.

In una fase come quella attuale che vede forte tensione abitativa con nuclei in difficoltà e contemporanea presenza di alloggi sfitti in aumento, occorre promuovere lo sviluppo di progetti che intercettino il patrimonio privato sfitto e lo rendano disponibile per rafforzare i vari nodi della "filiera dell'abitare"

(emergenza abitativa, ERP ed ERS), favorendo anche nuove tipologie di accordo tra pubblico e privato (es. affitti a riscatto) permettendo così agli Enti Locali di investire le ingenti risorse che oggi dedicano a questi temi a soluzioni più adeguate.

Di grande importanza è anche l'analisi delle soluzioni abitative disponibili per la cosiddetta "zona grigia" e l'eventuale revisione delle condizioni di accesso.

A seguito della costituzione della Città Metropolitana di Bologna e della revisione delle competenze della Province, un ruolo crescente hanno assunto i Distretti socio-sanitari, il cui ambito territoriale è stato ritenuto in diverse occasioni una dimensione adeguata anche per le politiche abitative. Emerge quindi l'opportunità di una riflessione sulle sedi tecniche e politiche di governo di questa materia.

Beneficiari:

Nuclei in condizioni di estremo disagio abitativo, ovvero senza una abitazione e non in grado di reperirne una a canoni di mercato, ma anche i cosiddetti nuclei della "zona grigia", ovvero famiglie che hanno difficoltà a restare nel mercato, pur non presentando le caratteristiche per accedere al sistema Erp. Per quanto riguarda le azioni relative all'Erp, ne sono beneficiari *in primis* gli inquilini, ma anche potenzialmente i nuclei iscritti nelle graduatorie.

Trasversalità:

Con riferimento al livello di integrazione di una persona o di un nucleo familiare, si evidenzia una specifica e stringente correlazione tra i seguenti tre assi o ambiti, e le corrispondenti politiche di supporto:

1. integrazione sociale;
2. integrazione lavorativa;
3. integrazione abitativa.

Si è visto, ad esempio, in questi anni di crisi economica come la perdita anche solo temporanea del lavoro, e quindi del reddito, abbia innescato dirette ripercussioni sulle possibili soluzioni abitative e sul livello delle relazioni sociali, e viceversa. È fondamentale pertanto che ogni intervento a sostegno dell'autonomia venga progettato, realizzato e monitorato alla luce delle connessioni e sinergie fra i diversi ambiti, tenendo conto del lavoro di approfondimento dei gruppi tecnici del Tavolo regionale di concertazione sulle politiche abitative.

Indicatori:

In merito alla riforma del sistema Erp, rappresentano indicatori degli esiti della riforma:

1. il tasso di turn-over annuale all'interno degli alloggi, ovvero il numero di nuclei familiari che subentrano a vecchi inquilini;
2. il numero di famiglie presenti nelle graduatorie comunali per l'accesso all'Erp;
3. N° alloggi Erp per ambito distrettuale;
4. mappatura e monitoraggio delle esperienze di social housing e co-housing.

Scheda 25 – CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

Razionale/Motivazione:

La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica adottata nel maggio 2011 a Istanbul, ratificata dall'Italia con Legge 27 giugno 2013 n. 77 ed entrata in vigore il 1 agosto 2014, sancisce che la violenza maschile contro le donne è una violazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali, oltre che del diritto alla salute. Nei principi sanciti dalla Convenzione di Istanbul e dalle normative e raccomandazioni delle agenzie internazionali, a partire dalla Conferenza delle donne di Pechino del 1995, si evince che per fronteggiare il fenomeno della violenza maschile è necessario riconoscerne il carattere strutturale e non episodico o emergenziale.

La legge 15 ottobre 2013, n.119 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province”, in coerenza con la normativa europea, prevede all'art. 5 il “Piano di azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere”, adottato con DPCM del 7 luglio 2015 n. 1861.

La Regione Emilia-Romagna, con la legge regionale 27 giugno 2014 n. 6 “Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere”, dedica il titolo V “Indirizzi di prevenzione alla violenza di genere”, alla prevenzione della violenza maschile contro le donne e attua i principi della Convenzione di Istanbul nell'ordinamento e nel contesto del territorio regionale. Infine con Delibera di Assemblea legislativa n. 69/2016 la Regione ha approvato il Piano regionale contro la violenza di genere, che ha l'obiettivo di prevenire e contrastare la violenza contro le donne e di attivare un sistema di protezione efficace.

Nonostante il sistema di prevenzione e protezione attivato, che vede coinvolti numerosi soggetti pubblici e privati in un'ottica di sussidiarietà e collaborazione (Enti locali, AUSL, Centri antiviolenza, Forze dell'Ordine, Servizi di area giuridica, servizi scolastici ecc.) il fenomeno della violenza contro le donne è oggi molto rilevante anche nella nostra regione. La situazione delle donne che subiscono violenza è stata inoltre influenzata dalla crisi economica che ha interessato il nostro paese dal 2008 e che ha reso i percorsi di uscita dalla violenza e della ricerca dell'autonomia più complessi. La crisi ha provocato un generale aggravamento delle condizioni materiali e di vita delle donne: quelle che si rivolgono ai centri sono per lo più donne che appartengono a ceti sociali medio/bassi, e che in numero consistente rilevano l'impossibilità di trovare lavoro e autonomia abitativa. È quindi opportuno sostenere le donne nel percorso di uscita dalla violenza con azioni che tengano conto di questi presupposti e delle difficoltà crescenti.

Descrizione:

Il Piano Regionale individua quali aree di intervento:

- a) la prevenzione di tutte le manifestazioni del fenomeno della violenza maschile contro le donne;
- b) la protezione e il sostegno verso l'autonomia delle donne inserite in percorsi di uscita dalla violenza;
- c) il trattamento per gli uomini autori di violenza;
- d) le azioni di sistema per dare attuazione agli interventi.

La premessa degli obiettivi e delle azioni indicate dal Piano Regionale è che il fenomeno della violenza abbia origini culturali e di natura strutturale e sia il frutto di relazioni storicamente diseguali tra il genere femminile e quello maschile. Pertanto il Piano Regionale si inserisce nel contesto della promozione delle pari opportunità, di cui uno degli assi prioritari è la diffusione di una cultura di genere, del contrasto agli stereotipi e della promozione di ruoli non discriminatori. Riconoscendo la violenza contro le donne quale fenomeno culturale e sociale multidimensionale, il Piano Regionale valorizza le competenze dei soggetti pubblici e privati impegnati sul tema, per rafforzare il sistema di prevenzione primaria e secondaria e di protezione delle donne che la subiscono.

Azioni e obiettivi del Piano Regionale sono circoscritti a prevenire e contrastare la violenza maschile contro le donne, pur riconoscendo che la violenza di genere può dispiegarsi anche a svantaggio di soggetti diversi dalle donne e in svariati ambiti, come ad esempio nelle relazioni di cura e nei contesti educativi e scolastici dove anziani, disabili e minori possono essere oggetto di violenza. Per questi ambiti è necessario prevedere specifiche azioni di prevenzione e contrasto.

Le azioni e gli obiettivi del Piano Regionale sono volti a contrastare, oltre che i fenomeni di violenza che trovano collocazione nei rapporti familiari e/o intimi, che sono i più comuni, anche la violenza contro le donne (es. stalking e mobbing) che può verificarsi negli ambienti di lavoro e nei contesti di prossimità.

Tra le azioni di prevenzione della violenza contro le donne oggetto del Piano Regionale, rientrano altresì quelle finalizzate al contrasto di altri fenomeni connessi, quali la tratta e la riduzione in schiavitù, i matrimoni forzati, e le mutilazioni genitali femminili (MGF).

Il Piano Regionale promuove azioni e progetti che tengano in particolare considerazione il contesto pluriculturale che caratterizza la Regione Emilia-Romagna, declinando gli interventi in modo che risultino inclusivi delle peculiarità e degli aspetti culturali delle nuove cittadine, quali destinatarie di iniziative sia di protezione che di prevenzione.

Le donne che subiscono violenza accedono a servizi specializzati quali i Centri anti violenza del territorio regionale, che sono inseriti, sulla base della L.R. 2/2003, nel sistema integrato dei servizi distrettuali. L'organizzazione della presa in carico è in capo ai Comuni che hanno stipulato con detti centri apposite convenzioni. Anche i servizi sociali e sanitari possono rappresentare punti di accesso della rete cui si rivolgono le donne che subiscono violenza, e la governance e il coordinamento tra loro sono stati delineati dalle linee di indirizzo regionali per l'accoglienza delle vittime di violenza approvate nel 2013 (DGR 1677), confermate nel recente Piano regionale contro la violenza del 2016 (DAL 69/2016), previsto dalla LR 6/14, legge quadro sulle pari opportunità e contro le discriminazioni di genere che dedica il titolo V alla prevenzione della violenza di genere. La stessa legge inoltre, all'art. 27, stabilisce che "La Regione promuove l'autonomia economica delle donne che hanno subito violenza e si impegna a contrastare il fenomeno delle donne con fragilità sociale, economica ed occupazionale".

Con il Piano regionale contro la violenza di genere, approvato con DAL 69/16, per dare attuazione alla legge, si sono esplicitate le azioni di promozione dell'autonomia economica delle donne, prevedendo specifiche azioni nel mercato del lavoro sia in ambito di prevenzione della violenza, che di protezione della donna dopo la violenza.

Nell'attuale assetto dei servizi le maggiori criticità che affrontano le donne riguardano gli strumenti a loro disposizione per riprendersi nell'uscita dalla situazione violenta, ossia con l'ottenimento di indipendenza economica, con particolare riferimento a una situazione lavorativa stabile e sufficiente al proprio mantenimento e a quello dei figli/e, ed all'autonomia abitativa. Questi due aspetti assumono particolare rilevanza per le donne straniere che in mancanza di un lavoro non hanno i requisiti per il mantenimento dei permessi di soggiorno, condizione che può rappresentare un forte deterrente nel percorso di allontanamento dalla situazione di violenza spesso agita dai mariti. Su questo è opportuno utilizzare lo strumento previsto dalla legge 119/2013 che dà la possibilità alla donna straniera vittima di violenza di ottenere un permesso di soggiorno.

Azioni da sviluppare:

- attivazione dell'Osservatorio regionale sulla violenza di genere e attività di monitoraggio rete dei servizi, in attuazione del Piano regionale contro la violenza di genere, per realizzare una maggiore conoscenza del fenomeno sul territorio regionale e programmare le necessarie azioni di contrasto e prevenzione;
- sostegno alla rete regionale dei Centri anti violenza e delle case rifugio, con l'assegnazione delle risorse del "Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità";
- attuazione del Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, di cui all'art. 5 del decreto legge 14 agosto 2013. N. 93, anche attraverso il finanziamento di specifiche linee di azione ivi previste per quanto concerne attivazione di sistemi informativi, formazione operatori dei servizi, azioni a supporto dell'autonomia abitativa e lavorativa delle donne in uscita da percorsi di violenza;
- monitoraggio dell'attuazione delle linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere (DGR 1677/2013);
- attivazione di iniziative di informazione e divulgazione, anche in collaborazione con altre Direzioni, e approfondimenti tematici sull'educazione al rispetto delle differenze e al contrasto alla violenza di genere, con particolare attenzione al tema delle diverse radici culturali;
- sostegno a progetti rivolti alla promozione ed al conseguimento delle pari opportunità e al contrasto delle discriminazioni e della violenza di genere, anche attraverso specifici bandi regionali;
- azioni di protezione e prevenzione, in attuazione del Piano regionale contro la violenza di genere, in particolare azioni di contrasto della fragilità sociale della donna, attraverso formazione e orientamento professionale e sostegno all'inserimento lavorativo, anche secondo le disposizioni della L.R. n. 14/2015, al fine di consolidare azioni di inclusione lavorativa e dell'autonomia economica di donne che subiscono o sono a rischio di subire violenza;

- porre particolare attenzione alla protezione delle donne nella fase successiva alla denuncia;
- prosecuzione e rafforzamento dei programmi d'intervento e trattamento degli uomini autori di violenza e loro monitoraggio (Centri Liberiamoci dalla violenza-LDV).

Beneficiari:

Donne vittime di violenza (maltrattamenti, abusi, tratta, matrimoni forzati, ecc.), uomini autori di violenza.

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'azione rivolta alle donne vittime di violenza necessariamente vede il coinvolgimento di numerose aree di attività oltre a quella dei servizi sociali e sanitari: area scuola, formazione professionale e lavoro, politiche abitative, politiche della sicurezza.

Indicatori:

1. attività e dati Osservatorio regionale sulla violenza di genere;
2. avvio sistema informativo per monitoraggio presidi di accoglienza donne vittime di violenza (Centri antiviolenza e case rifugio);
3. monitoraggio attività e diffusione centri per il trattamento degli uomini maltrattanti (LDV);
4. utilizzo fondi regionali a sostegno della rete regionale dei Centri antiviolenza e delle case rifugio;
5. n. progetti formativi per gli operatori.

Scheda 26 - METODI PER FAVORIRE L'EMPOWERMENT E LA PARTECIPAZIONE DI COMUNITÀ

Razionale/Motivazione:

La partecipazione nelle politiche sanitarie e di welfare si presenta oggi come un'urgente necessità dovuta alla grande trasformazione sociale in cui siamo immersi, con le sue ricadute che chiama i Servizi a ricostruire il con-senso dei cittadini verso la propria azione.

Lo stesso stile partecipativo va ripensato perché le condizioni dello svolgimento dei processi partecipativi si sono profondamente modificate e il rapporto di sfiducia nei confronti delle istituzioni ha accentuato quel fenomeno che viene identificato come "esodo dalla cittadinanza".

- In questo ripensamento si individuano come cruciali alcune indicazioni di fondo:
- andare verso i cittadini (e non soltanto attenderli nei Servizi), specie verso coloro che si vergognano di chiedere, perché non abituati a vivere condizioni di difficoltà economiche, e che, rivolgendosi ai servizi, temono lo stigma di chi non è riuscito a essere all'altezza delle performance richieste dalla nostra società;
- generare nuove risorse in collaborazione con i cittadini, anche quelli portatori di problemi, per far fronte a una situazione in cui aumentano le difficoltà e diminuiscono le disponibilità finanziarie; i servizi devono cercare dei partner, dei collaboratori, non più solo degli utenti;
- far transitare le istanze dei singoli dall'"io" al "noi", favorendo la costruzione di contesti che consentano l'elaborazione collettiva dei disagi individuali, spesso ancora non consapevolmente formulati come richieste o problemi;
- pensare per problemi (ad esempio nuove fragilità familiari) e non più per categorie di utenti (anziani, minori, disabili, ...).

Descrizione:

Diversi sono i processi istituzionali che si caratterizzano per un elevato grado di innovazione strettamente connessa alla capacità degli attori sociali coinvolti di generare processi di empowerment di comunità. Tra questi figurano: esempi di programmazione locale per il benessere sociale e la salute (Piani di Zona), il Piano regionale della Prevenzione che include alcuni progetti di comunità per guadagnare salute, e l'avvio di alcune case della salute. In altri processi l'elemento prevalente è quello di agire il cambiamento all'interno delle istituzioni che si trovano a transitare in configurazioni organizzativo gestionali complesse (vedi ad esempio le Unioni dei Comuni) o riorientare i servizi verso fenomeni inediti quali la conflittualità familiare.

Il Community Lab è uno degli strumenti a disposizione, che è al tempo stesso formazione, ricerca e pratica. Il Community Lab consiste appunto in un'analisi partecipata di contesti locali e di concreti casi di conflitto sociale e/o di sofferenza sociale in cui la risposta al problema è prodotta in modo partecipativo, coinvolgendo i cittadini e non solo i tecnici. In tal senso, il Community Lab è un metodo formativo che prevede la produzione di conoscenza attraverso l'azione con la comunità, proprio a partire dall'analisi delle dimensioni quotidiane e delle forme sperimentali del lavoro sociale e di cura/assistenza. È un metodo per sostenere l'innovazione nella Pubblica amministrazione, applicabile a settori diversi, in cui si rende necessario il cambiamento attraverso processi collettivi di partecipazione.

Nel caso specifico della sperimentazione attuata nel biennio 2013-2015, il Community Lab ha permesso di sviluppare un sistema di attivazione, sostegno e accompagnamento di sperimentazioni per l'innovazione del welfare in modo partecipato.

Il Community Lab ha accompagnato:

- lo sviluppo (a volte il consolidamento)-di alcuni servizi innovativi;
- il ripensamento (a volte radicale) dei sistemi di governance di progettazione zonale;
- la sperimentazione di nuovi modi di collaborazione tra istituzioni e società civile;
- Il Community Lab ha allestito contesti di apprendimento induttivo a partire dai "casi"; ha prodotto la crescita di una cultura e di nuove prassi di programmazione partecipata, connettendo all'interno di questo laboratorio situazioni che sarebbero rimaste non interrelate tra loro.

Il Community Lab ha incontrato vari livelli di evoluzione locale, fornendo contributi a:

- vision;
- allestimento di governance;
- metodologia di intervento comunitario.

Azioni da sviluppare:

In relazione a quanto previsto nel presente Piano si individuano due direzioni principali di applicazione del Community Lab.

La prima si riconduce alla necessità di potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità in relazione ai principali ambiti trasversali presenti nello stesso Piano Sociale e Sanitario (es. forme innovative di azioni di sviluppo dei servizi di prossimità, sostegno alla genitorialità).

La seconda direzione consiste nel utilizzare il metodo community lab per accompagnare le sperimentazioni locali di partecipazione delle comunità nella programmazione locale sia nelle fasi di definizione delle priorità sia nelle fasi di progettazione degli interventi diretti alla promozione della salute.

Infine si prevede di attivare percorsi di formazione per la facilitazione di processi partecipativi e di dialogo per dotare le organizzazioni e istituzioni di competenze trasversali necessarie per rafforzare l'integrazione inter-istituzionale e interprofessionale.

La prospettiva assunta è la comunità come attore sociale, considerando i problemi che attraversano il contesto comunitario come identificato nel PSSR.

Beneficiari:

Cittadini, Operatori, Istituzioni e Rappresentanze Sociali.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Il metodo di per sé è un dispositivo che funziona per creare connessioni ed integrazioni sia in senso orizzontale sia in senso verticale tra soggetti pubblici (aziende sanitarie, enti locali ecc.), il terzo settore, le associazioni e singoli cittadini.

Indicatori:

1. Realizzazione di un Community Lab per l'Implementazione delle Linee guida sulla programmazione locale partecipata e degli strumenti per i Piani di zona.
2. Monitoraggio sulle sperimentazioni attuate e rendicontazione quali-quantitativa delle esperienze realizzate.

Scheda 27 - CAPIRSI FA BENE ALLA SALUTE (HEALTH LITERACY)

Descrizione:

La Health Literacy (HL), nata negli USA negli anni '80, secondo la definizione dell'OMS rappresenta il grado della capacità degli individui (saper leggere, saper scrivere, saper parlare, saper ascoltare, avere minime competenze matematiche, nel contesto in cui si svolgono le attività sanitarie) di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Le competenze alfabetiche e numeriche degli italiani, secondo lo studio PIAAC (Programme for the International Assessment of Adult Competencies, 2011-2013) promosso dall'OCSE, sono insufficienti per accedere alle informazioni e destreggiarsi nella società. Lo studio, che ha analizzato le competenze alfabetiche e numeriche della popolazione adulta (16-65 anni) di 24 paesi tra Europa, America e Asia, colloca l'Italia all'ultimo posto per competenze alfabetiche e al penultimo per competenze numeriche, stimando che il 47% di italiani sia, inconsapevolmente, "analfabeta funzionale". Studi internazionali dimostrano che i pazienti si sentono in imbarazzo a dire che non hanno capito ciò che dice il medico e sono riluttanti a interrompere per fare domande, mentre spesso i professionisti sanitari usano termini scientifici, parlano rapidamente e interrompono il paziente. Possedere una buona "Health Literacy" significa avere le competenze per comprendere ciò che viene proposto e per riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggior controllo sui fattori che incidono sulla salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel Sistema sanitario, adottare comportamenti salutari (es. fare attività fisica e mangiare cibi sani); per contro è probabile che le persone con competenze limitate accedano in misura minore ai servizi di prevenzione, abbiano una minore capacità di comunicare i sintomi della malattia, maggiori difficoltà a comprendere il proprio problema di salute, a leggere e capire le istruzioni delle medicine, la loro funzione e i possibili effetti collaterali.

Azioni da sviluppare:

A livello regionale proseguire e sviluppare ulteriormente l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione e il monitoraggio degli interventi, al fine di consentire a livello locale di: a) investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti (formazione tra pari) riguardo all'HL, in particolare semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto: la formazione coinvolgerà figure sia sanitarie che amministrative e prevederà strumenti di valutazione d'impatto; b) produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari, c) favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza.

Beneficiari:

Cittadini, pazienti e familiari, caregiver, professionisti del SSR.

Gruppi di interesse:

Professionisti sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, personale amministrativo e di front office per la semplificazione della comunicazione scritta e verbale.

Trasversalità:

Trasversalità dell'approccio nella formazione dedicata ad intere unità operative e a gruppi di professionisti multidisciplinari nell'ambito delle attività di integrazione ospedale-territorio, integrazione socio-sanitaria e nello sviluppo e applicazione dei PDTA, con il supporto dei referenti aziendali HL e dei professionisti già impegnati nella formazione tra pari. Condivisione di materiale informativo tra le Aziende in un'ottica di benchmarking.

Indicatori:

1. N. aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente;
2. N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dei dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi;
3. N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari;
4. N. aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari;
5. N. aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno delle strutture sanitarie;
6. Verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione.

Scheda 28 - VALORIZZAZIONE DELLE CONOSCENZE ESPERIENZIALI E DELL'AIUTO TRA PARI

Razionale/Motivazione:

L'automutuoaiuto si basa sulla condivisione di esperienze tra persone che hanno lo stesso problema o la stessa malattia. Si basa sulla convinzione che il gruppo racchiuda in se stesso le potenzialità di favorire un aiuto reciproco tra i propri membri. L'automutuoaiuto permette l'espressione dei bisogni profondi delle persone che affrontano esperienze difficili: il bisogno di essere ascoltati e accolti senza giudizi; quello di vedere la propria esperienza riconosciuto come risorsa e non solo come problema; quello di uscire dall'isolamento, condividendo la propria esperienza con altre persone; quello di riprendere in mano la propria condizione, superando una condizione passiva o prevalentemente assistenziale.

Il concetto di automutuoaiuto presuppone quindi:

- l'assunzione di responsabilità personale sulla propria condizione di disagio, il bisogno di superare l'isolamento;
- che ogni persona sia considerata sì come portatrice di sofferenza, ma anche e soprattutto come risorsa, ognuno come massimo esperto del proprio disagio;
- l'ascolto dell'altro come metodologia fondamentale;
- l'obiettivo di cambiare se stessi più che le strutture esterne.

Promuovere e supportare l'attività dei gruppi di automutuoaiuto significa mettere a disposizione dei cittadini uno strumento potente di autoaffermazione, di lotta allo stigma e all'isolamento, di empowerment di comunità.

A livello regionale sono presenti numerosi programmi di valorizzazione dell'aiuto tra pari. Si identificano alcuni di questi, per il valore del loro obiettivo intrinseco ma anche in quanto esperienze esemplari, potenzialmente trasferibili ad altri settori di attività (Centri incontro demenze, automutuoaiuto, utenti esperti e facilitatori sociali in salute mentale, gruppi di automutuoaiuto nelle dipendenze da alcol e gioco di azzardo). A livello locale si sono comunque sviluppate esperienze e gruppi di automutuoaiuto collegate a numerosi altri ambiti.

a) CENTRI DI INCONTRO DEMENZE

Descrizione:

La demenza è considerata dall'OMS un problema di sanità pubblica e interessa sia la persona con demenza sia il familiare/caregiver che la assiste. Numerose analisi sistematiche della letteratura hanno dimostrato che programmi di supporto multicomponenziali, che includono interventi mirati a fornire informazione, lo scambio tra pari e a garantire supporto pratico, emotivo e sociale, sono più efficaci rispetto alle singole attività dirette alle persone con demenza o ai loro familiari, anche al fine di prevenire la tendenza all'isolamento (sia del malato che del familiare), lo stigma, il disorientamento per la scarsa conoscenza della malattia. Tra gli esempi di interventi multicomponenziali, il programma di "Supporto" dei centri d'incontro ha dimostrato, nelle ricerche svolte, di essere un modello efficace ed efficiente nel migliorare il senso di competenza da parte dei caregiver, ridurre i sintomi, contenere i costi e ritardare l'istituzionalizzazione. Il programma di supporto dei centri di incontro (nell'ambito dell'iniziativa Europea denominata JPND - Joint Programming on Neurodegenerative Disease), è stato adattato alla realtà regionale individuando le caratteristiche ottimali per la sua implementazione nel contesto italiano in generale e in quello della Regione Emilia-Romagna in particolare.

Azioni da sviluppare:

A livello regionale diffusione del documento "Prime Indicazioni per l'implementazione di Centri d'Incontro secondo il modello del Programma di supporto dei Meeting center" e monitoraggio degli interventi. A livello locale: seminari rivolti a tutti i responsabili di enti, organizzazioni e reti del volontariato potenzialmente interessati alla realizzazione e/o collaborazione, secondo le indicazioni contenute nel documento regionale.

Beneficiari:

Persone con demenza e loro familiari/caregiver.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Nonostante il centro d'incontro si configuri come un servizio a bassa soglia, la piena integrazione nell'ambito della rete dei servizi è condizione imprescindibile per il perseguimento degli obiettivi del centro stesso. Il coinvolgimento di tutta la rete impegnata nelle cure delle demenze (incluse le reti del volontariato) è necessaria sia ai fini dell'individuazione del target di popolazione interessata, che per favorire l'integrazione del centro nel sistema delle cure, quale opportunità a bassa soglia e a completamento delle altre iniziative e servizi.

Indicatori:

1. N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1;
2. N. familiari coinvolti/N. persone con demenza coinvolte = 0,5.

b) AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE**Descrizione:**

In Regione sono presenti numerose esperienze di valorizzazione del sapere esperienziale del quale le persone con disturbo mentale sono portatrici. Il riconoscimento di questo sapere modifica la percezione sociale della malattia mentale e riduce lo stigma, ma introduce anche elementi innovativi nei servizi di cura, favorendo il passaggio da un modello di approccio paternalistico a una vera condivisione del percorso di cura. E' importante mappare e conoscere queste esperienze.

Azioni da sviluppare:

Avviare un coordinamento regionale per promuovere e sostenere le diverse esperienze finalizzate all'empowerment dei singoli e della comunità sul tema della salute mentale. A tal fine sarà effettuata un confronto tra le diverse esperienze attivate sul territorio regionale, per quanto concerne: gruppi di auto mutuo aiuto (AMA) ed esperienze di empowerment delle persone assistite dai Centri di salute mentale (utenti esperti, facilitatori sociali ecc...).

L'obiettivo è facilitare la conoscenza e il confronto tra le diverse esperienze, anche con possibili scambi a livello interregionale, individuare e diffondere buone pratiche. Obiettivo secondario è definire, sulla base delle esperienze regionali ed extra-regionali già in corso, un percorso formativo base per volontari che desiderano impegnarsi in attività di supporto nelle diverse aree della salute mentale.

La AUSL di Modena coordina per la Regione questo percorso.

Beneficiari:

Utenti dei servizi salute mentale, ma anche l'intera comunità.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Per la valorizzazione di queste esperienze è indispensabile una rete tra Regione, Aziende sanitarie, Enti locali, Enti del terzo settore.

Indicatori:

1. evidenza di incontri con utenti dei centri di salute mentale che partecipano all'attività della Consulta regionale salute mentale (almeno 2 all'anno);
2. realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti.

c) GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMIGLIARI**Descrizione:**

La Regione ha riconosciuto alle Associazioni che gestiscono questi gruppi (AA, ALAnon, GAM, GamAnon, Arcat) un riconoscimento formale attraverso la sottoscrizione di protocolli di collaborazione Tali protocolli riconoscono il ruolo di risorsa per il sistema della cura alle Associazioni richiamando la seguente definizione "L'auto aiuto non è un'attività, ma una risorsa. Il concetto di auto aiuto è importante nell'ambito della salute in quanto può essere visto come la base per nuovi modi di fronteggiare situazioni, di autodeterminarsi, di umanizzare l'assistenza e di migliorare la salute" OMS 1997

Azioni da sviluppare:

Monitorare nel territorio regionale l'applicazione dei protocolli e la loro diffusione; giungere entro il 2017, per quanto attiene le associazioni di alcolisti formalizzare l'allargamento del protocollo di collaborazione alle Università. Favorire la nascita di nuovi gruppi con particolare riferimento alla tematica della dipendenza da gioco d'azzardo.

Beneficiari:

La comunità territoriale, il sistema dei servizi sanitari e sociali.

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'attività è consolidata e poggia sulle alleanze tra i Servizi sanitari e sociali, gli Enti locali, le Associazioni.

Indicatori:

1. evidenza della sottoscrizione del Protocollo di collaborazione con le Università entro il 2017;
2. evidenza di monitoraggio annuale sulla presenza di gruppi Giocatori Anonimi e Gamanon sul territorio regionale;
3. mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto.

Scheda 29 - PARTECIPAZIONE CIVICA E COLLABORAZIONE FRA SISTEMA PUBBLICO ED ENTI DEL TERZO SETTORE

Razionale/Motivazione:

La società regionale è caratterizzata da una crescente diversità culturale generata da fattori molto differenti: la presenza significativa e in aumento di persone e famiglie migranti (provenienti da ben oltre 170 differenti paesi di origine), la separatezza tra generazioni e tra nuclei famigliari, la persistente “distanza” e in parte iniquità tra generi. Si rileva un certo grado di frammentazione e segmentazione a livello sociale, ma anche la presenza di straordinarie risorse civiche, di impegno sociale, di collaborazione tra cittadini e con la pubblica amministrazione, in un’ottica di reciprocità e di democrazia, di sensibilità per l’interesse generale e per i cosiddetti beni comuni.

Costituisce quindi un obiettivo rilevante il supporto alla ricerca della coesione sociale e del superamento positivo di distanze e conflitti, alla ricucitura di un tessuto di relazioni, alla consapevolezza dei diritti e doveri di cittadinanza a partire dalle fasce d’età più giovani, attraverso la valorizzazione e la promozione del capitale sociale in tutte le forme in cui le nostre comunità lo esprimono: dalle associazioni di promozione sociale al volontariato, dalla cooperazione sociale alle forme di autoorganizzazione di cittadini, dalle iniziative autonome e individuali alle risposte progettuali a bandi. Ciò nella consapevolezza che azioni che soddisfano bisogni sociali, e quindi con impatto positivo sul benessere delle persone e della società, contribuiscono non solo allo sviluppo umano ma anche allo sviluppo socio-economico. Molti Enti locali sono già impegnati per questo obiettivo: progetti di servizio civile, regolamenti d’uso dei beni comuni, patti di collaborazione o territoriali con Enti del terzo settore, forme di partecipazione alla vita pubblica dei migranti e dell’associazionismo stesso con il coinvolgimento della intera popolazione sia autoctona che immigrata (art. 8 LR 5/2004), ecc.

Sono già attive, a livello regionale e locale, sedi e iniziative differenti che garantiscono rappresentanza ai cittadini in alcuni ambiti e in processi particolari (di consultazione, decisionali...). La partecipazione alla vita della comunità deve essere promossa anche con strumenti innovativi, che vadano oltre le rappresentanze formali, per sviluppare una competenza diffusa nella comunità e progetti supportati da un “volontariato competente”, come forme nuove di autoorganizzazione dei cittadini nella tutela dei beni comuni.

Descrizione:

Si ricompono il quadro delle azioni regionali che hanno come matrice comune la motivazione soprarichiamata e si intende incentivarle in modo il più possibile organico e condiviso, anche con i territori, valorizzando ambiti diversi di iniziativa regionale tesi a rafforzare il civismo, l’esercizio di cittadinanza, il concorso a un bene comune, tramite lo sviluppo delle risorse relazionali e civiche di singoli e gruppi. L’obiettivo operativo è promuovere e consolidare le esperienze di partecipazione, co-progettazione, rappresentanza e cittadinanza attiva, in ambito sociale, culturale, ambientale, sportivo e istituzionale, di tutta la popolazione, con attenzione per le diverse culture e generazioni, in particolare per i giovani stranieri e di origine straniera (seconde generazioni), e per i generi.

Azioni da sviluppare:

A. Rafforzare, raccordandoli il più possibile in una cornice organica, gli interventi nei seguenti ambiti:

- servizio civile nazionale e regionale, come motore di solidarietà sociale e d’impegno per il bene comune. La Regione Emilia-Romagna ha voluto allargare l’esperienza del Servizio Civile Regionale anche ai cittadini provenienti da altri Paesi (in particolare giovani cittadini dell’Unione europea e giovani cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti, che dal 2014 possono partecipare al SCN), ai ragazzi e alle ragazze dai 15 ai 18 anni, alle persone adulte e anziane;
- percorsi di partecipazione e di rappresentanza della componente straniera della popolazione con particolare attenzione per i ragazzi, in particolare:
 - ascolto delle comunità che “accolgono” per promuovere una più efficace integrazione e coinvolgere i territori locali, anche attraverso il lavoro sociale di comunità e la valorizzazione delle risorse degli Enti del terzo settore nell’accoglienza e inclusione della popolazione straniera, anche al fine di prevenire e contrastare fenomeni di ghettizzazione urbana e territoriale,
 - formazione e accompagnamento alle associazioni di migranti,
 - promozione e valorizzazione delle esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte dei cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali,

- promozione e sostegno della cittadinanza attiva in ambito sociale, culturale, sportivo dei giovani stranieri e di origine straniera, evidenziandone la funzione di agenti qualificanti dei processi di inclusione;
- coinvolgimento di enti del Terzo settore: a) nel programma di contrasto alla esclusione e povertà (cfr. Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna); b) nell'ampliamento della partecipazione di adolescenti e giovani agli enti stessi e alle loro attività; c) nell'attività di confronto e concertazione sulle politiche locali e regionali tramite, rispettivamente, le forme di rappresentanza locale e la Conferenza regionale del Terzo settore;
- raccordo con il Programma percorsi partecipativi finanziato dalla L.R. 3/10 "Norme per la definizione, riordino e promozione delle procedure di consultazione e partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali" per favorire il protagonismo dei cittadini e dei soggetti sociali nell'elaborazione delle scelte pubbliche. In particolare si fa riferimento al raccordo con progettualità attinenti a: sistemi integrati di welfare; azioni per superare situazioni di vulnerabilità delle diverse forme familiari; reti integrate di servizi socio-educativi ed educativi per l'infanzia e di servizi per persone non autosufficienti; progetti connessi alla pianificazione sanitaria e alle sue implementazioni territoriali; Piani di Azione Locale per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro; azioni volte al sostegno delle pari opportunità di genere e/o al contrasto a tutte le forme di discriminazione diretta o indiretta nei confronti delle persone; progetti locali per promuovere la partecipazione della componente straniera della popolazione. Rispetto a queste aree progettuali si intende promuovere un monitoraggio congiunto sui percorsi attuativi;
- raccordo con l'attuazione della L.R. 18/2016 "Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili", con particolare riguardo ai rapporti con gli Enti del terzo settore operanti nei settori dell'educazione alla legalità, la cittadinanza responsabile e il contrasto alla criminalità organizzata e mafiosa (promozione di convenzioni tra Regione e enti del Terzo settore, tra questi e gli Enti locali).

B. supportare gli Enti Locali ed il Terzo Settore nello sviluppo di nuove forme di partenariato pubblico/ privato sociale anche attraverso la definizione di una proposta di linee guida regionali sulla co-progettazione. Le linee guida supportano le PP. AA. e i soggetti del territorio nell'assunzione di forme innovative di relazione in materia di creazione e/o ridefinizione di servizi tramite l'adozione di procedimenti amministrativi che agevolino e sostengano tali processi relazionali e operativi.

Beneficiari:

Enti del terzo settore, Organismi di partecipazione e rappresentanza dei cittadini, con particolare attenzione per la componente straniera della popolazione, Alunni delle scuole primarie e secondarie, Adolescenti e giovani come potenziali protagonisti del servizio civile, nazionale e regionale, Enti locali...

Elementi di trasversalità/integrazione:

La trasversalità è da sviluppare a livello istituzionale regionale per raccordare e/o armonizzare le diverse azioni settoriali, e a livello territoriale tra cittadini, organizzazioni del terzo settore, pubbliche amministrazioni, organismi di rappresentanza, su ambiti differenti (sociale, culturale, sportivo, formativo...).

Indicatori:

1. n. progetti servizio civile nazionale e n. giovani coinvolti (di cui UE/di cui non comunitari; di cui tra 15 e 18 anni);
2. n. progetti servizio civile regionale e n. giovani coinvolti (di cui UE/di cui non comunitari; di cui tra 15 e 18 anni);
3. n. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte dei cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali;
4. sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna;
5. definizione di una proposta di linee guida regionali sulla co-progettazione.

Scheda 30 - AGGIORNAMENTO DI STRUMENTI E PROCEDURE RELATIVE AI SERVIZI SOCIOSANITARI

Razionale/Motivazione:

L'attuale disciplina dei servizi socio-sanitari si è sviluppata a partire dalla Legge Regionale 34/1998, e successivamente dalla Legge Regionale 2/2003, attraverso l'adozione di diversi atti attuativi che hanno definito procedure e requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento. L'introduzione dell'accreditamento, in particolare, quale strumento regolatorio e operativo dei servizi socio-sanitari, ha permesso di creare maggiore omogeneità tra le diverse realtà e modalità di lavoro (DGR 514/2009).

Dall'esperienza fino ad ora maturata, e dal confronto con i diversi soggetti coinvolti – committenti, gestori, associazioni di utenti e caregiver, parti sociali – è emersa la necessità di aggiornare strumenti e procedure relative ai servizi socio-sanitari per favorire, da un lato, la semplificazione delle procedure e, dall'altro lato, l'implementazione di soluzioni innovative e flessibili nei servizi.

Descrizione:

L'aggiornamento riguarda diversi aspetti: semplificazione e coordinamento delle procedure relative all'autorizzazione e all'accreditamento, per facilitare committenti e gestori nell'esercizio delle loro funzioni; introduzione di elementi di innovazione e flessibilità nei servizi, per migliorare l'accesso e la presa in carico degli utenti; armonizzazione delle modalità di verifica e monitoraggio previste per autorizzazione, accreditamento, contratto di servizio, evitando sovrapposizioni e duplicazioni; ridefinizione dei compiti operativi di Comuni, Aziende USL e Regione, alla luce del nuovo assetto istituzionale (Legge Regionale 11/2016); regolamentazione delle residenze con capienza massima di 6 posti letto per migliorare il livello di vigilanza.

Azioni da sviluppare:

Con DGR 664/2017 sono state approvate le prime misure di aggiornamento di autorizzazione e accreditamento, frutto del gruppo di lavoro composto dai rappresentanti della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, degli Enti Locali e delle Aziende USL. Il lavoro proseguirà con la predisposizione di nuove proposte finalizzate ad un aggiornamento complessivo della disciplina dei servizi socio-sanitari, anche finalizzata all'inserimento di soluzioni flessibili e personalizzate, e la regolamentazione dei servizi residenziali con capienza fino a 6 posti letto. Si intende approfondire e sviluppare il confronto istituzionale e con le parti sociali su risorse, azioni e strumenti relativi ai servizi socio-sanitari.

Beneficiari:

Cittadini adulti che necessitano di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali e loro caregiver; committenti; gestori di servizi.

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'armonizzazione di funzioni e strumenti riguardanti l'autorizzazione, l'accreditamento ed i contratti di servizio, costituisce un elemento facilitante la relazione tra i soggetti coinvolti a diverso titolo nel funzionamento dei servizi socio-sanitari (sanità, sociale, gestori pubblici e privati, utenti e familiari, associazioni).

Indicatori:

1. Predisposizione delle proposte tecniche e degli atti amministrativi previsti.

Scheda 31 - RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA NASCITA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLE CURE E AUMENTARE LA SICUREZZA PER I CITTADINI/PER I PROFESSIONISTI

Razionale/Motivazione:

L'intesa Stato Regioni del dicembre 2010 prevede la riorganizzazione dei punti nascita (PN) e, a questo fine "[...] raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita."

Nel 2015 sono stati emanati quattro documenti che definiscono le condizioni per aderire alle richieste dell'intesa del 2010 sui punti nascita:

- il DM 70/2015 nel quale si definiscono i rapporti volume/esiti dei PN per il loro mantenimento in attività;
- il DM 11.11.2015, che integra i compiti e la composizione del Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn), prevede, all'art.1, che il CPNn debba esprimersi entro 90 giorni su eventuali richieste di deroghe avanzate dalle Regioni sul dimensionamento numerico dei PN che viene confermato dover essere > 1000 parti anno;
- il Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili, in applicazione dell'art. 1 del DM 11.11.2015, nel quale vengono definiti dal CPNn gli standard strutturali, tecnologici e di personale indispensabili per l'ottenimento della deroga alla chiusura da parte del Ministero;
- La DGR 2040/2015 che definisce la riorganizzazione dalla rete ospedaliera sul territorio regionale e dà mandato alla Commissione nascita regionale di realizzare uno specifico approfondimento sugli ultimi 5 anni di attività della rete dei punti nascita regionali.

I Punti Nascita in attività nel 2016 in Emilia-Romagna erano 27, 18 Spoke e 9 Hub, disomogeneamente distribuiti sul territorio regionale. Dai dati 2016 emerge che solo 4 dei 18 spoke hanno effettuato più di 1000 parti/anno e che 7 sono al di sotto dei 500 parti/anno. Di questi, il PN dell'Ospedale del Delta ha terminato le proprie attività a fine gennaio 2017.

Inoltre, il contesto demografico sta cambiando con una riduzione drastica della natalità che, se non si prenderanno provvedimenti rapidamente, porterà la maggior parte degli spoke della regione al di sotto della soglia dei 500 nati.

Le gravidanze che necessitano di un'assistenza complessa e quindi di centralizzazione sono in aumento per l'età delle madri, sempre più elevata, e per le patologie croniche di cui sono portatrici, ma anche per i risultati della diagnosi prenatale che portano a far nascere bambini nei luoghi dove è garantita un'assistenza specifica per la patologia di cui sono portatori.

Descrizione:

Obiettivi della riorganizzazione sono la promozione e miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e il corretto ricorso al taglio cesareo. La riorganizzazione della rete assistenziale dei punti nascita dovrà prevedere la revisione di tutta l'assistenza al percorso nascita promuovendo una forte integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri per garantire risposta ai bisogni portati dalle donne e delle loro famiglie, in particolare la continuità assistenziale e l'accompagnamento nel pre e nel post parto, per diminuire le difficoltà che certamente si creeranno nel momento in cui si andrà a modificare la rete e, soprattutto, per migliorare la qualità dell'assistenza.

Azioni da sviluppare:

- rivedere i criteri di accreditamento dei punti nascita alla luce dell'Accordo Stato-Regioni del 2010;
- riorganizzare la rete dei punti nascita (hub and spoke) sulla base dei nuovi contesti demografici e delle nuove regole di accreditamento a garanzia della qualità, equità d'accesso e sicurezza delle cure;
- completare la riorganizzazione dell'assistenza integrata alla gravidanza, parto, puerperio sulla base dei profili assistenziali proposti basati sui bisogni ulteriori specifici della singola donna/coppia/famiglia col coinvolgimento oltre che dei servizi sanitari, anche dei servizi sociali, educativi e delle risorse di volontariato;

- monitorare e migliorare le reti STAM e STEN;
- promuovere campagne informative alla popolazione;
- coinvolgere i/le cittadini/e le loro associazioni nella valutazione e ridefinizione dei percorsi assistenziali proposti;
- i Comitati Percorso Nascita provinciali e la Commissione Nascita regionale dovranno accompagnare queste azioni, monitorando e promuovendo la valutazione dei percorsi di cambiamento messi in atto, anche alla luce degli elementi di disuguaglianze da contrastare.

Beneficiari:

Donne, coppie in gravidanza e nel post parto e i loro bambini/e, professionisti del percorso nascita.

Elementi di trasversalità/integrazione:

La programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia tra Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Cure primarie (MMG, PdLS), Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi educativi, Servizi di neuropsichiatria infantile, Casa delle donne contro la violenza, associazioni di auto-mutuo aiuto, Servizi specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.).

Indicatori:

1. evidenza dei documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS;
2. % ricoveri per parto in punti nascita < 1000 parti/anno;
3. % parti cesarei nella classe 1 di Robson;
4. % di donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva ($\geq 12^{\text{a}}$ settimana di gestazione o non effettuata);
5. % allattamento completo a 3 mesi e a 5 mesi;
6. % di donne che eseguono almeno una visita in consultorio nel post parto.

Scheda 32 – PROMOZIONE DELL'EQUITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Razionale/Motivazione:

La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate (es. visite, esami diagnostici, interventi programmati) rappresentano un tema oggetto di particolare attenzione da parte della popolazione. Ad oggi non si rileva una sufficiente chiarezza e condivisione tra gli esperti rispetto alle cause determinanti il fenomeno (es. ricorso improprio alle prestazioni, inefficienza del sistema, offerta di servizi non adeguata alla domanda) e alle soluzioni maggiormente efficaci.

Il rispetto degli standard nazionali fissati per i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri programmati costituisce una delle priorità di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna, definita nell'ambito del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015.

Descrizione:

Nel 2015 e 2016 sono state attuate diverse azioni (in applicazione delle DGR n. 1056/15 e DGR 377/2016) riguardanti la riduzione dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale:

- la rimodulazione dell'offerta attraverso l'estensione degli orari di attività nei giorni feriali e, se necessario, l'apertura nei giorni pre-festivi e festivi, l'assunzione di personale per affrontare le criticità, la ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, il miglioramento dell'appropriatezza nella gestione delle prime visite;
- l'accesso per i primi inquadramenti diagnostici garantito entro i tempi di attesa standard (30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni diagnostico strumentali e 7 giorni per le urgenze differibili), la continuità assistenziale per i pazienti affetti da patologie croniche (protocolli condivisi tra medici delle Aziende Sanitarie e medicina convenzionata) e la presa in carico dei pazienti complessi attraverso il modello organizzativo di Day Service ambulatoriale;
- l'informazione e la responsabilizzazione dei cittadini rispetto alla prenotazione e alla disdetta (campagna informativa "Insieme per una sanità più veloce");
- l'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa (costituito dai Direttori sanitari, dai Responsabili Unitari dell'accesso delle Aziende sanitarie, dai collaboratori regionali e dai rappresentanti del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino) ha il mandato di monitorare lo stato di avanzamento delle azioni finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa, i tempi di attesa, i volumi di attività erogati in regime istituzionale e in libera professione intramuraria, e di condividere con le Aziende sanitarie interventi correttivi e proporre azioni innovative in materia di accessibilità. I componenti dell'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa sono i Direttori sanitari, i Responsabili Unitari dell'accesso delle Aziende sanitarie, i collaboratori regionali ed i rappresentanti del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino.

Nel 2017 è stata adottata la DGR 272 che definisce obiettivi e strumenti per la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati prevedendo un monitoraggio strutturato delle liste e dei tempi di attesa, la definizione delle priorità e dei relativi tempi massimi di attesa e l'adozione di sistemi e strumenti di comunicazione ai cittadini.

Azioni da sviluppare:

- garanzia dei tempi di attesa standard per le prestazioni specialistiche (7 gg per le urgenze, 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni diagnostiche strumentali);
- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- incremento delle prenotazioni e dei controlli effettuati da parte della struttura sanitaria (unità operativa/ambulatorio) che ha in carico il cittadino e del livello di continuità assistenziale garantito;
- garanzia dei tempi di attesa dei ricoveri programmati in relazione alla classe di priorità assegnata;
- adozione di sistemi di comunicazione trasparente verso i cittadini rispetto a liste e tempi di attesa;
- monitoraggio delle disdette e delle mancate presentazioni.

Beneficiari:

Tutta la popolazione.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Partecipano al monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa:

- le parti sociali;
- gli Enti Locali, nell'ambito delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie;
- le rappresentanze dei cittadini, nell'ambito del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino (CCRQ).

Indicatori:

Rispetto all'elenco regionale di prestazioni di primo accesso e di prestazioni urgenti differibili oggetto di monitoraggio:

1. % delle prenotazioni effettuate entro i tempi standard sul totale delle prenotazioni $\geq 90\%$;
2. % di interventi erogati entro i tempi previsti dalle classi di priorità $\geq 90\%$;
3. n° sanzioni per mancata disdetta;
4. monitoraggio della presa in carico diretta delle prestazioni secondarie.

Scheda 33 - MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO E DEI PERCORSI IN EMERGENZA URGENZA

Razionale/Motivazione:

La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. In quest'ottica risulta prioritario il miglioramento della presa in carico complessiva in condizioni di emergenza-urgenza.

La risposta ai bisogni di salute che richiedono interventi sanitari (di maggiore o minore intensità) in urgenza è garantita da un sistema articolato di strutture che includono oltre al Pronto Soccorso, i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali, i servizi per la continuità assistenziale, nonché i centri specialistici con accesso in urgenza (a 24h o differibile) ed altri percorsi specifici, ad esempio presso i servizi per la salute mentale, i consultori familiari ecc. Per quanto riguarda l'emergenza il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118).

In questa articolata rete di offerta, il Pronto Soccorso in particolare riveste un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità e con esiti fortemente dipendenti dall'immediatezza della risposta sanitaria (per es. infarto, traumi, sepsi, ictus ecc.) ma è anche uno snodo fondamentale tra l'ospedale e il territorio nella gestione dei percorsi per i pazienti cronici e/o polipatologici. Di fatto rappresenta una delle principali porte di accesso all'ospedale (il 50% dei ricoveri ordinari avviene a seguito di un accesso in PS) ma in alcuni casi, in particolare per gli strati della popolazione più vulnerabili, dell'intero sistema dei servizi sanitari.

Proprio per le sue caratteristiche, il Pronto Soccorso oggi si caratterizza sempre più con una doppia veste: da un lato come servizio ad alta specializzazione per la gestione di quadri clinici complessi, dall'altra come un servizio di prossimità, di bassa soglia e di potenziale raccordo tra il sanitario e i servizi territoriali.

Descrizione:

In relazione a quanto premesso risulta prioritaria la valorizzazione del ruolo del pronto soccorso come interfaccia tra ospedale e territorio in funzione di obiettivi quali l'appropriatezza nell'accesso al ricovero ospedaliero e l'efficacia dei percorsi clinici relativi sia alle condizioni tempo-dipendenti che alle patologie croniche. Oltre agli aspetti clinici si ritiene necessario porre attenzione ad aspetti di carattere organizzativo che presentano comunque un rilevante impatto sulla qualità e la sicurezza delle cure: la gestione dell'iperafflusso e del sovraffollamento, il triage, la funzione di osservazione breve intensiva (OBI) nonché i percorsi facilitati quali il fast-track o l'affidamento specialistico. La qualificazione del ruolo del PS si completa con lo sviluppo e l'implementazione di percorsi di gestione di specifiche situazioni di fragilità (ad es. vittime di violenza e abuso) sviluppando anche sinergie con il sociale ed il volontariato.

Per quanto riguarda l'intero sistema dell'emergenza urgenza, sia ospedaliera che territoriale, si prevede un impegno prioritario su due aspetti di carattere trasversale: la valorizzazione e sviluppo delle competenze professionali e la adozione di sistemi di monitoraggio volti a favorire un utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse afferenti al sistema, nonché a misurarne i risultati.

Azioni da sviluppare:

1. definire linee di indirizzo e protocolli volti a migliorare l'accessibilità e la gestione dei percorsi in emergenza-urgenza (es. iperafflusso), inclusa l'organizzazione delle risorse tecniche e professionali e l'adozione di strumenti di comunicazione ai cittadini che orientino in modo appropriato sull'accesso all'intero sistema;
2. definire metodologie di individuazione delle necessità relative alle strutture di Pronto Soccorso in termini di dotazioni, competenze e di assetti logistici;
3. promuovere iniziative formative trasversali e dove pertinente (es. violenza e abuso) condivise con gli altri servizi della rete sanitaria e sociale del territorio;
4. migliorare l'appropriatezza e l'efficacia nei percorsi per pazienti cronici (es. BPCO) con particolare attenzione al funzionamento dell'interfaccia con i servizi territoriali (cure intermedie e cure primarie);
5. adottare strumenti di monitoraggio dei percorsi in emergenza urgenza mediante il miglioramento/implementazione di specifici strumenti informativi o mediante l'integrazione di quelli esistenti;
6. individuare la metodologia più adeguata per garantire la sicurezza del personale e degli utenti.

Beneficiari:

pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso volontariato.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Per tutte le azioni si prevede il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (servizi sanitari e sociali, enti locali ed altre istituzioni ove appropriato, associazioni di volontariato in particolare se impegnate nel contesto dell'emergenza-urgenza).

Indicatori:

1. Produzione di linee di indirizzo e monitoraggio dell'implementazione: N° di aziende che hanno adottato le linee di indirizzo/N. aziende sanitarie della RER.
2. Presenza di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori (tempi, sovraffollamento, appropriatezza, ecc.).
3. Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N° aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. aziende sanitarie della RER.

Scheda 34 - METODOLOGIE PER INNOVARE LE ORGANIZZAZIONI E LE PRATICHE PROFESSIONALI

Razionale/Motivazione:

Tre sono i nodi cruciali che sfidano il sistema dei servizi:

- la complessità dei fenomeni in costante mutamento inducono il sistema dei servizi a rivedere le proprie prassi organizzative e di intervento;
- i cambiamenti epidemiologici e sociali indicano multifattorialità del disagio sociale (ad es. “impoverimento dei ceti medi”, “solitudine degli anziani”) sempre più intrecciato alla co-morbilità dei quadri patologici emergenti, necessitano di un approccio a forte integralità, sia negli aspetti e temi da affrontare sia nelle soluzioni e strumenti da utilizzare. Integralità che ha come baricentro il territorio, inteso come luogo della risolutività dei problemi e delle risorse professionali e comunitarie da mettere a valore;
- le pratiche organizzative incardinate nel lavoro di rete, di equipe inter-professionali/inter-servizio e improntate al lavoro di comunità/medicina di iniziativa, necessitano di competenze trasversali e di dispositivi organizzativi in grado di garantire tempo/lavoro dedicato anche alla “cura” delle reti e ai processi di networking. Ma anche approcci che incentivino a mantenere sempre vivo lo sguardo sulle differenze sia verso l'esterno (utenti) sia verso l'interno (operatori).

I “territori” diventano protagonisti, rappresentando il contesto che consente di individuare le necessità di salute e i bisogni sociali e nel contempo dove prendono forma le pratiche. Innovare quindi l'organizzazione e le pratiche significa attivare setting riflessivi, dove è messo al centro dell'apprendimento l'analisi del processo di lavoro, le routine che bloccano ogni evoluzione, dove possono essere affrontati gli errori, si rinegoziano e rigenerano nuovi sguardi e nuove prassi. Da qui il concetto di “formazione situata”, una formazione che si affianca al lavoro nell'ambiente delle pratiche quotidiane e che prevede anche il contatto diretto con la vita locale, con i suoi abitanti, con movimenti sociali rappresentativi, e con gli interessi e le necessità della vita. Si tratta di una sfida importante, quella di progettare e mettere in moto attività che consentano l'acquisizione di conoscenze e di competenze mediante la soluzione di problemi reali, vissuti nel territorio da gruppi sociali, comunità, gruppi di emarginati o persone socialmente svantaggiate, popolazione che soffre per i pregiudizi, per la discriminazione o per lo stigma oppure gruppi attivi nell'ambito dell'affermazione delle proprie “singolarità”, della democrazia e dell'inclusione sociale.

Ogni contesto di apprendimento che viene allestito richiede strategie innovative e creative e trasformazioni delle modalità didattiche anche nei corsi universitari. In particolare ciò che emerge è la necessità di creare alleanze tra università, servizi e comunità in quanto i processi di apprendimento devono essere capaci di intrecciare il locale e il globale, l'azione professionale e la gestione, il servizio e la formazione, con le sfide dei saperi complessi e con le pratiche professionali e le pratiche esperienziali, in un mondo in continua trasformazione.

Descrizione:

La strategia che qui si intende delineare è costituita da elementi che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multiprofessionale. La complessità delle situazioni, la necessaria ricomposizione dei fenomeni sollecitano sguardi allenati alle connessioni, alla duttilità di creare alleanze professionali e non che vanno oltre i consueti confini organizzativi. Il lavoro di rete diventa così plasmato su ciò che è necessario e utile e si costruisce dagli ingredienti presenti nel contesto che lo rendono possibile e permettono di arricchirlo. Obiettivi da perseguire sono pertanto:

- fornire a chi lavora nel mondo dei servizi strumenti/metodologie : a) di riflessione, analisi e intervento per approfondire e valorizzare il tema delle differenze e affrontare la quotidianità lavorativa a partire dal proprio posizionamento identitario come soggetti portatori di differenze all'interno di reti ampie e complesse; b) per ridare significato all'agire organizzativo, quindi riconoscere nel proprio ambito lavorativo uno spazio e il tempo dedicato alla riflessività, alla condivisione, come luogo di confronto continuativo tra servizi e figure professionali diverse;
- promuovere percorsi innovativi di apprendimento con le strutture che erogano istituzionalmente formazione, favorendo il mettersi in relazione inter-istituzionale, creando alleanze e un dialogo serrato tra Università e sistema dei servizi per orientare la proposta formativa e congiuntamente innovare sistemi didattici e approcci pedagogici, anche attingendo da esperienze internazionali che si stanno sviluppando in Regione.

Azioni da sviluppare:

- formazione-intervento nell'ambito del networking ("cura della rete") e knotworking ("cura del nodo") in quanto processi basilari per i percorsi di indirizzo del presente piano che contemplano "l'integrazione" ai diversi livelli: istituzionali, di gestione, professionali. In questo ambito figurano le sperimentazioni improntate all'"approccio dialogico" finlandese nel programma regionale sull'adolescenza e allo sviluppo di competenze di facilitazione all'integrazione e al lavoro di rete come competenze diffuse;
- accompagnamento alla sperimentazione di prototipi di alleanze tra università e servizi nella prospettiva di riconoscere i servizi, il territorio, come luogo della formazione "situata" o "service learning", per favorire già nei percorsi di base e post-base universitari competenze trasversali per il lavoro in equipe multiprofessionali, la cultura del territorio come luogo di promozione della salute attraverso la rete integrata dei servizi, e nel contempo agire come stimolo alla formazione permanente nei luoghi di lavoro;
- diffusione e utilizzo di strumenti regionali per promuovere forme di scambio tra i territori in quanto è preminente l'innovazione di processi istituzionali e/o di indirizzo regionale, anche favorendo l'acquisizione della metodologia del *Community Lab* e il trasferimento degli strumenti organizzativi facilitanti il lavoro di rete, l'integrazione tra servizi e professionisti diversi.

Beneficiari:

- operatori/trici e dirigenti afferenti a diversi servizi e diversi enti gestori, pubblici (sanitari, sociali, educativi, del lavoro, ...) e del terzo settore;
- studenti/esse universitari/e di diverse discipline (servizi sociali, medicina, giurisprudenza, psicologia, scienze della formazione...);
- utenti (singole persone/famiglie, associazioni di utenti, di familiari...), volontari.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Trasversalità e integrazione sono elementi individuabili sia negli attori del sistema dei servizi (sanità, sociale, educativo, lavoro e sicurezza) sia nelle istituzioni preposte alla attivazione dei processi innovazione: pubblica amministrazione, Università, enti di formazione professionale, centri di ricerca sia a livello nazionale che internazionale.

Indicatori:

1. progettazione e sperimentazioni dell'approccio dialogico in tre sedi regionali;
2. raccolta di evidenze della sperimentazione di prototipi di alleanze Servizi-Università nei territori di Parma e Bologna: "formazione situata"/service learning;
3. produzione di un manuale per "buone prassi organizzative" facilitanti il lavoro di rete e l'integrazione (tra servizi, tra professioni) comprensivo delle indicazioni operative per il trasferimento nei contesti di lavoro.

Scheda 35 - L'ICT - TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE - COME STRUMENTO PER NUOVO MODELLO DI E-WELFARE

Descrizione:

Nel contesto del piano sociale e sociosanitario regionale l'ICT (Information and Communications Technology) può aiutare a promuovere, con gli strumenti tecnologici di cui dispone, la partecipazione attiva alla società dell'informazione attraverso la pianificazione e il sostegno di una serie di iniziative fra vari settori. In questo ambito si fa riferimento in particolare ai Servizi di Telemedicina nelle aree disagiate della nostra Regione ovvero nelle zone montane, e più specificatamente, secondo la definizione del Ministero della Salute di aree disagiate, nelle aree "ubicate ad una distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di primo livello". Nel dettaglio i Servizi di Telemedicina verranno erogati a favore dei pazienti residenti in tali aree e affetti da malattie croniche quali diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva e scompenso cardiaco. L'erogazione dei Servizi di Telemedicina avverrà in via prioritaria per il tramite delle Case della Salute quale luogo privilegiato in cui si realizza la presa in carico dei pazienti secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e la continuità assistenziale.

Azioni da sviluppare:

Modello di eWelfare sostenibile con prodotti IoT (Internet of things, Internet degli oggetti)

- A) Costituzione del Gruppo Operativo regionale di Progetto con funzioni di gestione, verifica e monitoraggio del Progetto;
- B) Approvazione Piano Operativo, condiviso dal Gruppo Operativo e dai referenti Aziendali;

Individuare all'interno della Casa della Salute interessata al Progetto:

- un Ambulatorio che dovrà avere specifiche caratteristiche strutturali/tecnologiche, possibilmente all'interno dell'ambulatorio infermieristico della gestione della cronicità;
- Individuazione della popolazione target, ovvero l'identificazione dei pazienti affetti dalle patologie croniche selezionate, residenti nelle aree ubicate indicativamente a distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di livello superiore;
- il percorso funzionale e organizzativo relativo alla presa in carico e gestione del paziente cronico;
- eventuale Ospedale o specialista di riferimento;
- i criteri di priorità (definiti dall'equipe della CDS) per la dotazione dei dispositivi domiciliari ai pazienti.

Beneficiari:

Cittadini, professionisti delle Case della Salute.

Elementi di trasversalità/integrazione:

I dati monitorati nell'ambulatorio verranno poi inviati all'Ospedale di riferimento.

I dati monitorati continuamente presso il domicilio di alcuni pazienti cronici verranno trasmessi tramite dispositivi medici loro assegnati, alla Casa della Salute e/o all'Ospedale di riferimento.

Indicatori:

1. Indicatore di dimensione: % utenti seguiti, rispetto al totale di utenti con patologia cronica, beneficiari del Servizio di Telemedicina nella zona disagiata.
2. Indicatore di efficacia: N. pazienti gestiti con consulto in Telemedicina non esitati in trasferimento/Totali pazienti per i quali è stata utilizzata la Telemedicina.
3. Indicatore di continuità: Indici di dispersione (deviazione standard) dell'indicatore di Dimensione media (n. medio di contatti/mese per utente) per un periodo temporale di riferimento.

Scheda 36 - CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Razionale/Motivazione:

I servizi di area sociale e sanitaria si confrontano oggi con una realtà complessa e fortemente mutata. La società si sta delineando in maniera diversa rispetto al passato: è caratterizzata dal carattere pluriculturale, da una nuova e diversificata composizione e organizzazione delle famiglie, da una crescente fragilità economica di molti nuclei, da nuove forme di povertà ed esclusione sociale, da difficoltà ad entrare (per chi è giovane) o a reinserirsi (per chi è più maturo o immigrato) nel contesto economico, dalla povertà materiale e relazionale di alcuni contesti, da patologie croniche e dalla multimorbilità.

Sono tutti elementi che i servizi si trovano oggi a dover affrontare e che al tempo mettono in luce aspetti di fragilità e vulnerabilità del sistema stesso. La precarizzazione contrattuale crescente negli organici dei servizi sociali, sempre più sottoposti a complessi vincoli istituzionali nazionali, la mancanza di sostituzione degli operatori verso il pensionamento, la mancanza di ricambio generazionale, contribuiscono infatti ad un'accentuazione della frammentazione delle azioni che vengono messe in campo ed alla difficoltà ad investire nell'innovazione e nel lavoro di rete tra operatori di diverse aree, i quali rimangono piuttosto schiacciati sulla gestione delle situazioni emergenziali.

I mutamenti sociali e le emergenze più volte richiamati rinforzano invece l'idea che il sistema degli Enti locali e del Servizio Sanitario regionale debbano sostenere e sviluppare l'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione del bisogno e della messa in campo di azioni specifiche attivando maggiori sinergie tra i punti di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari. La fragilità, le differenti età e appartenenze culturali delle persone e dei nuclei che oggi si rivolgono ai servizi sanitari e sociali richiede un'attenzione e una capacità di valutazione del bisogno e di accompagnamento verso i servizi che solo il soggetto pubblico può garantire in maniera capillare, inclusiva delle differenze, omogenea e non filtrata da interessi di appartenenza. Questa funzione deve quindi rimanere in capo al soggetto pubblico e presidiata da operatori esperti e adeguatamente formati, che abbiano uno sguardo sul sistema generale dei servizi e sull'offerta territoriale.

Descrizione:

Il Servizio Sociale territoriale ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale. Il Servizio Sociale Territoriale ha il compito di garantire l'ascolto dei cittadini, l'informazione e l'orientamento, sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi, attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale, promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere, favorire e sostenere politiche e interventi che riducano il grado di esposizione della popolazione a rischio di esclusione, di emarginazione e di disagio sociale, far fronte alle urgenze ed esigenze indifferibili che richiedono tempestività di intervento e nelle quali vi siano elementi di rischio e pregiudizio. Occorre dare applicazione alle Linee guida regionali (DGR n. 1012/2014) nell'ottica di rinforzare la dimensione organizzativa distrettuale del SST, come dimensione che caratterizza le politiche sociali e socio sanitarie del nostro territorio regionale e più adeguata per garantire unitarietà ed omogeneizzazione nell'organizzazione e nella gestione del Servizio, promuovere il superamento di una logica di lavoro per target separati e sostenere una modalità di lavoro di sistema.

Azioni da sviluppare:

- a partire dalla rilevazione della dotazione organica dei SST avviare una più definita riorganizzazione di livello distrettuale del SST;
- partendo dal numero minimo definito dagli standard regionali, adeguare le dotazioni organiche del SST ai fini della loro strutturazione distrettuale;
- monitorare con cadenza biennale le dotazioni organiche del SST;
- promuovere il lavoro di rete come metodo per operare una più integrata accoglienza e presa in carico delle situazioni complesse;
- sviluppare una maggiore integrazione con i servizi di area formativo/lavorativa e delle politiche abitative, per l'attuazione della L.R. 14/2015, della DGR politiche abitative, del SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva) ed il RES (L.R. 24/2016);

- rinforzare l'area dell'accoglienza attraverso la rete degli sportelli sociali anche per garantire la prevalutazione dell'accesso al SIA ed al RES e sostenere il lavoro necessario per attivare i Progetti di attivazione sociale ed inserimento lavorativo sottoscritti tra cittadini beneficiari e Servizi;
- promuovere l'integrazione della rete degli sportelli sociali con gli altri sportelli specialistici ed informativi a carattere tematico;
- sistematizzare la rete degli sportelli specialistici ed informativi a carattere tematico rivolti alla cittadinanza straniera (ad.es. su protezioni internazionali, cittadinanza, ricongiungimenti, ecc.), anche coinvolgendo i competenti uffici periferici dello Stato e supportandone il raccordo con il sistema complessivo dei servizi di welfare e con analoghi sportelli attivati dal terzo settore e da altri organismi (patronati, organizzazioni sindacali e datoriali, ecc.);
- attivare sempre di più la co-costruzione dei percorsi assistenziali con gli altri servizi coinvolti, le famiglie e i diretti destinatari degli interventi;
- prevedere razionalizzazioni organizzative che consentano di semplificare la fase valutativa anche laddove questa sia svolta da unità multidimensionali;
- sostenere con formazione e accompagnamento la diffusione del metodo del lavoro di comunità, promuovendo e partecipando attivamente ad iniziative e progetti di prevenzione delle situazioni di disagio e di riduzione del grado di vulnerabilità sociale di persone e famiglie;
- diffusione capillare del SST anche avvalendosi di collaborazioni con altri Servizi e con possibile diffusione di punti di accoglienza presso altre sedi come le Case della Salute;
- svolgere, con il coinvolgimento di ANCI, un'attività di ascolto, confronto e scambio di esperienze costante tramite il Coordinamento regionale dei SST anche attraverso coordinamenti tematici che meglio affrontino specifiche aree di lavoro del Servizio sociale;
- attivare percorsi formativi per gli operatori degli sportelli sociali e per gli altri operatori del SST i cui temi saranno oggetto di definizione in accordo con il Coordinamento regionale;
- sviluppare un sistema di monitoraggio della presa in carico (tempi e modalità).

Beneficiari:

I cittadini, persone singole, famiglie, gruppi e comunità che devono poter beneficiare di un servizio sociale territoriale diffuso capillarmente sul territorio che individui nello sportello sociale il punto unitario prevalente d'accesso, nel quale venga dato ascolto e risposta ai bisogni di: informazione, ascolto, orientamento, registrazione e primo filtro della domanda di accesso ai servizi.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Il SST dovrà sempre più connotarsi come punto della rete che si integra e collabora con servizi di area sanitaria, socio sanitaria, Uffici Scolastici Territoriali, Istituti scolastici, Servizi Educativi rivolti all'infanzia, servizi per il lavoro, Enti e Uffici preposti alle politiche abitative, servizi giuridici. Il sistema integrato dei servizi deve essere in grado di ascoltare ed accogliere le richieste dei cittadini e indirizzarle verso i percorsi più adeguati ai bisogni emersi.

Indicatori:

1. rilevazione dotazione organica del SST;
2. N. ambiti distrettuali con SST unificato /N. ambiti distrettuali;
3. N. ambiti distrettuali nei quali il SST rispetti gli standard previsti da DGR 1012/2014 su dotazioni organiche e diffusione sportelli sociali;
4. evidenza percorsi formativi regionali realizzati rivolti al personale del SST.

Scheda 37 - QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA RIVOLTO A BAMBINI, ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI CON BISOGNI SOCIO-SANITARI COMPLESSI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E TUTELA

Razionale/Motivazione:

I servizi segnalano un crescente disagio in bambini e ragazzi che presentano problematiche sia sociali sia psicopatologiche e necessitano di risposte complesse dell'intera rete dei servizi poste a protezione delle nuove generazioni. Si tratta di minorenni in difficoltà, ed in particolare coloro che hanno subito forme di trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, allontanati dalla famiglia, in stato di abbandono, inseriti in percorsi di giustizia civile e/o penale, che presentano disagio psichico e/o fisico, anche in ragione dei traumi subiti, ecc.

Negli ultimi anni sono state approvate diverse delibere regionali finalizzate a qualificare e regolamentare in modo omogeneo la tematica, in particolare la direttiva sulle comunità e l'affidamento familiare (la D.G.R. n. 1904/2011 e ss.mm), le Linee di linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (DGR 1677/2013), la delibera per la ridefinizione degli accordi nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento (DGR 1102/2014). In tutti questi dispositivi normativi è evidenziata la necessità di intervenire in modo appropriato attraverso una presa in carico tempestiva ed integrata tra i diversi professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari appartenenti ad istituzioni differenti.

Dal monitoraggio effettuato in questi anni circa l'applicazione di suddetti dispositivi normativi emerge la necessità di dare completa applicazione alla norma rivisitandola alla luce della prima sperimentazione e mettendo a punto gli strumenti a sostegno dell'integrazione.

Descrizione:

I bambini e ragazzi che si trovano in affidamento a tempo pieno e in comunità residenziale senza la presenza della madre al 31 dicembre 2014 sono 2.569, pari a 3,6 ogni mille residenti minorenni (ultimi dati disponibili del flusso informativo SISAM-ER, che raccoglie i dati di attività dei servizi sociali territoriali degli Enti Locali). Le ragioni del collocamento protetto sono legate a gravi incapacità o inadeguatezza nello svolgimento delle funzioni protettive e di cura da parte del nucleo di origine e/o del contesto familiare e sociale allargato, come ad esempio nelle situazioni di minori vittime di violenza domestica, maltrattamento e abuso, grave trascuratezza, fino ad arrivare a situazioni estreme di "abbandono". Il numero è influenzato significativamente dalla componente dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) che meritano un'attenzione particolare. Si tratta principalmente di adolescenti di 14-17 anni, prevalentemente ragazzi prossimi alla maggiore età-

Per molti neomaggiorenni l'esperienza di accoglienza educativa non ha consentito il completamento di un percorso verso l'autonomia. La nuova condizione giuridica di maggior età spesso comporta una interruzione degli interventi ma non corrisponde ad un reale esercizio di autonomia psichica, economica, sociale, relazionale. Tutto ciò espone i ragazzi ad un maggior rischio di vulnerabilità psico-sociale e di traiettorie disadattive.

Azioni da sviluppare:

Approfondire lo studio dei casi di sofferenza psicosociale dei minorenni in ottica di possibile intervento di prevenzione ed aggiornare i sistemi informativi che rilevano la casistica potenziando il raccordo con i servizi territoriali al fine di ottimizzare gli strumenti di raccolta e analisi dei dati.

Mettere a punto i percorsi specifici già delineati dalla normativa per far fronte alle situazioni di particolare complessità che richiedono un'intensità di cura, tempestività e alta specializzazione, con la definizione di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali, per la valutazione e la presa in carico, tra servizi sociali, educativi, sanitari (psicologia clinica, neuropsichiatria infantile, salute mentale, pediatra di libera scelta, medici di medicina generale, ecc.)

Monitorare l'attività dei *servizi residenziali e semiresidenziali* e l'aderenza dell'offerta alla evoluzione dei bisogni.

Monitorare le sperimentazioni di committenza socio-sanitaria-educativa interistituzionale integrata, anche avvalendosi di strumenti gestionali ed amministrativi comuni. La committenza sarà coordinata a livello delle CTSS che si avvarrà dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19). Realizzare,

attraverso l'elaborazione dei dati raccolti, azioni di benchmarking, monitoraggio e valutazione al fine di avere dati di processo e di esito rispetto agli interventi attivati e di efficacia del sistema dei servizi.

Promuovere la formazione di base e specialistica congiunta per facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo in modo da garantire risposte appropriate in situazioni ad alta complessità.

Sperimentare approcci innovativi nel lavoro con le famiglie "negligenti" che favoriscono un loro protagonismo, sviluppino empowerment, promuovano la cura di situazioni di sofferenza psico-patologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie, (es. Programma Ministeriale di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione P.I.P.P.I., Modello dialogico, Family Group Conference, Famiglia aiutano Famiglie, ecc.).

Promuovere azioni di supporto e/o implementazione del protagonismo dei neomaggiorenni (Care Leavers Network), azioni a supporto dei bisogni di autonomia in collaborazione con i servizi territoriali, con il privato sociale e il volontariato

Sostenere l'attività del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza nel promuovere il Tutore volontario (legge 47 del 7 aprile 2017), che oltre ad essere riferimento e sostegno nell'autonomia del MSNA, può essere ulteriore elemento di continuità nell'accompagnamento negli anni successivi ai 18.

Beneficiari:

Bambini e ragazzi che si trovano in situazione di disagio grave e vulnerabilità, minori che vivono in contesti familiari disfunzionali e multiproblematici e per questo a rischio evolutivo. Neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione. Genitori e adulti significativi in condizioni di vulnerabilità personale e sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura. Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi coinvolti nella tutela. Famiglie affidatarie, Enti gestori di comunità, Adulti Accoglienti, Enti del terzo settore.

Elementi di trasversalità/integrazione:

- collaborazione tra i diversi soggetti, pubblici e privati, che compongono la rete di protezione, nell'analisi del bisogno e nella programmazione di obiettivi di miglioramento del sistema di protezione, tutela ed accoglienza;
- definizione di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali tra servizi sociali, educativi, neuropsichiatria infantile, dipartimenti cure primarie, case della salute, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, ospedali, sistema di accoglienza (Comunità educative, Famiglie Affidatarie, volontariato, ecc.);
- collaborazione con il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza.

Indicatori:

1. definizione di indicazioni specifiche per l'attuazione della DGR 1102/2014;
2. produzione di un documento di raccomandazioni di intervento per la prevenzione del grave disagio nella minore età;
3. costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19);
4. monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM).

Scheda 38 - NUOVO CALENDARIO VACCINALE REGIONALE E ATTIVITÀ DI SUPPORTO E MIGLIORAMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI

Razionale/Motivazione:

Le vaccinazioni rappresentano uno degli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive e sono uno strumento essenziale per la salute, soprattutto per l'infanzia e per i soggetti più deboli. Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo per garantire il controllo di alcune importanti malattie infettive. L'intervento vaccinale da sempre è considerato uno degli interventi sanitari più costo efficaci che agisce positivamente sulla salute sia del singolo che della collettività. Le strategie vaccinali della Regione Emilia-Romagna sono sempre state premianti, avendo ottenuto la riduzione o la scomparsa delle malattie infettive prevenibili con la vaccinazione. Tuttavia negli ultimi anni si è registrato un calo nelle adesioni ai programmi vaccinali con una diminuzione delle coperture vaccinali al di sotto del 95%, percentuale di vaccinati che garantisce la miglior protezione a tutta la popolazione.

Con l'Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 19 gennaio 2017, è stato approvato il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV) che prevede l'introduzione di nuove vaccinazioni nel calendario vaccinale nazionale, accanto ad azioni che vanno ad implementare la qualità e l'efficienza del processo vaccinale.

Obiettivo del Piano Nazionale è quello di armonizzare le strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione (indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socio-culturale) i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva.

Il mantenimento di elevate coperture vaccinali è un obiettivo molto importante al fine della tutela della salute della popolazione, e in particolare dei bambini e delle persone più fragili. Per contrastare il calo delle coperture vaccinali, fra le altre azioni adottate, la Regione Emilia-Romagna ha introdotto all'interno della legge n. 19/2016 "SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA. ABROGAZIONE DELLA L.R. N. 1 DEL 10 GENNAIO 2000", il comma 2 dell'articolo 6 che prevede quale requisito di accesso ai servizi educativi e ricreativi pubblici e privati l'aver assolto da parte del minore gli obblighi vaccinali prescritti dalla normativa vigente.

Il 7 giugno 2017 è stato emanato il Decreto-legge n. 73 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" che estende l'obbligo ad un numero maggiore di vaccinazioni e alla fascia di età 0-16 anni, coinvolgendo, oltre ai servizi educativi per l'infanzia, anche le scuole dell'infanzia e la scuola dell'obbligo. Tale decreto dovrà essere trasformato in legge entro il 6 agosto 2017.

Descrizione:

La Regione Emilia-Romagna ha recepito il PNPV e ha adottato un piano di implementazione del calendario vaccinale. I vaccini previsti nel nuovo Piano sono stati ricompresi nei nuovi LEA recentemente approvati e rappresentano quindi un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età previste dal piano stesso. Obiettivo della Regione è adottare le migliori strategie vaccinali al fine di garantire l'equità nell'accesso a un servizio di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza.

Dovrà inoltre essere garantita la corretta applicazione del Decreto-legge, con particolare riferimento all'uso di strumenti informatici per razionalizzare l'emissione dei certificati vaccinali previsti per l'iscrizione a scuola e alla organizzazione dei recuperi dei bambini 0-16 anni non correttamente vaccinati nei tempi previsti dal Decreto.

Azioni da sviluppare:

Valutare l'impatto del nuovo calendario vaccinale e del recupero dei bambini 0-16 anni non correttamente vaccinati sui servizi delle Ausl. Per quanto riguarda il nuovo calendario vaccinale alcuni vaccini verranno offerti attivamente e gratuitamente dal 2017, mentre per altri l'offerta attiva sarà implementata nel corso del 2018.

Nel corso del 2017 verranno introdotte le vaccinazioni contro:

- la varicella in età pediatrica;
- il meningococco B in età pediatrica;
- il rotavirus ai neonati con fattori di rischio;

- la pertosse negli adulti e nelle donne in gravidanza;
- lo pneumococco alla corte dei 65enni;
- il Papilloma Virus ai maschi dodicenni.

Nel corso del 2018 verrà estesa l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus a tutti i nuovi nati; verrà inoltre introdotto il quinto richiamo della poliomielite insieme a dTpa nell'adolescente e la vaccinazione contro l'Herpes Zoster ai 65enni.

La Regione Emilia-Romagna, alla luce anche del calo delle coperture vaccinali registrato negli ultimi anni, ha promosso e sta promuovendo una serie di azioni:

- piano di comunicazione e informazione rivolto alla cittadinanza;
- attività di formazione rivolta agli operatori sanitari;
- azioni di sostegno alla attuazione della Legge n.19/2016 sui nidi d'infanzia e al Decreto-legge n. 73 mediante:
 - monitoraggio delle attività,
 - rilevazione delle eventuali criticità,
 - istituzione della casella di posta "infovaccinazioni" per rispondere alle domande da parte dei Comuni e dei gestori dei nidi,
 - sviluppo e implementazione di un sistema informatico per l'emissione dei certificati vaccinali con un modello standard regionale e valutazione automatica dell'idoneità vaccinale,
 - inserimento del certificato vaccinale aggiornato in tempo reale nel Fascicolo Sanitario Elettronico,
 - sorveglianza dei risultati mediante rilevazione delle coperture vaccinali,
 - attività della Commissione Regionale Vaccini,
 - formazione rivolta agli operatori sanitari per aumentare la loro adesione alle vaccinazioni e la loro compliance nell'offerta di vaccinazione al pubblico.

Beneficiari:

Tutta la popolazione, con particolare riguardo alla fascia di età pediatrica e a quella anziana, alle persone più fragili per la presenza di patologie croniche.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Si prevede l'azione integrata con il Servizio Assistenza Distrettuale, Assistenza Ospedaliera e Servizi Sociali per favorire l'accesso anche alle fasce più svantaggiate della popolazione; va rafforzata l'implementazione della rete di collaborazione con i medici specialisti ospedalieri, con i medici di medicina generale e con i Pediatri di libera scelta.

Indicatori:

1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA;
2. monitoraggio delle vaccinazioni previste dalla norma vigente.

Scheda 39 – LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**Razionale/Motivazione:**

La LR 2/2003 stabilisce che il Piano regionale degli interventi e servizi sociali definisca, sulla base del bisogno rilevato, le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi che costituiscono i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) da garantire, tenuto conto dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni individuati dallo stato.¹

Il precedente PSSR del 2008 ha posto al centro della programmazione la costruzione e il rafforzamento del sistema di governance integrato, sociale e sanitario.

Attualmente la Regione e gli enti locali sono impegnati in un processo di riorganizzazione e di consolidamento del sistema distrettuale delle politiche sociali, finalizzato alla realizzazione di politiche e di servizi sociali territoriali di ambito distrettuale. Diventa essenziale analizzare il livello attuale e concreto di erogazione dei servizi, in tutti gli ambiti territoriali per valutare la capacità di risposta ai diritti dei cittadini delineati dalle leggi di settore.

Descrizione:

I diritti sociali sono definiti dalla Costituzione, dalla legislazione sociale nazionale e regionale, dalla legislazione che ratifica i trattati internazionali, dalla normativa comunitaria (Carta dei diritti fondamentali dei cittadini dell'Unione europea). Le prestazioni che sostanziano i diritti sociali sono previste nella legislazione sociale nazionale (in particolare dalla Legge 328/2000), dalla legislazione sanitaria nazionale (in particolare DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA), dalla legislazione nazionale relativa alle prestazioni assistenziali dell'INPS, dalla legislazione sociale regionale. L'ASSR nel 2015 ha effettuato una ricognizione dei diritti sociali e dei LEPS a livello nazionale e regionale (Dossier n. 255).

Possiamo classificare i LEPS, operativamente, nella maniera seguente:

- LEPS intesi come garanzia della presenza di determinati servizi. La stessa Legge 328/2000 ha definito un elenco di servizi da prevedere comunque². La legislazione regionale ha introdotto altri servizi da assicurare a livello locale. Occorre ripensare il sistema regionale dei servizi riprogettandolo su base distrettuale e integrando tutte le articolazioni dei servizi attorno al Servizio sociale territoriale di ambito distrettuale. Infatti il PSSR 2017-2019 prevede che “...nel primo triennio di vigenza dovrà essere completata la costituzione dei Servizi sociali territoriali di ambito distrettuale tramite la riorganizzazione dei servizi sociali”.
- LEPS intesi come prestazioni da erogare nei limiti di uno stanziamento definito. Si tratta di prestazioni che vengono solitamente definiti in ambito locale, ma che spesso sono previste anche nella legislazione regionale. Da una ricerca dell'ASSR del 2011 (Dossier n. 233) risulta che oltre l'80% degli ambiti distrettuali erogano il medesimo elenco di prestazioni. Si rende necessario un ulteriore impegno per garantire una presenza quanto più omogenea possibile dei servizi sul territorio e coerentemente favorire l'equità di accesso e la qualità delle prestazioni.
- LEPS che devono essere erogati per disposizioni di legge. Alcuni interventi sociali dei Comuni sono senz'altro da garantire per prescrizioni legislative (ad es. la presa in carico di minori privi di sostegni familiari) o disposizioni della magistratura (la tutela di persone non in grado di provvedere a se stesse).
- LEPS integrati con i LEA sanitari. Alcuni LEA sociosanitari sono a carico del FSN per una percentuale del costo.
- LEPS erogati dall'INPS: prestazioni assistenziali effettivamente esigibili, in presenza dei requisiti di accesso previsti.

¹ Legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” Art. 6 - Livelli essenziali delle prestazioni sociali, comma 2. “Il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali definisce, sulla base del fabbisogno rilevato, le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi, che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire, tenuto conto dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni individuati dallo Stato. La definizione dei livelli avviene sulla base dei bisogni rilevati, nel rispetto dei criteri di equità, efficacia ed appropriatezza, tenuto conto delle risorse del Fondo sociale regionale di cui all'articolo 46 e della compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni.” comma 3. “La definizione dei livelli di cui al comma 2, è attuata previa concertazione con la Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie, sentita la Commissione assembleare competente.”

² Legge 8 novembre 2000, n. 328, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, Art. 22. -Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali - comma 4. “In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

Azioni da svolgere:

- Costituzione di un gruppo di progetto finalizzato al monitoraggio della rete dei servizi e delle prestazioni.
- Rilevazione dei bisogni sociali, a partire dal Sistema informativo degli sportelli sociali, con il coordinamento degli Uffici di Piano che si avvalgono degli Uffici di Supporto alle CTSS.
- Identificazione dei flussi di spesa e della dinamica degli ultimi 5 anni, utilizzando prioritariamente la rilevazione dell'ISTAT sugli interventi e sulla spesa sociale dei Comuni e i dati di consuntivo di FRNA e FNA.
- Promozione di collaborazioni interistituzionali per la lettura integrata dei sistemi informativi, degli applicativi esistenti e delle banche dati, compreso il casellario dell'assistenza.

Beneficiari:

Come prevede la legge regionale n. 2/2003, i beneficiari sono, sulla base della valutazione del bisogno personale e familiare, indipendentemente dalle condizioni economiche i cittadini italiani e dell'Unione europea, nel rispetto degli accordi internazionali vigenti, gli stranieri, gli apolidi, regolarmente soggiornanti ai sensi della normativa statale, nonché i minori stranieri o apolidi. L'assistenza ai soggetti di cui sopra è garantita dal Comune di residenza.

Il diritto agli interventi ed alle prestazioni si estende alle persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti sul territorio regionale, limitatamente a quelli non differibili. L'assistenza è garantita dal Comune nel cui territorio si è manifestata la necessità d'intervento.

Elementi di trasversalità:

Il tema dei LEPS interagisce fortemente con il sistema sanitario e con il sistema educativo e scolastico, ma ha anche forti implicazioni con il diritto alla casa, l'integrazione degli immigrati, il diritto al lavoro.

Indicatori:

1. Monitoraggio dell'offerta di servizi e della spesa.
2. Costituzione gruppo di progetto.
3. Elaborazione di una analisi del livello attuale e concreto di erogazione dei servizi, in tutti gli ambiti territoriali distrettuali.

a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
 b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
 c) assistenza domiciliare;
 d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
 e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario."

Deliberazione di Giunta regionale n. 1423 del 2 ottobre 2017

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- l'art. 1, comma 13 del D. Lgs. n. 502/92 e ss. mm. e ii.;
- la legge 8/11/2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la L.R. 12/05/1994, n.19 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del D.lgs.vo 30/12/1992, n.502, modificato dal D.lgs.vo 7/12/1993, n.517" e ss. mm. e ii., ed in particolare l'art. 17, comma 1;
- la L.R. 23/12/2004, n.29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale";
- la L.R. 12/3/2003, n.2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e ss. mm. e ii. ed in particolare gli artt. 19,27 e 29;
- la L.R. 30/07/2015 n.13 "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su città metropolitana di Bologna, province, comuni e loro unioni";
- la L.R. 15/07/2016 n. 11, in particolare l'art.11 che modifica l'art.27 della L.R. 2/2003 stabilendo la durata e l'efficacia del Piano regionale e il percorso per la sua adozione;

Richiamate le seguenti deliberazioni con le quali si è data attuazione alla normativa di cui sopra:

- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n.175/2008 con la quale si è approvato il Piano sociale e sanitario 2008-2010;
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n.117/2013 con la quale tra l'altro si è prorogata la validità del precedente Piano sociale e sanitario regionale per gli anni 2013 e 2014;
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 120/2017 con la quale si è approvato il nuovo Piano sociale e sanitario 2017-2019;

Dato atto che nel cap. 6 "Attuazione e valutazione del Piano" dell'allegato alla D.A.L.120/17 sopra citata:

1. si prevede di dare attuazione al nuovo Piano definendo specifici interventi da realizzare da parte del sistema Regione-Enti locali, conseguenti alle indicazioni contenute nel piano stesso, e di descrivere tali interventi con schede che dettagliano le azioni da sviluppare nell'arco di vigenza del Piano, con particolare attenzione agli aspetti di integrazione e trasversalità, oltre che i destinatari e gli indicatori per la misurazione del risultato;
2. si definisce l'iter di approvazione delle schede, cioè con atto di Giunta regionale previo parere della Commissione assembleare competente, dato il carattere di indirizzo che le schede rivestono, in particolare rispetto alla nuova programmazione locale conseguente al Piano, cioè i Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale 2018-2020;
3. si stabilisce che nel periodo di vigenza del Piano le schede approvate con il presente atto potranno essere integrate con riferimento alla realizzazione delle politiche previste nel piano stesso; le schede si connotano infatti come strumento operativo e dinamico del Piano, per la cui attuazione possono essere individuati nel periodo di vigenza ambiti/interventi ulteriori o essere potenziati quelli già ricompresi nelle schede, quali, fra le altre, le tematiche relative alla formazione;

Considerato che:

- le schede attuative del Piano contenute nell'allegato parte integrante e sostanziale del presente atto, discendono dagli obiettivi strategici individuati nel Piano, adottano un approccio fortemente trasversale per favorire l'integrazione degli interventi (non solo sociali e sanitari, ma anche educativi, formativi, per il lavoro, per la casa, della scuola, della giustizia) e riguardano prevalentemente azioni innovative o azioni già avviate, da rendere più efficaci tramite nuove procedure e strumenti e/o da potenziare e ampliare negli obiettivi;
- le programmazioni dei territori distrettuali (Piani di zona) e i programmi della Regione avranno a riferimento non solo le azioni indicate nelle schede, in quanto strumenti attuativi prioritari del Piano, ma l'insieme di Piani e Programmi regionali parte integrante delle politiche di welfare sia regionale che locale, citati nella premessa dell'allegato al presente atto;

Valutato, in coerenza con il quadro complessivo e con gli obiettivi strategici delineati dal Piano, di individuare ai fini della elaborazione e approvazione dei Piani di zona distrettuali:

- i contenuti essenziali dei documenti triennali di piano, come di seguito dettagliati: analisi del contesto territoriale nelle sue diverse dimensioni, definizione della governance locale e dell'assetto organizzativo a livello distrettuale, scelte strategiche con riferimento agli indirizzi del Piano regionale e ai bisogni emergenti, sviluppo di un set minimo di schede, anche in riferimento alle schede attuative del piano regionale, processo programmatico e partecipazione, strumenti per il monitoraggio e valutazione;
- la tempistica e le modalità del processo: approvazione dei Piani triennali entro il 15 marzo 2018, garantendo un percorso di elaborazione partecipato e condiviso con attori istituzionali, sociali e cittadini; approvazione del documento attuativo anno 2018 entro il medesimo termine;

Considerato che, a seguito dell'approvazione del presente atto, verranno date indicazioni tecnico-operative e procedurali, coerenti ai contenuti delle schede, utili alla redazione dei Piani di zona distrettuali di cui sopra;

Dato atto dell'ampio percorso di elaborazione, discussione e confronto sul documento allegato "Schede d'intervento in attuazione del PSSR 2017-2019" parte integrante e sostanziale del presente atto, percorso che si è avvalso del lavoro istruttorio svolto in sede di Comitato tecnico di supporto alla Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali di cui all'art. 59 della L.R. 13/2015 sopra citata, e alla DGR 1443/2016 attuativa di tale articolo;

Considerato che dal contesto complessivo del Piano, in relazione anche all'attuazione della legge di riordino istituzionale n.13/2015, emerge l'esigenza di un approfondimento sul quadro delle relazioni istituzionali a livello distrettuale, e che si ritiene opportuno procedere a tale approfondimento a seguito dell'approvazione del presente atto utilizzando la metodologia del confronto con gli attori interessati;

Valutata l'opportunità di riferire periodicamente alla Commissione assembleare competente sugli stati di avanzamento delle azioni previste dalle schede, oltre al monitoraggio del PSSR secondo quanto stabilito dalla D.A.L. 120/2017 su citata;

Dato atto del parere favorevole espresso in merito allo stesso documento:

- dalla Cabina di regia su citata, nella seduta del 12 settembre 2017;
- dalla Conferenza regionale del Terzo Settore, nella seduta dell'11 settembre 2017, e tenuto conto delle osservazioni formulate dalla medesima;

Sentite le Organizzazioni sindacali;

Acquisito il parere favorevole della IV Commissione assembleare Politiche per la salute e politiche sociali, competente in materia, che lo ha espresso nella seduta del 25 settembre 2017;

Visti:

- il D.lgs 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;
- la delibera della Giunta regionale n. 89 del 30/01/2017, "Approvazione Piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";
- la delibera della Giunta regionale n. 486 del 10/04/2017, "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";
- la delibera della Giunta regionale n. 468 del 10/04/2017, "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" ed in particolare gli artt. 21 e 22 dell'allegato;

Richiamate le proprie deliberazioni n. 2416 del 29 dicembre 2008, n.193/2015, n. 628/2015, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n.1681/2016 e n. 2344/2016;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute e della Vicepresidente
e Assessore alle politiche di welfare e politiche abitative;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

- 1) di approvare, per le ragioni espresse in premessa, le Schede d'intervento in attuazione del PSSR 2017-2019 di cui all'allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di dare atto che nel periodo di vigenza del Piano le schede approvate potranno essere integrate con altre schede con riferimento alla realizzazione delle politiche previste nel piano stesso;
- 3) di individuare, ai fini della elaborazione e approvazione dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale 2018-2020, i contenuti essenziali dei documenti triennali di piano, come definiti in premessa, che qui si intendono integralmente riportati, e la relativa tempistica e modalità del processo: approvazione dei Piani triennali entro il 15 marzo 2018 garantendo un percorso di elaborazione partecipato e condiviso con attori istituzionali, sociali e cittadini; approvazione del documento attuativo anno 2018 entro il medesimo termine;
- 4) di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.

Tavola riassuntiva indicatori/schede d'intervento

| A. Politiche per la prossimità e la domiciliarità |
|---|
| 1. Case della salute e Medicina d'iniziativa <ol style="list-style-type: none">1. evidenza del livello di realizzazione e programmazione delle Case della Salute nei singoli territori (report annuale monitoraggio con evidenza dei percorsi integrati, aree di intervento e n° ambulatori infermieristici);2. evidenza dell'impatto delle Case della Salute sulla popolazione e sui professionisti (progetto regionale di valutazione);3. evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi;4. evidenza del percorso formativo regionale realizzato nelle Aziende Sanitarie. |
| 2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata entro la legislatura: <ol style="list-style-type: none">1. adeguamento dei posti letto come da azione n. 2, target 100%;2. definire il riassetto delle discipline incluse nelle reti Hub&Spoke attraverso proposte dei gruppi di lavoro appositamente istituiti, target 100%;3. valutazione dei diversi modelli fin qui sviluppatasi con lettura integrata degli assetti ospedalieri e territoriali (evidenza documento, target 100%); |
| 3. Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità <ol style="list-style-type: none">1. Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità e mappatura posti letto;2. Evidenza dei percorsi di raccordo fra Ospedale e Territorio;3. Valutazione di impatto del modello organizzativo Ospedale di Comunità. |
| 4. Budget di salute <ol style="list-style-type: none">1. n. pazienti con budget di salute / N. pazienti CSM;2. risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali;3. coinvolgimento di utenti e familiari nel programma regionale;4. azioni formative realizzate;5. (in fase matura) numero Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili. |
| 5. Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari <ol style="list-style-type: none">1. Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver.2. Definizione di un programma integrato per il riconoscimento e la valorizzazione del caregiver familiare, all'interno dei Piani di Zona.3. Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver.4. Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate. |
| 6. Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi <ol style="list-style-type: none">1. N. ambiti distrettuali che hanno definito il Programma distrettuale per il "Dopo di Noi - Durante Noi" in attuazione della DGR 733/totale ambiti.2. N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016.3. N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti.4. Approvazione del bando regionale per finanziare le soluzioni abitative di cui al Programma "Dopo di noi" Legge 112/16. |

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

1. N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). Valore standard > 60%;
2. Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete;
3. Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative;
4. Presenza di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore);
5. N. Aziende all'interno delle quali si è individuato il referente per le CP pediatriche e definito il percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle CPP;

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

1. N° sportelli informativi attivati in carcere/numero IIPP (target 100%);
2. N° gruppi di informazione ed educazione alla salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto/numero IIPP (target 100%);
3. N° realizzazione di campagne di sensibilizzazione nazionali e mondiali attivate in ciascun carcere (es. giornate sui temi dell'HIV, della prevenzione del tumore al seno, della lotta al fumo)/numero IIPP (target almeno uno per IP);
4. N° interventi di inclusione lavorativa attivati in ciascun territorio dentro e fuori dagli IIPP;
5. N° interventi per l'inclusione socio lavorativa dei minori e dei giovani-adulti in esecuzione penale, nel procedimento minorile;
6. N° enti coinvolti di terzo settore.

B. Politiche per la riduzione delle diseguaglianze e la promozione della salute

9. Medicina di genere

1. Attivazione e evidenze delle azioni del coordinamento regionale "Medicina di genere ed equità";
2. Realizzazione della sperimentazione dell'approccio di medicina di genere in un territorio regionale/aziendale;
3. Definizione di linee operative per l'estensione dell'approccio alle altre Aziende sanitarie;
4. Formazione diffusa degli operatori compresi i medici convenzionati.

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

Con riferimento in particolare ai comuni capoluogo:

1. N. persone senza dimora prese in carico;
2. N. persone inserite in esperienze di co-housing e di Housing first/Housing Led;
3. N. posti in accoglienza suddivisi in: H24, notturni, diurni.

11. Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

a livello aziendale:

1. presenza dei referenti dell'equità aziendali e del board aziendali (o altre forme di coordinamento) per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità;
2. adozione del piano aziendale delle azioni di equità nel rispetto delle differenze, prioritariamente orientate agli obiettivi strategici del Piano (condizioni di povertà, rischio di esclusione sociale o discriminazione);
3. applicazione di almeno 1 strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio.

a livello regionale:

4. raggiungimento degli indicatori previsti nel Piano regionale della prevenzione in relazione all'utilizzo degli strumenti di equity assessment;
5. evidenza di valutazione impatto politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione tramite analisi epidemiologiche;
6. rilevazione dell'indicatore EDI (Early development instrument) su campione regionale e su campione distrettuale (almeno uno per area vasta);
7. creazione di una piattaforma formativa.

| |
|---|
| <p>12. Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N. beneficiari corsi lingua italiana realizzati nell'ambito del Piano Regionale per l'insegnamento della lingua italiana; 2. N. soggetti in carico ai programmi di assistenza del progetto regionale Oltre la Strada; 3. N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA; 4. N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale; 5. Predisposizione annuale report sui flussi in ingresso e sulla presenza delle persone straniere in regione. |
| <p>13. Fondi integrativi per prestazioni non coperte dai LEA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. entro l'anno 2017: completamento iter normativo di istituzione del Fondo; 2. entro l'anno 2018: avvio del Fondo. |
| <p>14. Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. predisposizione annuale del Bilancio di genere regionale e diffusione dell'utilizzo di tale strumento presso altri enti locali; 2. attività del Tavolo permanente per le politiche di genere; 3. progetti finanziati con bando regionale a sostegno della diffusione della cultura delle pari opportunità; 4. numero Centri Interculturali attivi; 5. attività del Centro regionale contro le discriminazioni e dei nodi regionali antidiscriminazione. |
| <p>15. Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS; 2. N. utenti per visite/consulenze in puerperio /totale donne che hanno partorito nell'anno; 3. tassi allattamento materno a 3 e 6 mesi; 4. N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse). |
| <p>16. Sostegno alla genitorialità</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. attività formative regionali per operatori dei Centri per le famiglie a supporto della loro attività e in relazione a problematiche familiari emergenti; 2. evidenza di attività annuali svolte dai centri per le famiglie, con particolare riferimento a quelle dell'area sostegno alle competenze genitoriali (quali attività di consulenza, counselling di coppia e genitoriale, Mediazione familiare, ecc.) e all'area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie (quali gruppi di auto-aiuto, gruppi di famiglie-risorsa e reti di famiglie, ecc.); 3. attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni. |
| <p>17. Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008); 2. Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"; 3. N° interventi di prossimità attivi; 4. N° punti di accesso dedicati agli adolescenti; 5. % di raggiungimento degli obiettivi dei progetti del Piano regionale prevenzione 2015-2018 rivolti agli adolescenti. |
| <p>18. Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni realtà aziendale; 2. progettazione di una campagna informativa per la cittadinanza sulla tutela della fertilità maschile e femminile; 3. apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto; 4. % di utenti 20-34 anni/utenti totale dei CF. |

| |
|---|
| <p>19. Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. presenza della programmazione specifica di interventi di contrasto del GAP all'interno dei Piani di zona; 2. incremento del n. utenti che accedono ai servizi di cura; 3. almeno n. 3 corsi di formazione, a cura della Regione, rivolta agli esercenti con offerta di gioco non esclusiva. |
| <p>20. Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione di iniziative di promozione di stili di vita salutari, con particolare riferimento all'attività fisica (es. gruppi di cammino, corsi di attività fisica adattata). 2. Realizzazione della nuova edizione dell'indagine "Passi d'Argento" sulla popolazione di età ≥ 64 anni. 3. Realizzazione di iniziative di confronto locale sulle buone pratiche. 4. Adeguata offerta di ricoveri temporanei di sollievo (% offerta di ricoveri di sollievo sul totale delle giornate). |
| <p>21. Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia; 2. N. ricoveri di sollievo e dimissioni protette; 3. Approvazione di un regolamento regionale per le Case famiglia e linee guida per i regolamenti comunali; 4. monitoraggio della compartecipazione alla spesa dei cittadini ai servizi socio sanitari. |
| <p>C. Politiche per promuovere l'autonomia delle persone</p> |
| <p>22. Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione sistema informativo RES/SIA; 2. Realizzazione percorso formativo regionale di accompagnamento all'attuazione del RES; 3. n° domande presentate e n° domande accolte per il SIA/REI; 4. n° domande presentate e n° domande accolte per il RES; 5. n° assunzioni effettuate con i bandi PON e la quota vincolata del Fondo; 6. numeri di progetti individuali/familiari realizzati. |
| <p>23. Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N. persone per le quali viene utilizzato lo strumento di valutazione della fragilità e vulnerabilità; 2. N. persone che sottoscrivono il programma personalizzato; 3. N. percorsi di attivazione avviati; 4. N. persone occupate a seguito dei percorsi di inserimento lavorativo; 5. N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi; 6. Monitoraggio dei Piani Integrati Territoriali ai sensi della L.R. 14/2015. |
| <p>24. La casa come fattore di inclusione e benessere sociale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. il tasso di turn-over annuale all'interno degli alloggi, ovvero il numero di nuclei familiari che subentrano a vecchi inquilini; 2. il numero di famiglie presenti nelle graduatorie comunali per l'accesso all'Erp; 3. N° alloggi Erp per ambito distrettuale; 4. mappatura e monitoraggio delle esperienze di social housing e co-housing. |
| <p>25. Contrasto alla violenza di genere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. attività e dati Osservatorio regionale sulla violenza di genere; 2. avvio sistema informativo per monitoraggio presidi di accoglienza donne vittime di violenza (Centri antiviolenza e case rifugio); 3. monitoraggio attività e diffusione centri per il trattamento degli uomini maltrattanti (LDV); 4. utilizzo fondi regionali a sostegno della rete regionale dei Centri antiviolenza e delle case rifugio; 5. n. progetti formativi per gli operatori. |

D. Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini

26. Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità

1. Realizzazione di un Community Lab per l'Implementazione delle Linee guida sulla programmazione locale partecipata e degli strumenti per i Piani di zona.
2. Monitoraggio sulle sperimentazioni attuate e rendicontazione quali-quantitativa delle esperienze realizzate.

27. Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

1. N. aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente;
2. N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dei dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi;
3. N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari;
4. N. aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari;
5. N. aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno delle strutture sanitarie;
6. Verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione.

28. Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

a) CENTRI DI INCONTRO DEMENZE

1. N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1;
2. N. familiari coinvolti/N. persone con demenza coinvolte = 0,5.

b) AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE

1. evidenza di incontri con utenti dei centri di salute mentale che partecipano all'attività della Consulta regionale salute mentale (almeno 2 all'anno);
2. realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti.

c) GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMILIARI

1. evidenza della sottoscrizione del Protocollo di collaborazione con le Università entro il 2017;
2. evidenza di monitoraggio annuale sulla presenza di gruppi Giocatori Anonimi e Gamanon sul territorio regionale;
3. mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto.

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

1. n. progetti servizio civile nazionale e n. giovani coinvolti (di cui UE/di cui non comunitari; di cui tra 15 e 18 anni);
2. n. progetti servizio civile regionale e n. giovani coinvolti (di cui UE/di cui non comunitari; di cui tra 15 e 18 anni);
3. n. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte dei cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali;
4. sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna;
5. definizione di una proposta di linee guida regionali sulla co-progettazione.

E. Politiche per la qualificazione e l'efficientamento dei servizi

30. Aggiornamento di strumenti e procedure relative ai servizi sociosanitari

1. Predisposizione delle proposte tecniche e degli atti amministrativi previsti.

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

1. evidenza dei documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS;
2. % ricoveri per parto in punti nascita < 1000 parti/anno;
3. % parti cesarei nella classe 1 di Robson;
4. % di donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (>= 12^a settimana di gestazione o non effettuata);
5. % allattamento completo a 3 mesi e a 5 mesi;
6. % di donne che eseguono almeno una visita in consultorio nel post parto.

| |
|--|
| <p>32. Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie</p> <p>Rispetto all'elenco regionale di prestazioni di primo accesso e di prestazioni urgenti differibili oggetto di monitoraggio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. % delle prenotazioni effettuate entro i tempi standard sul totale delle prenotazioni $\geq 90\%$; 2. % di interventi erogati entro i tempi previsti dalle classi di priorità $\geq 90\%$; 3. n° sanzioni per mancata disdetta; 4. monitoraggio della presa in carico diretta delle prestazioni secondarie. |
| <p>33. Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produzione di linee di indirizzo e monitoraggio dell'implementazione: N° di aziende che hanno adottato le linee di indirizzo/N. aziende sanitarie della RER. 2. Presenza di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori (tempi, sovrappollamento, appropriatezza, ecc.). 3. Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N° aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. aziende sanitarie della RER. |
| <p>34. Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. progettazione e sperimentazioni dell'approccio dialogico in tre sedi regionali; 2. raccolta di evidenze della sperimentazione di prototipi di alleanze Servizi-Università nei territori di Parma e Bologna: "formazione situata"/service learning; 3. produzione di un manuale per "buone prassi organizzative" facilitanti il lavoro di rete e l'integrazione (tra servizi, tra professioni) comprensivo delle indicazioni operative per il trasferimento nei contesti di lavoro. |
| <p>35. L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indicatore di dimensione: % utenti seguiti, rispetto al totale di utenti con patologia cronica, beneficiari del Servizio di Telemedicina nella zona disagiata. 2. Indicatore di efficacia: N. pazienti gestiti con consulto in Telemedicina non esitati in trasferimento/Totali pazienti per i quali è stata utilizzata la Telemedicina. 3. Indicatore di continuità: Indici di dispersione (deviazione standard) dell'indicatore di Dimensione media (n. medio di contatti/mese per utente) per un periodo temporale di riferimento. |
| <p>36. Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rilevazione dotazione organica del SST; 2. N. ambiti distrettuali con SST unificato /N. ambiti distrettuali; 3. N. ambiti distrettuali nei quali il SST rispetti gli standard previsti da DGR 1012/2014 su dotazioni organiche e diffusione sportelli sociali; 4. evidenza percorsi formativi regionali realizzati rivolti al personale del SST. |
| <p>37. Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. definizione di indicazioni specifiche per l'attuazione della DGR 1102/2014; 2. produzione di un documento di raccomandazioni di intervento per la prevenzione del grave disagio nella minore età; 3. costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19); 4. monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM). |
| <p>38. Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA; 2. monitoraggio delle vaccinazioni previste dalla norma vigente. |
| <p>39. Livelli essenziali delle prestazioni sociali nella Regione Emilia-Romagna</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio dell'offerta di servizi e della spesa. 2. Costituzione gruppo di progetto. 3. Elaborazione di una analisi del livello attuale e concreto di erogazione dei servizi, in tutti gli ambiti territoriali distrettuali. |

 Regione Emilia-Romagna

www.regione.emilia-romagna.it

