

ALLEGATO B

Aggiornamento delle schede intervento di cui alla DGR n. 1423/2017.

Sommario

TABELLA 1 - Elenco delle schede aggiornate	4
TABELLA 2 - Elenco delle schede intervento rimaste invariate	6
TABELLA 3 - Elenco delle schede intervento eliminate	7
SCHEDA 1 - CASE DELLA COMUNITÀ	8
SCHEDA 2 - RETE OSPEDALIERA IN INTEGRAZIONE CON LA RETE TERRITORIALE	10
SCHEDA 3 - OSPEDALI DI COMUNITÀ	12
SCHEDA 4 - BUDGET DI SALUTE.....	14
SCHEDA 5 - RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE NEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI, SOCIO SANITARI E SANITARI	17
SCHEDA 6 PROGETTO DI VITA E INTERVENTI PER LE DISABILITÀ.....	20
SCHEDA 7- PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	23
SCHEDA 8 - PERSONE SOTTOPOSTE A PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA LIMITATIVI E PRIVATIVI DELLA LIBERTÀ PERSONALE NEGLI II.PP. E NEL TERRITORIO: SALUTE, UMANIZZAZIONE DELLA PENA, REINSERIMENTO SOCIO LAVORATIVO	25
SCHEDA 9 - MEDICINA DI GENERE ED EQUITÀ	28
SCHEDA 10 - AZIONI DI CONTRASTO ALL'ESCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI POVERTÀ ESTREMA O A RISCHIO DI MARGINALITÀ	30
SCHEDA 11 - EQUITÀ IN TUTTE LE POLITICHE: METODOLOGIE E STRUMENTI	33
SCHEDA 12 - SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE DELLE PERSONE STRANIERE NEOARRIVATE E CONTRASTO A SITUAZIONI DI TRATTA E SFRUTTAMENTO	36
SCHEDA 14 - PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ E CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI DI GENERE	39
SCHEDA 15 - PRIMI 1000 GIORNI DI VITA. POTENZIARE L'INVESTIMENTO PRECOCE CON AZIONI INTEGRATE, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI FAMILIARI E NEI SERVIZI	42
SCHEDA 16 - GENITORIALITÀ: ALLEANZE, SERVIZI E COMUNITÀ PER IL SOSTEGNO E LA PROMOZIONE DEL BENESSERE DI GENITORI E FAMIGLIE	45
SCHEDA 17 - PROGRAMMA ADOLESCENZA. INTERVENTI INTEGRATI PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE, PREVENZIONE, CURA DI PRE-ADOLESCENTI E ADOLESCENTI	48
SCHEDA 18 - EDUCAZIONE ALL'AFFETTIVITÀ E ALLA SESSUALITÀ E PROMOZIONE DELLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA	51
SCHEDA 19 - PREVENZIONE E RIDUZIONE DEI RISCHI E DEI DANNI DELL'USO DI SOSTANZE E DELLE ADDICTION.....	52
SCHEDA 20 - AZIONI PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO E IN SALUTE E DI TUTELA DELLA FRAGILITÀ DELL'ANZIANO.....	56
SCHEDA 21 - INNOVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI PER ANZIANI NELL'AMBITO DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA.....	59
SCHEDA 22 - MISURE A CONTRASTO DELLE POVERTÀ E PER L'INCLUSIONE	62

SCHEDA 25 - CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE	67
SCHEDA 26 - METODOLOGIE PER L'INTERSETTORIALITÀ, LA PARTECIPAZIONE E IL LAVORO CON LA COMUNITÀ.....	71
SCHEDA 32 – PROMOZIONE DELL'EQUITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	73
SCHEDA 33 MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO PER I BISOGNI DI SALUTE NON DIFFERIBILI A BASSA COMPLESSITÀ CLINICO-ASSISTENZIALE E AI PERCORSI IN EMERGENZA-URGENZA	75
SCHEDA 35 - IMPLEMENTAZIONE E DIFFUSIONE DELL'INFRASTRUTTURA REGIONALE DI TELEMEDICINA (IRT)	77
SCHEDA 36 CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI IN OTTICA DI COMUNITÀ.....	79
SCHEDA 37 QUALIFICAZIONE DEL SISTEMA DI ACCOGLIENZA, TUTELA E CURA RIVOLTO A BAMBINI, ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI E ALLE LORO FAMIGLIE	82

TABELLA 1 - Elenco delle schede aggiornate

n°	Titolo scheda PSSR 2017-19	Titolo scheda PSSR 2017-19 - Aggiornamento 2026
1	<i>Case della salute e medicina di iniziativa</i>	Case della comunità
2	<i>Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata</i>	<i>Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata</i>
3	<i>Cure intermedie e sviluppo degli ospedali di comunità in Emilia-Romagna</i>	Ospedali di comunità
4	<i>Budget di salute</i>	<i>Budget di salute</i>
5	<i>Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari</i>	<i>Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari</i>
6	<i>Progetto di vita, vita indipendente e dopo di noi</i>	Progetto di vita e interventi per le disabilità
7	<i>Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative</i>	Rete di cure palliative
8	<i>Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale</i>	Persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria limitativi e privativi della libertà personale negli II.PP. e nel territorio: salute, umanizzazione della pena, reinserimento socio lavorativo
9	<i>Medicina di genere</i>	Medicina di genere ed equità
10	<i>Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità</i>	<i>Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità</i>
11	<i>Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti</i>	<i>Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti</i>
12	<i>Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate</i>	Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate e contrasto a tratta e grave sfruttamento
14	<i>Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità</i>	Promozione delle pari opportunità e contrasto alle discriminazioni di genere
15	<i>Potenziamento dei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti familiari di accudimento e nei servizi</i>	Primi 1000 giorni di vita. Potenziare l'investimento precoce con azioni integrate, in particolare nei contesti familiari e nei servizi
16	<i>Sostegno alla genitorialità (famiglie e contesto allargato/comunità)</i>	Alleanze, servizi e comunità per il sostegno e la promozione del benessere di genitori e famiglie

n°	Titolo scheda PSSR 2017-19	Titolo scheda PSSR 2017-19 - Aggiornamento 2026 Aggiornamento 2026
17	<i>Progetto adolescenza. Interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti</i>	Programma adolescenza. Interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
18	<i>Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità</i>	Educazione all'affettività e alla sessualità e promozione della salute sessuale e riproduttiva
19	<i>Prevenzione e contrasto gioco d'azzardo patologico</i>	Prevenzione e riduzione dei rischi e dei danni dell'uso di sostanze e delle addiction
20	<i>Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano</i>	<i>Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano</i>
21	<i>Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo per la non autosufficienza</i>	<i>Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo per la non autosufficienza</i>
22	<i>Misure a contrasto della povertà - Sostegno all'inclusione attiva e reddito di solidarietà (SIA/REI - RES)</i>	Misure a contrasto delle povertà e per l'inclusione
25	<i>Contrasto alla violenza di genere</i>	<i>Contrasto alla violenza di genere</i>
26	<i>Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità</i>	Metodologie per l'intersectorialità, la partecipazione e il lavoro con la comunità
32	<i>Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie</i>	<i>Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie</i>
33	<i>Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza - urgenza</i>	Miglioramento dell'accesso per i bisogni di salute non differibili a bassa complessità clinico-assistenziale e ai percorsi in emergenza-urgenza
35	<i>L'ICT – Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione – come strumento per nuovo modello di e-welfare</i>	Implementazione e diffusione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT)
36	<i>Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali</i>	Consolidamento e sviluppo dei servizi sociali territoriali in ottica di comunità
37	<i>Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggioranni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela</i>	Qualificazione del sistema di accoglienza, tutela e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggioranni e alle loro famiglie

TABELLA 2 - Elenco delle schede intervento rimaste invariate

n°	Titolo scheda PSSR 2017-19
24	<i>La casa come fattore di inclusione e benessere sociale</i>
27	<i>Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)</i>
28	Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
29	<i>Partecipazione civica e collaborazione fra sistema pubblico ed enti del terzo settore</i>
38	<i>Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali</i>
40	<i>Sostegno ai Comuni per azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla vulnerabilità sociale</i>

TABELLA 3 -Elenco delle schede intervento eliminate

n°	Titolo scheda PSSR 2017-19	Aggiornamento 2026
13	<i>Fondi Integrativi per prestazioni non coperte dai LEA</i>	eliminata
23	<i>Avvicinamento al lavoro di persone fragili e vulnerabili LR 14/15</i>	eliminata: accorpata alla scheda 22 -"Misure a contrasto delle povertà e per l'inclusione"
30	<i>Aggiornamento di strumenti e procedure relative ai servizi sociosanitari</i>	eliminata
31	<i>Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti</i>	eliminata: accorpata alla scheda 15 "Primi 1000 giorni di vita. Potenziare l'investimento precoce con azioni integrate, in particolare nei contesti familiari e nei servizi"
34	<i>Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali</i>	eliminata: accorpata alla scheda 26 "Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità"
39	<i>Livelli essenziali delle prestazioni sociali nella Regione Emilia-Romagna</i>	eliminata

SCHEDA 1 - CASE DELLA COMUNITÀ

Razionale/motivazione

I riferimenti normativi a livello nazionale ed europeo, gli orientamenti internazionali sulle politiche di salute e gli sviluppi scientifici in ambito clinico-assistenziale e tecnologico costituiscono un forte impulso per il potenziamento delle Cure primarie e dell'Assistenza territoriale.

La Regione Emilia-Romagna, per l'adeguamento previsto nel DM 77/2022 e nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 5 e 6, sta proseguendo con il processo di implementazione delle Case della Comunità (CdC) finalizzato alla maggiore diffusione ed integrazione dei processi per la risposta ai bisogni dei cittadini nel territorio di riferimento. Per il 2026 saranno attive 89 CdC hub come da indicazioni ministeriali.

All'interno di questo percorso la Regione Emilia-Romagna ha deliberato le seguenti linee di sviluppo:

- DGR 2221/2022 "Azioni di potenziamento e ulteriore sviluppo dell'assistenza territoriale con particolare riferimento alle CdC"
- DGR 58/2022 Piano regionale della prevenzione – Percorso formativo a sostegno della promozione della salute nelle CdC
- DGR 2161/2023 "Progettazione e implementazione del Punto Unico di Accesso (PUA), con sede operativa nelle CdC"
- DGR 2185/2023 "Linee di indirizzo per l'implementazione della psicologia nelle CdC"
- DGR 2324/2023 "Avvio del percorso formativo e di sperimentazione CasaCommunityLab"
- DGR 2263/2023 "Assegnazione di un contributo di servizio per il volontariato per progetti formativi/di accompagnamento per sviluppo e qualificazione delle CdC"

Le CdC costituiscono il nodo centrale della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e sono parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale, di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti, nelle quali promuovere l'empowerment dei cittadini grazie a percorsi condivisi di programmazione, progettazione e valutazione. Di primaria importanza è la capacità di lettura del contesto attraverso l'integrazione di dati epidemiologici e rilevazioni qualitative che insieme informano sui meccanismi generativi delle disuguaglianze in salute.

Le CdC comprendono sia i servizi erogati direttamente dal SSR sia quelli erogati da altri attori come Enti Locali, educativi e scolastici, soggetti accreditati, farmacie dei servizi, reti sociali e di volontariato. Tali strutture rappresentano un esempio concreto dei legami esistenti tra processi partecipativi e promozione dell'equità in termini di miglioramento della qualità dei servizi e degli ambienti di vita e di lavoro, capacitazione della cittadinanza ed esiti di salute.

Le CdC perseguono un modello organizzativo basato sull'approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità e proattività che prevede la partecipazione della comunità e l'interconnessione con gli altri elementi del sistema (come, ad esempio, gli Ospedali di Comunità, i Consultori familiari e pediatrici, l'Infermieristica di Famiglia e Comunità, il Servizio Sociale, gli Enti locali o altre risorse presenti nei territori). In tale contesto è significativo il ruolo dello sviluppo digitale finalizzato alla condivisione di informazioni.

Descrizione

Le CdC rappresentano il luogo di prossimità che ha il potenziale di agire la promozione dell'equità favorendo l'interconnessione tra i diversi attori della salute e del benessere. In tal senso rappresentano il contesto ideale in cui realizzare:

- il coinvolgimento attivo di professionisti, operatori e cittadini nella relazione di cura e nei progetti di salute e di benessere.

- l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali ed ospedalieri con il sistema dei servizi sociali e socioassistenziali degli enti locali mediante il raccordo intersettoriale dei diversi ambiti di competenza, anche mediante l'utilizzo di strumenti per la sanità digitale.
- la valutazione del bisogno multidimensionale, anche attraverso la medicina di iniziativa, per identificare le risposte più appropriate e assicurare una presa in carico globale in tutte le fasi della vita, in particolare, delle persone con fragilità o condizioni croniche.
- l'organizzazione di iniziative di prevenzione e promozione della salute in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione anche attraverso lo sviluppo di progetti di salute specifici.
- l'integrazione, di concerto con Enti Locali e Terzo settore, delle risorse pubbliche con risorse formali e informali della comunità.

Azioni da svolgere

Per generare integrazione, prossimità e partecipazione sono state identificate le seguenti azioni:

- Rafforzare il ruolo del board e del responsabile organizzativo della CdC (DGR 2128/2016) per la governance integrata della CdC, a garanzia della condivisione di valori, bisogni, obiettivi e strategie tra tutti gli attori coinvolti.
- Mappare servizi, risorse sanitarie e sociali, associazioni della rete locale e definire la relazione con la CDC hub di riferimento.
- Raccogliere e interpretare i dati disponibili nelle diverse fonti informative (banche dati; analisi qualitative) al fine di definire le azioni prioritarie di promozione, prevenzione e cura coerentemente con le programmazioni regionali e aziendali.
- Predisporre sistemi informatizzati per ottimizzare la comunicazione e il lavoro in equipe tra professionisti ed operatori afferenti a servizi ed enti di tipologia sanitaria, socio-sanitaria e sociale (es. PUA, COT, 116117, Telemedicina) sia presenti fisicamente nelle CdC che ad esse funzionalmente collegati.
- Promuovere l'integrazione tra istituzioni e servizi della rete attraverso i diversi sistemi di accesso ai servizi sociosanitari (PUA, COT, 116117) al fine di garantire continuità nei percorsi di cura.
- Diffondere l'erogazione dei servizi di telemedicina, facilitandone l'accesso all'assistito ed i suoi caregiver, per esempio istituendo sportelli/spazi dove fruire della prossimità digitale (telemedicina, accesso a SPID, ecc.).
- Sviluppare modelli e competenze trans-professionali attraverso strategie organizzative (es. equipe multiprofessionali territoriali) e formative (es. formazione-intervento situata, interdisciplinare, basata sulle pratiche e condivisa con la comunità).
- Consolidare un approccio sistematico di equità e contrasto alle disuguaglianze anche mediante il raccordo e il coordinamento con il Board aziendale equità, in coerenza con i Piani aziendali equità.
- Consolidare la connessione con il Piano Regionale della Prevenzione.
- Potenziare l'integrazione con i Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DGR 2221/2022), del Dipartimento di Sanità Pubblica.
- Potenziare il servizio di "Psicologia nelle Case della Comunità", attraverso lo sviluppo delle 4 linee di azione così come descritte nella DGR 2185/23.
- Favorire l'integrazione con il "Centro Servizi per il contrasto alla povertà".

Beneficiari

Tutta la popolazione presente in un determinato territorio, tutti i professionisti e operatori (sanità, sociale, scuola, educazione), associazioni del Terzo settore.

SCHEDA 2 - RETE OSPEDALIERA IN INTEGRAZIONE CON LA RETE TERRITORIALE

Razionale/motivazione

Il servizio sanitario regionale attraversa una fase di profonda trasformazione, determinata dall'evoluzione del quadro epidemiologico, dall'invecchiamento della popolazione e dalla crescente prevalenza di condizioni croniche e di multimorbilità.

In questo scenario, la centralità della persona e dei suoi bisogni richiede un ripensamento complessivo dell'organizzazione dei servizi, che superi la tradizionale separazione tra ospedale e territorio e promuova risposte trasversali, capaci di accompagnare il cittadino lungo l'intero percorso di salute.

La sostenibilità del sistema impone di orientare ogni intervento secondo criteri di appropriatezza, riducendo il ricorso improprio ai contesti ad alta intensità e valorizzando le risorse professionali nei luoghi di cura più idonei.

Il rafforzamento delle cure intermedie e domiciliari e l'inserimento della telemedicina come componente del percorso di salute individuale costituiscono i pilastri di un modello orientato alla prossimità, alla personalizzazione dell'assistenza e alla riduzione delle barriere di accesso.

Il governo dell'insieme dei servizi si fonda su un'architettura a rete, supportata da strumenti di coordinamento dell'offerta e di monitoraggio sistematico dei risultati, entro la quale ogni nodo — ospedaliero, territoriale, domiciliare — contribuisce in modo complementare alla risposta ai bisogni della popolazione.

Sul versante ospedaliero, la programmazione regionale procederà a riorganizzare l'offerta in funzione della correlazione tra volumi di attività ed esiti di salute, concentrando la casistica a maggiore complessità nei centri con adeguata capacità, valorizzando le strutture di prossimità per la gestione della domanda a media e bassa intensità.

Il quadro normativo vigente e le opportunità offerte dagli investimenti in infrastrutture tecnologiche e digitali definiscono la cornice entro cui realizzare questa riconfigurazione, coinvolgendo l'insieme dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati.

La qualificazione e la redistribuzione delle competenze professionali, insieme alla promozione di una cultura organizzativa condivisa tra tutti i contesti di cura, rappresentano la condizione abilitante per tradurre il disegno di riforma in pratiche assistenziali effettive e misurabili nei loro risultati.

Descrizione e obiettivi strategici

- Potenziamento dei meccanismi di raccordo funzionale tra strutture ospedaliere, servizi territoriali e cure primarie, mediante l'adozione di strumenti condivisi di programmazione, la digitalizzazione dei percorsi e il consolidamento delle reti assistenziali;
- Costruzione di modelli di assistenza incentrati sulla persona e sulla relazione terapeutica, anche nei contesti ad elevata specializzazione, attraverso il collegamento con le risorse del territorio, i servizi sociali e la medicina generale, nella prospettiva di una partecipazione attiva alla definizione e alla realizzazione del progetto assistenziale individuale, con particolare attenzione ai casi in cui il ricovero per evento acuto produce effetti rilevanti sulla prognosi e sulla prosecuzione del percorso di cura;

- Valorizzazione del patrimonio professionale del servizio sanitario regionale, tramite la programmazione di itinerari formativi interdisciplinari e interprofessionali, orientati allo sviluppo delle competenze richieste dai nuovi modelli organizzativi.

Azioni da svolgere

1. Gestione condivisa delle transizioni tra contesti assistenziali, attraverso la formalizzazione di percorsi di dimissione dall'ospedale verso le cure intermedie, la riabilitazione e il domicilio, a tutela della continuità di cura e della promozione dell'assistenza domiciliare come modalità privilegiata di presa in carico;
2. Sviluppo di modelli condivisi di integrazione tra ospedale e territorio a valenza sanitaria e sociale, mediante il confronto multiprofessionale e interdisciplinare finalizzato alla definizione di protocolli di gestione congiunta dei pazienti e al coordinamento delle reti assistenziali regionali;
3. Attivazione di programmi di formazione congiunta tra professionisti ospedalieri e territoriali, comprensivi di esperienze strutturate di scambio tra contesti operativi e di momenti di approfondimento su tematiche clinico-organizzative trasversali;
4. Consolidamento dell'infrastruttura regionale di telemedicina, affinché le diverse modalità di assistenza a distanza operino come strumenti ordinari di connessione tra le reti cliniche, riabilitative e sociali dei differenti contesti di cura.

Beneficiari

Cittadini assistiti dal Servizio Sanitario Regionale, Aziende Sanitarie, soggetti erogatori accreditati e relativi professionisti, organizzazioni del Terzo Settore.

SCHEDA 3 - OSPEDALI DI COMUNITÀ

Razionale/motivazione

Una delle sfide poste dal DM77 è rappresentata dallo sviluppo di un'assistenza territoriale che ruoti attorno a quattro principi cardine:

- Medicina di popolazione;
- Sanità di iniziativa;
- Stratificazione della popolazione per profili di rischio;
- Progetto di salute.

Per questa ragione è necessario differenziare e contestualizzare le strategie di intervento e i percorsi clinico-assistenziali in base ai bisogni di popolazione emergenti, rispetto agli scenari sociali ed epidemiologici del Paese.

Una quota rilevante della popolazione è costituita da anziani con una o più patologie croniche, che spesso presentano elementi di fragilità sociale, economica, familiare e/o ambientale: si tratta di persone con rischio elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari, che vanno dal pronto soccorso fino ai ricoveri ospedalieri per acuti.

Sviluppare metodi di valutazione dei bisogni clinico-assistenziali favorisce la riorganizzazione dell'offerta complessiva ospedaliera e territoriale; a tale scopo può essere funzionale anche rimodulare l'assetto dell'offerta dei posti letto in rispetto della normativa vigente, favorendo l'integrazione di setting di cure intermedie laddove il contesto sociale, epidemiologico e organizzativo ne possano trovare giovamento.

Al fine di sviluppare il progetto di salute dei singoli pazienti si deve garantire la presa in carico attraverso strumenti di gestione nel passaggio dei diversi setting, nel modo più individualizzato possibile.

La riorganizzazione delle cure territoriali, sostenuta dal DM 77/2022, dalla DGR 2221/2022 e dagli obiettivi del PNRR, richiede particolare attenzione rispetto alle strategie, relazioni, processi e competenze che guideranno l'ulteriore sviluppo degli Ospedali di Comunità.

Gli Ospedali di Comunità (OdC/OsCo) fanno parte delle cure di transizione, sono strutture di ricovero che afferiscono alla rete di offerta territoriale e svolgono un ruolo di congiunzione tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, offrendo un'assistenza infermieristica continuativa in risposta ai bisogni temporanei di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia di pazienti fragili/cronici che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica.

Descrizione

L'Ospedale di Comunità si pone come riferimento per rispondere ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria della popolazione al fine di sviluppare l'assistenza Territoriale, insieme alle Case di Comunità (CdC) e le Centrali Operative Territoriali (COT).

Secondo il DM 77, l'Ospedale di Comunità rappresenta una struttura sanitaria territoriale rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio.

La programmazione regionale, in applicazione del DM77/2022, prevede che il numero di posti letto, in linea con lo standard atteso di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, sia complessivamente di circa 900 posti letto. I finanziamenti PNRR comprendono 27 progetti per gli OdC/OsCo, di cui 13 relativi a nuove costruzioni e 14 interventi di ristrutturazione/ampliamento di strutture già esistenti da completare secondo i target previsti per il 2026.

Azioni da svolgere

1. Garantire il ruolo del Distretto nell'identificazione dei bisogni sanitari e sociosanitari
2. Valorizzazione del Progetto di Assistenza Individuale integrato (PAI) come strumento di governo del percorso di cura
3. Governo della transizione da parte della Centrale Operativa Territoriale (COT)
4. Rinforzare l'appropriatezza dei percorsi di invio in Ospedale di Comunità, in particolare da domicilio e da Pronto Soccorso
5. Favorire autonomia, domiciliarità e capacità di recupero attraverso il coinvolgimento del paziente, della famiglia, dei caregiver e terzo settore
6. Includere strumenti di valutazione dell'esperienza del paziente nel monitoraggio dell'attività (es. PREMS e PROMS).

Beneficiari

- Persone fragili e/o affette da patologie croniche provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa o programmabile;
- Persone fragili e/o affette da patologie croniche provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali per la presenza di una instabilità clinica (es: riacutizzazione di patologia cronica preesistente, insorgenza di un quadro clinico imprevisto) per le quali il ricovero in ospedale risulti inappropriato
- Persone che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che richiedono interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- Persone che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto e educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

SCHEDA 4 - BUDGET DI SALUTE

Razionale/motivazione

Il Budget di salute (BdS) è una metodologia che si fonda su percorsi di empowerment e capacitazione della persona, vista come prima risorsa, declinati in tutte le aree di intervento (abitare-formazione/lavoro-affettività/socialità) sulla base di valutazioni multidimensionali di bisogni, risorse e funzionamento secondo il modello biopsicosociale. Come metodo prevede la definizione di una progettualità personalizzata, che unisca percorso di cura e progetto di vita, condivisa tra servizi sanitari e sociali, terzo settore, rete informale del territorio, ma soprattutto condivisa e sottoscritta dalla persona titolare del Bds e, dove previsto, dalla sua famiglia.

Il Budget di salute si iscrive tra gli strumenti innovativi di integrazione sociosanitaria introdotti dai servizi sanitari e sociali nell'ambito di un nuovo modello di welfare pubblico e generativo di comunità.

Il Budget di Salute (BdS) è nato diversi anni fa in forma sperimentale nell'ambito della Salute Mentale (SM) per sostenere i percorsi di dimissione al domicilio di pazienti ricoverati in Ospedale Psichiatrico, anche grazie all'azione propositiva della Consulta Regionale Salute Mentale successivamente esteso ad utenti con patologia grave che non trovavano una risposta appropriata nei percorsi di cura tradizionali, in alternativa o per sostenere la dimissione dalle strutture residenziali. È stato sperimentato anche con persone autori di reato con misura di sicurezza e, nel corso del tempo, ha incluso l'ambito delle Dipendenze Patologiche (DP) in alternativa o superamento dell'assistenza residenziale, con sperimentazioni anche nell'ambito dei servizi di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA).

Come previsto dal DM 77/2022 può costituire un modello valido per dare risposta partecipata a persone con bisogni complessi di tipo sanitario e sociale (livello 5 DM 77/2022) e consentirne la permanenza al domicilio.

La metodologia del Bds come metodo di lavoro e strumento di integrazione, qualificandosi come promotore e attivatore di risorse può favorire processi partecipativi, di sviluppo di nuovo servizi di comunità e prossimità e la ricostruzione di reti integrate territoriali, dove ognuno può essere risorsa per gli altri. In quest'ottica si avvale anche delle iniziative connesse all'auto mutuo aiuto e alla valorizzazione degli ESP esperti in supporto tra pari.

Descrizione

Il Bds così come definito nel documento *"Linee di Indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del BDS"* DGR 1554/2015 è stato ulteriormente dettagliato nelle *"Linee Programmatiche: progettare il Bds con la persona"* emesse dalla Presidenza del Consiglio dei ministri approvate in Conferenza Unificata Stato Regioni nel 6 luglio 2022, cui occorre fare riferimento per la corretta applicazione del Bds.

Nello specifico, sono stati identificati i seguenti *Elementi Qualificanti* che devono essere sempre coesistenti: 1. Persona come protagonista del proprio progetto di cura e di vita; 2. Governo e coordinamento pubblico per garantire l'integrazione socio-sanitaria; 3. Approccio capacitante che miri a costruire una relazione di fiducia per effettuare in UVM la valutazione multiprofessionale e multidimensionale dei bisogni e delle risorse e la definizione del BdS; 4. PTRI costruito in base agli assi di intervento casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione e individuazione del Case Manager, sociale o sanitario, cui spetta la funzione di coordinamento degli interventi del progetto elaborato dall'équipe; 5. Sottoscrizione di un accordo da parte della persona

nel quale vengano declinati obiettivi e impegni di tutti i soggetti coinvolti; 6. Nella fase attuativa monitoraggio e verifica, almeno annualmente, da parte dell'équipe sociosanitaria con la partecipazione attiva della persona.

La metodologia Bds così come definita nelle linee nazionali è stata oggetto di una sperimentazione a livello nazionale coordinata dalla RER con l'ISS (Progetto CCM 2022-24 *"Sperimentazione del Bds quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutico riabilitativi individualizzati con particolare riferimento alle malattie mentali e alle dipendenze"* promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo Malattie ed approvato dal Ministero della Salute) che ne ha verificato gli esiti positivi in termini clinici, di funzionamento e di qualità di vita.

Il Bds, come metodo di progettazione e strumento di integrazione sociosanitaria per costruire progetti rivolti a persone in cura ai servizi specialistici della salute mentale e dipendenze patologiche che presentino bisogni complessi che ne compromettano l'autonomia, ad alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale, restituendo loro autodeterminazione e responsabilità. *Altri soggetti coinvolti nell'applicazione della metodologia Bds: Consulta Salute Mentale, utenti esperti/facilitatori, medici di medicina generale, altri professionisti delle cure primarie con particolare riferimento ai percorsi sviluppati nelle Case della Comunità.*

Azioni da svolgere

A livello regionale:

- a) sostenere la diffusione e il consolidamento della metodologia Bds con azioni di programmazione strategica e governance, inserendola nei principali documenti di programmazione con specifici indicatori di risultato (vedi PIAO 2026-28 ed obiettivi AUSL);
- b) garantire l'attività di coordinamento attraverso il gruppo di lavoro dedicato che unisce rappresentanti di Aziende Usl, Enti Locali, ETS e Consulta per Salute Mentale con declinazione di obiettivi di lavoro condivisi orientati a diffondere e verificare la corretta applicazione del Bd nell'area della salute mentale e delle dipendenze patologiche, estendendone progressivamente l'applicazione anche alla NPJA, favorendo una maggiore integrazione tra i servizi socio sanitari con approccio intersettoriale;
- c) sviluppare iniziative di formazione con il coinvolgimento di personale sanitario, sociale, enti del terzo settore e diffusione delle esperienze applicative anche relativamente alle procedure giuridico amministrative, favorendo così un approccio intersettoriale, attraverso il tavolo di coordinamento Bds;
- d) implementare il monitoraggio attraverso la corretta valorizzazione in CURE e la condivisione periodica dei dati in sede di tavolo di coordinamento Bds, favorendo e ampliando la digitalizzazione del Programma BdS;
- e) attivare iniziative di confronto con approccio intersezionale ed intersettoriale per approfondire la possibile applicazione del Bds ad altre tipologie di soggetti fragili al di fuori dell'ambito della salute mentale e delle dipendenze patologiche
- f) sostenere e diffondere sperimentazioni locali di applicazione del Bds ad altre tipologie di soggetti fragili al di fuori dell'ambito della salute mentale e delle dipendenze patologiche
- g) promuovere, coordinare e collaborare ad iniziative formative e progetti di studio e sperimentazione di livello nazionale dedicati ad implementare la diffusione della metodologia BdS (vedi PNES)

A livello locale:

- a) consolidare l'applicazione della metodologia secondo gli elementi qualificanti delle Linee nazionali e regionali, anche attraverso procedure e accordi condivisi a livello locale
- b) implementare correttamente e sistematicamente la valorizzazione del percorso Bds in CURE, favorendo e ampliando la digitalizzazione dei percorsi;
- c) verificare il recepimento e la declinazione locale delle indicazioni operative regionali sull'UVM
- d) monitorare l'applicazione delle procedure giuridico amministrative per l'attuazione del BdS, evidenziandone punti di forza e criticità
- e) favorire l'applicazione del BdS in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
- f) aderire alle iniziative di livello nazionale promosse a livello regionale per la sperimentazione di processo e di esito del Bds
- g) sperimentare l'applicazione del Bds nei confronti di altre tipologie di soggetti fragili;
- h) promuovere e sostenere iniziative informative e formative con approccio intersezionale e intersettoriale per la conoscenza e la diffusione del Bds
- i) promuovere il coinvolgimento degli ESP nell'applicazione del Bds e nelle iniziative di tipo formativo e di monitoraggio e verifica

Beneficiari

Pazienti in cura presso i Centri di Salute Mentale e i SerDP, con bisogni complessi sociali e sanitari che richiedono un approccio integrato socio sanitario.

In via sperimentale anche pazienti minori in carico ai servizi di NPIA e generalizzabile ad altri soggetti con fragilità socio-sanitarie.

Caratteristica peculiare del Budget di salute è la trasversalità progettuale tra servizi sanitari e sociali, il terzo settore, le associazioni, la rete informale sul territorio, a partire dalla persona protagonista e non solo beneficiaria dell'intervento, prima risorsa insieme alla sua famiglia ed alla sua rete amicale. In questa prospettiva, si intende restituire al soggetto fragile un potere contrattuale per renderlo partecipe responsabile della produzione dei servizi personalizzati di cui ha bisogno.

Altri soggetti destinatari a diversi livelli nelle azioni di implementazione e monitoraggio del BdS: gli ETS, gli organismi della Consulta Salute Mentale e dei CUF/CUFO, gli utenti ESP, ma anche i medici di medicina generale, i professionisti operanti nelle Case di Comunità che possono svolgere funzioni di *case manager*, i professionisti operanti negli Istituti di pena.

SCHEDA 5 - RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE NEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI, SOCIOSANITARI E SANITARI

Razionale/motivazione

Il caregiver familiare di cui alla LR 2/2014 è componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari. 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.

È in atto un importante cambiamento culturale in cui le istituzioni e i professionisti della cura (operatori sociali, sanitari e sociosanitari) stanno sviluppando un approccio che supera l'esclusiva attenzione alla persona assistita a favore di un'ottica che include anche azioni di prevenzione e sostegno rivolte alla persona che se ne prende cura.

Nell'ambito del percorso assistenziale integrato e in particolare nei punti unici di accesso (PUA) presso le case della comunità, negli sportelli dedicati e negli sportelli sociali, il caregiver familiare può essere riconosciuto e ricevere informazione, orientamento e affiancamento per l'accesso alla rete dei servizi.

Le competenze che il caregiver acquisisce nel corso della sua esperienza di cura rappresentano un patrimonio inestimabile di conoscenze pratiche e comprensione empatica che offrono una prospettiva unica e approfondita sulle esigenze della persona assistita e che costituiscono al contempo una risorsa per l'aiuto reciproco tra pari.

Particolare attenzione è richiesta per le situazioni in cui si sommano più fragilità (es. persone anziane che svolgono anche ruolo di caregiver familiare nei confronti del coniuge e/o del figlio/a, ecc.), per i caregiver più fragili (es. caregiver privi di una rete familiare), riconoscendo le specificità dei bisogni (es. giovani genitori di bambini con disabilità, specifiche patologie, gravi disturbi del comportamento, ecc.) e considerando altresì le esigenze di conciliazione e condivisione delle responsabilità sociali e di cura.

È importante ricordare la realtà specifica dei giovani che svolgono il ruolo di caregiver. L'impegno di cura, e il carico che ne consegue, rappresenta un fattore di rischio rilevante per l'insorgenza di problemi a livello individuale e sociale, e può influire sulla salute mentale, il benessere, lo sviluppo, l'inclusione sociale, l'istruzione e le future opportunità occupazionali dei giovani caregiver.

Si ricordano infine i caregiver in età lavorativa (con o senza il supporto di un assistente familiare), che nell'alternanza di attività lavorativa/professionale ed esigenze di caregiving, possono incorrere in criticità di conciliazione e difficoltà occupazionali e di carriera unitamente alle problematiche di distress e rischio di burnout.

La legge regionale 2/2014 e i successivi atti attuativi, definiti sulla base del continuativo confronto con le associazioni di rappresentanza dei caregiver, delle persone con disabilità, delle persone con demenza, delle persone con patologie croniche e rare, con i rappresentanti degli Enti locali e delle organizzazioni sindacali, i tecnici delle Ausl e della Regione nell'ambito del Gruppo regionale caregiver, delineano gli obiettivi fondamentali per il riconoscimento e il sostegno ai caregiver familiari nell'ambito del sistema integrato dei servizi.

Al finanziamento delle azioni a favore dei caregiver concorrono i fondi dedicati ai caregiver familiari, i fondi per la non autosufficienza e tutte le altre risorse che contribuiscono alla programmazione integrata sociale e sanitaria territoriale.

Descrizione (obiettivi)

Al fine di rispondere alle esigenze evidenziate, si individuano i seguenti obiettivi generali da declinare nella programmazione territoriale:

- Supporto nell'accesso assicurando le competenze e le condizioni organizzative affinché il caregiver possa essere supportato e facilitato nell'accesso alla rete e nelle fasi successive del percorso assistenziale integrato favorendo la valorizzazione dei caregiver familiari e amicali e promuovendo la massima prossimità e domiciliarizzazione degli interventi.
- Riconoscimento e sostegno garantendo in tutti gli ambiti distrettuali che il caregiver familiare possa essere formalmente identificato e coinvolto in modo attivo nel percorso di definizione, realizzazione e valutazione del progetto personalizzato, assicurando accompagnamento e sostegno continuativi nel tempo.
- Consolidamento dell'utilizzo di strumenti operativi uniformi a cura dei professionisti per valutare i bisogni e il carico assistenziale a cui è sottoposto il caregiver, nell'ambito della metodologia di valutazione multidimensionale, garantendo il coinvolgimento del caregiver stesso.
- Ampliamento e strutturazione della rete di sostegno territoriale incentivando lo sviluppo di reti di comunità e prossimità a sostegno dei caregiver, che coinvolgano i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, i servizi specialistici sanitari (es. CDCD), i medici del ruolo unico di assistenza primaria, gli infermieri delle cure territoriali, gli infermieri di famiglia e comunità, la rete delle farmacie territoriali, le associazioni e le reti del terzo settore, le istituzioni scolastiche, e altri soggetti presenti nelle comunità di riferimento.
- Garanzia dell'ascolto e del coinvolgimento delle associazioni e degli altri stakeholder in qualità di rappresentanti dei destinatari delle azioni intraprese, al fine di calibrare la programmazione alle loro effettive esigenze e concorrere a rilevare preventivamente le situazioni di maggiore complessità e di rischio di isolamento sociale.
- Attenzione al riconoscimento e sostegno ai giovani caregiver sviluppando collaborazioni con i servizi scolastici per favorirne l'identificazione e la consapevolezza, anche sviluppando iniziative informative e di comunicazione adeguate (es. siti web).
- Riconoscimento della comunicazione come tempo di cura in tutti i contesti assistenziali sviluppando la capacità dei professionisti di dedicare tempo alla comunicazione con i caregiver, ascoltandoli, e coinvolgendoli attivamente nei processi decisionali.

Azioni da svolgere

- Definizione di procedure condivise a livello distrettuale e applicazione omogenea degli strumenti per il riconoscimento e il sostegno dei caregiver familiari garantendo l'informazione e la formazione ai professionisti di ambito sanitario, sociosanitario e sociale, anche dei dipartimenti ospedalieri e di emergenza-urgenza, con particolare attenzione agli strumenti tecnici di valutazione multidimensionale (UVM/UVG) e promuovendo l'orientamento all'ascolto nei confronti del caregiver e dell'assistito.
- Promozione di forme strutturate di raccordo, collaborazione e coordinamento, articolate a livello territoriale, con il coinvolgimento e la valorizzazione degli Enti del terzo settore, delle parti sociali, delle associazioni datoriali, e di altri soggetti della comunità;
- Sostegno all'associazionismo dei caregiver familiari, prevedendo forme di consultazione e partecipazione delle rappresentanze associative dei caregiver familiari alla programmazione territoriale;
- Rafforzamento delle iniziative tese alla prevenzione e promozione della salute (es. prevenzione burnout, corretti stili di vita, sicurezza ambienti domestici, prevenzione rischi correlati all'assistenza, screening, ecc.), valorizzando le collaborazioni anche con i dipartimenti di sanità pubblica delle Ausl;

- Programmazione integrata di azioni di sistema e di linee di intervento specifiche (es. fondi caregiver), valorizzando le collaborazioni intersettoriali, l'integrazione sociosanitaria, l'apporto dei presidi di comunità (es. psicologia di comunità) e anche le possibili connessioni tra welfare comunitario e welfare aziendale;
- Garanzia degli interventi di sostegno e sollievo: opportunità di sollievo (anche al domicilio), supporto in situazioni complesse e di emergenza, contributi di sollievo o assegni di cura, interventi educativi, di sostegno socio-relazionale, di sostegno psicologico, informativi e formativi, ecc.
- Promozione di metodologie e principi di condivisione dell'esperienza (es. gruppi di auto mutuo aiuto, "ruote terapia comunitaria", gruppi di parola, ecc.)
- Qualificazione ed emersione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari, promuovendo la consapevolezza e l'informazione delle famiglie (anche nella veste di datori di lavoro domestico), favorendo il coinvolgimento del terzo settore e dei caregiver familiari esperti.
- Sviluppo di collaborazioni e sperimentazioni con il coinvolgimento delle istituzioni scolastiche e di istruzione superiore per i giovani caregiver, anche con la partecipazione delle associazioni.
- Sensibilizzazione della comunità sul valore sociale del caregiver familiare, celebrando ogni anno il "Caregiver day" con iniziative diffuse organizzate con la collaborazione di Enti locali e Aziende sanitarie valorizzando la partecipazione del terzo settore, dei sindacati dei lavoratori e dei pensionati e delle associazioni datoriali e favorendo la condivisione delle buone pratiche.

Beneficiari

Caregiver familiari e persone assistite; famiglie; assistenti familiari; professionisti dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari; enti del terzo settore; enti di formazione e di istruzione superiore; comunità locali.

SCHEDA 6 PROGETTO DI VITA E INTERVENTI PER LE DISABILITÀ

Razionale/motivazione

Il progetto di vita – oggetto di diverse indicazioni normative e programmatiche nazionali, regionali e locali succedutesi negli anni – è il tema centrale su cui si concentrano da tempo le aspettative e le richieste delle persone con disabilità e delle loro famiglie e delle associazioni.

Oggi il riferimento normativo nazionale fondamentale sul progetto di vita è contenuto nella riforma sulla disabilità di cui al D.lgs. 3 maggio 2024, n. 62 *“Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”*, adottato in attuazione della delega di cui alla legge 22 dicembre 2021, n. 227 *“Delega al Governo in materia di disabilità”*, che ha sostituito – tra l'altro – l'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328 come segue *“Le persone con disabilità di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, possono richiedere l'elaborazione del progetto di vita di cui all'articolo 2, comma 2, lettera c), della legge 22 dicembre 2021, n. 227”*; la modifica si applica nei territori interessati dalla sperimentazione di cui più sotto a decorrere dall'avvio della sperimentazione e, sul restante territorio nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 2027.

Il D.lgs. n. 62 del 2024 introduce un'ampia riforma, dalla fase della valutazione della condizione di disabilità, la cosiddetta valutazione di base, che è ora nella esclusiva competenza dell'INPS, alla fase della valutazione multidimensionale, necessaria per definire il progetto di vita, passando per una revisione della terminologia, che riflette la nuova visione ed il nuovo paradigma: parliamo di *“Persona con disabilità”*, per significare che la disabilità è una condizione determinata dall'interazione negativa con l'ambiente e non rappresenta la Persona, ma i limiti che ognuno affronta nel proprio agire quotidiano.

In coerenza con la nuova visione è stato modificato anche l'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che non parla più di handicap grave/non grave, ma di necessità di sostegno, che può essere di livello lieve o medio, o di sostegno intensivo, di livello elevato o molto elevato. Le modifiche all'articolo 3 si applicano nei territori interessati dalla sperimentazione di cui più sotto a decorrere dall'avvio della sperimentazione e, sul restante territorio nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 2027.

L'attuazione della riforma è partita in via sperimentale in alcune province ed entrerà in vigore su tutto il territorio nazionale dal 1° gennaio 2027; in Emilia-Romagna la sperimentazione interessa la provincia di Forlì-Cesena dal 1° gennaio 2025 e le province di Rimini, Ravenna, Bologna e Piacenza dal 1° marzo 2026.

Descrizione

Il progetto di vita della riforma è il progetto della persona, e non per la persona, ad indicare la centralità ed il protagonismo della persona con disabilità nella sua definizione. È definito individuale, perché definisce percorsi non standardizzati per il raggiungimento degli obiettivi di vita, personalizzato perché declina gli obiettivi di vita secondo le attitudini, i desideri e i talenti della persona, partecipato perché costruito con il protagonismo della persona, supportata nell'espressione dei propri bisogni, desideri ed aspettative.

Il progetto di vita è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, le risposte ai bisogni di sostegno attraverso la costruzione con la persona di interventi, servizi, sostegni, formali e informali, per consentire di migliorare la qualità della vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e parteciparvi in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri.

La persona con disabilità o chi la rappresenta può richiedere in qualsiasi momento all'Ambito territoriale sociale di residenza l'elaborazione del progetto di vita; l'Unità di valutazione multidimensionale (UVM) prevista dalla riforma – a cui partecipa la persona con disabilità adeguatamente supportata nell'espressione e nella comprensione delle fasi del procedimento e di

quanto proposto - elabora il progetto di vita secondo la volontà della persona con disabilità e nel rispetto dei suoi diritti civili e sociali.

Il progetto di vita richiede una forte integrazione tra servizi (sociali, sanitari, scuola, lavoro, ecc.) e soggetti che partecipano alla sua elaborazione e un coordinamento tra i diversi piani di intervento previsti per i diversi contesti di vita, per evitare che sia una mera sommatoria di interventi settoriali.

Nell'ambito delle indicazioni regionali che verranno definite per l'attuazione della riforma verranno date indicazioni sulle modalità di riordino e unificazione delle attività e dei compiti svolti dalle Unità di valutazione multidimensionale operanti nell'ambito della disabilità, per garantire l'unitarietà della presa in carico e degli interventi di sostegno.

Elemento necessario di ogni progetto di vita è il Budget di progetto, che indica l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, da destinare al progetto di vita.

La programmazione regionale e locale deve orientarsi verso progettazioni ed interventi capaci di sostenere la persona con disabilità nei diversi ambiti di vita (salute, scuola, lavoro, abitare, tempo libero), accompagnandola nelle diverse fasi della vita, in particolare in quelle di transizione, come il passaggio all'età adulta o alla terza età, prevedendo interventi e sostegni per la famiglia ed in generale per i caregiver, in sintonia e coerenza con le indicazioni regionali specifiche.

Il miglioramento della qualità della vita ed il benessere delle persone, la qualità delle relazioni sociali ed in generale la capacità di creare comunità accoglienti ed inclusive per tutti va ricercata anche valorizzando la ricchezza del tessuto associativo e del volontariato delle nostre comunità, che si occupano di disabilità e non solo.

Occorre poi ricordare il tema dell'*Universal design*, che l'articolo 2 della Convenzione ONU definisce come *"la progettazione di prodotti, strutture, programmi e servizi utilizzabili da tutte le persone, nella misura più estesa possibile, senza il bisogno di adattamenti o di progettazioni specializzate. La 'progettazione universale' non esclude dispositivi di sostegno per particolari gruppi di persone con disabilità ove siano necessari."*

Le soluzioni per l'accessibilità, e in particolare per l'accessibilità dell'ambiente costruito, possono e devono essere intese come soluzioni che presentano vantaggi per una popolazione ben più vasta di quella delle persone con disabilità, anzi potenzialmente indicano prospettive di buona progettazione per tutta la comunità.

"Progettare l'accessibilità vuol dire considerare non solo gli aspetti estetici e formali, ma porre al centro dell'attenzione l'essere umano e le sue peculiarità ed esigenze: il suo essere uomo o donna che evolve da bambino ad anziano e che nel corso della vita può andare incontro a cambiamenti temporanei o permanenti e presentare caratteristiche differenti da quella "normalità" definita arbitrariamente da convenzioni che si dimostrano spesso inadeguate." ⁽¹⁾

Azioni da svolgere in ogni ambito territoriale

- Dare attuazione al D.lgs. n. 62 del 2024 ed ai relativi decreti attuativi ed alle indicazioni regionali, in particolare sul Progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, sulla base dei tempi e delle modalità definiti a livello nazionale e regionale.
- Dare attuazione alla legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 e alle norme attuative del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) di cui alle DGR n. 2068 del 2004 e n. 1230 del 2008, che per bisogni complessi, che richiedono l'intervento di diversi servizi o soggetti, prevedono che i competenti servizi degli Enti locali e delle Aziende USL attivino équipe socio-sanitarie integrate per la valutazione multidimensionale (UVM) e la predisposizione del progetto individuale per le persone con disabilità, definito progetto individuale di vita e di cura

¹ Dalle "Linee guida per il superamento delle barriere architettoniche nei luoghi di interesse culturale"

nell'ambito della normativa regionale sull'accreditamento socio-sanitario (DGR n. 514 del 2009).

- Dare attuazione alla programmazione regionale sul cosiddetto Dopo di noi (legge n. 112 del 2016), sviluppando progetti innovativi per il Dopo e Durante noi e per la Vita Indipendente, in particolare per l'abitare in autonomia, anche attraverso le risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) e del Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA) ed eventuali ulteriori risorse nazionali e regionali disponibili, anche in co-programmazione e co-progettazione con i soggetti del Terzo settore presenti sul territorio di riferimento, e con le famiglie.
- Dare attuazione alla legge 18 agosto 2015, n. 134 *“Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie”* ed al *“Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2023-2027”* (DGR n. 63 del 23 gennaio 2023), favorendo la partecipazione alla programmazione delle Associazioni delle persone con disabilità e loro familiari e dare attuazione alla programmazione regionale della quota parte delle risorse del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità, destinata ad iniziative dedicate alle persone con disturbi del neuro-sviluppo e dello spettro autistico (DGR n. 529 del 13 aprile 2026).
- Promuovere e tutelare la salute fisica e mentale delle persone con disabilità assicurando l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed ospedalieri alle persone in condizione di disabilità nelle diverse fasi della vita con modalità rispettose delle caratteristiche individuali;
- Assicurare politiche e programmazioni, servizi e percorsi integrati tra gli ambiti sanitari, sociali e sociosanitari, scuola, lavoro, mobilità, politiche abitative e per il tempo libero;
- Promuovere lo sviluppo della rete dei servizi sociosanitari per le persone con disabilità attraverso una programmazione di ambito almeno distrettuale che coniughi qualità, innovazione e sostenibilità.

Beneficiari

Le persone con disabilità di cui alla legge n. 104 del 1992 e al D.lgs. n. 62 del 2024, con priorità nei programmi e negli interventi pubblici per le persone di cui all'articolo 3, comma 3 della legge n. 104/1992.

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. Le reti Locali di Cure Palliative (RLCP) permettono 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 delle RLCP in tutte le sue articolazioni assistenziali. A seguito della L. 38/10 (e dei suoi provvedimenti attuativi) la Regione ha riorganizzato le Reti di Cure Palliative, sia per gli utenti Adulti che per quelli Pediatrici, mediante le DGR 560/15 (RLCP Adulti) e DGR 857/19 (RLCP Pediatriche); e ha definito i criteri di accreditamento delle Reti con le DGR 1770/16 (RLCP Adulti) e DGR 990/24 (RLCP Pediatriche).

La visione complessiva regionale, anche in applicazione dei nuovi standard contenuti nel DM 77/2022 e delle indicazioni contenute nella Legge 29 dicembre 2022 n. 197, mira ad una copertura omogenea, erogata da professionisti appositamente formati e dedicati, con continuità dell'assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, orientata alla qualità di vita del paziente e dei caregiver, con particolare attenzione a equità di accesso e presa in carico precoce.

Descrizione

La Rete di cure palliative è un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare (inteso come abitazione dell'assistito o struttura residenziale in cui lo stesso è domiciliato o residente), nonché in Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell'Azienda USL. In coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022, la rete risulta istituita in tutte le Aziende USL, dotata di coordinamento aziendale e di punto unico di accesso, quale strumento organizzativo essenziale per garantire equità, appropriatezza e continuità della presa in carico nella logica di prossimità dell'assistenza. L'organizzazione a Rete attua tutte le strategie necessarie all'integrazione dei diversi Nodi (Ambulatorio, Domicilio, Hospice e Ospedale) e delle équipes multiprofessionali coinvolte, perseguendo obiettivi condivisi ed evitando sovrapposizioni. Il funzionamento della Rete richiede la presenza di un coordinatore e di un organismo tecnico di coordinamento, in linea con il modello di governance indicato dal DM 77, con funzioni di indirizzo, standardizzazione dei percorsi, definizione di criteri omogenei di accesso e valutazione multidimensionale dei bisogni, nonché di monitoraggio e miglioramento continuo.

Il monitoraggio della rete si basa attualmente sull'utilizzo dei flussi Hospice, SIAD e ASA, con un percorso di progressivo miglioramento della qualità e completezza dei dati, in linea con l'impostazione del DM 77 che valorizza i sistemi informativi come strumenti di programmazione, valutazione e accountability.

Per quanto attiene le CPP l'organizzazione della rete prevede l'individuazione di due funzioni: la Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica (UVMP), sede di valutazione clinica e socio-sanitaria integrata in ambito ospedaliero del bambino con quadro clinico di alta complessità potenzialmente eligibile alle CPP, e il Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP), di natura territoriale, che prende in carico il Piano Assistenziale Integrato (PAI) ed ha il compito di gestire e favorire l'accesso ai servizi individuati come necessari dalla UVMP per il bambino e la famiglia, garantendone la continuità assistenziale, la corretta presa in carico e l'accompagnamento nella rete per le CPP. I referenti di tali funzioni sono già stati individuati in tutte le Aziende sanitarie e partecipano al tavolo di coordinamento regionale per le CPP.

Per quanto attiene alla rete delle CPP i nodi sono rappresentati da Ospedale, Territorio e Hospice pediatrico.

Azioni da svolgere

Al fine di garantire equità di accesso, continuità assistenziale e omogeneità delle modalità di presa in carico su tutto il territorio regionale si rende necessaria la definizione e l'adozione di strumenti condivisi di valutazione multidimensionale per:

- l'accesso alla Rete di Cure Palliative;
- il passaggio dalle cure palliative domiciliari di base a quelle specialistiche;
- la rilevazione sistematica della qualità della vita e della qualità assistenziale percepita dall'assistito e dalla famiglia.

A livello locale, la Rete di Cure Palliative, quale articolazione funzionale della rete territoriale integrata, dovrà consolidare i percorsi di accesso alla Rete, in raccordo con i servizi territoriali previsti dal DM 77/2022 (in particolare Distretto, ADI, MMG/PLS, servizi specialistici e strutture residenziali), e definire i percorsi organizzativi di presa in carico, dalla segnalazione del caso fino alla chiusura, assicurando la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali (domicilio, residenziale, hospice, ospedale).

In coerenza con i principi di governo clinico e miglioramento continuo della qualità, dovranno essere individuati strumenti strutturati di valutazione delle performance assistenziali e organizzative, attraverso audit clinici e audit organizzativi, nonché definite specifiche azioni di miglioramento monitorabili nel tempo.

È inoltre necessario prevedere, a livello locale, e monitorare a livello regionale, percorsi formativi strutturati e continuativi, finalizzati a:

- lo sviluppo e il consolidamento delle competenze specialistiche dei professionisti dedicati alla rete di cure palliative;
- il rafforzamento delle competenze di base degli operatori dei servizi e delle strutture che si interfacciano con la rete, in particolare: assistenza domiciliare integrata (ADI), unità operative ospedaliere, strutture residenziali per anziani (CRA), in una logica di integrazione ospedale-territorio prevista dal DM 77/2022.

Per quanto attiene alla rete delle CPP è necessario implementare le connessioni fra i nodi, definire la popolazione target e le modalità di passaggio da un nodo all'altro. È in programma una importante azione formativa che mira al rafforzamento della cultura delle CPP in tutti i nodi della rete, e che porterà alla formazione di un nutrito gruppo di formatori individuati fra i professionisti maggiormente impegnati nel campo all'interno di tutte le Aziende sanitarie regionali, che avranno a loro volta il compito e gli strumenti per formare il maggior numero possibile di professionisti all'interno dei loro territori.

Beneficiari

Pazienti di qualsiasi età con bisogni di Cure Palliative nel loro ultimo periodo di vita, affetti da patologie cronico/degenerative 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. Pazienti e caregiver che abbiano necessità di formazione specifica rivolta all'assistenza, con l'obiettivo di raggiungere entro il 2028 la presa in carico del 90% della popolazione interessata.

Riguardo le CPP, sono eligibili all'ingresso nella rete i pazienti con bisogni complessi in età pediatrica e adolescenziale nelle seguenti 4 categorie: bambini con patologie per le quali esiste un trattamento specifico, ma che può fallire, bambini con patologie progressive, per i quali il trattamento è quasi esclusivamente palliativo e può essere esteso anche per molti anni, bambini con patologie in cui la morte precoce è inevitabile, ma cure appropriate possono prolungare e assicurare una buona qualità di vita, bambini con patologie irreversibili ma non progressive, che causano disabilità grave e morte prematura.

SCHEDA 8 - PERSONE SOTTOPOSTE A PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA LIMITATIVI E PRIVATIVI DELLA LIBERTÀ PERSONALE NEGLI II.PP. E NEL TERRITORIO: SALUTE, UMANIZZAZIONE DELLA PENA, REINSERIMENTO SOCIO LAVORATIVO

Razionale/motivazione

Il DPCM 01/04/2008 ha sancito il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria al SSN. I principi di riferimento della riforma prevedono, tra l'altro, "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".

Partendo da questo presupposto e integrando le successive indicazioni normative in materia 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), si conferma l'impegno a progettare attività sempre più orientate al riconoscimento e alla valorizzazione della centralità della persona, nei programmi trattamentali, di inclusione socio-lavorativa, di prevenzione e promozione della salute e nei percorsi clinico-assistenziali offerti dalle Aziende USL.

La popolazione di riferimento, nuovamente in costante crescita in tutte le fasce d'età, è caratterizzata da molteplici diseguaglianze culturali, appartenenze etniche e fenomeni transculturali ed è esposta a diverse condizioni di vulnerabilità e marginalizzazione.

Differenze culturali e linguistiche, livelli eterogenei di competenza sanitaria, povertà materiale e carenza di risorse personali, basso livello di alfabetizzazione, scarsa attenzione alle basilari norme di prevenzione, background socioculturali fragili e reti socio-familiari precarie rappresentano elementi critici che incidono in modo determinante sui percorsi di inclusione sociale e di tutela della salute.

Gli operatori evidenziano un diffuso stato di malessere nelle persone sottoposte a provvedimenti privativi della libertà personale, in particolare in regime detentivo o comunque soggette a misure restrittive. La popolazione reclusa presenta inoltre bisogni sanitari complessi, non sempre riconducibili a specifiche patologie organiche, ma spesso connessi ai fenomeni di *prisonizzazione*, alla perdita di relazioni significative — in particolare all'allontanamento dagli affetti familiari — e alla convivenza forzata con altre persone in analoga condizione di disagio. Ne deriva la necessità di garantire momenti strutturati di ascolto, sostegno psicologico e confronto.

La pena, indipendentemente dalla sua durata, può e deve rappresentare un'opportunità per acquisire comportamenti salutari e competenze professionali e culturali funzionali ai percorsi di reinserimento socio-lavorativo.

Sia per i minori sia per gli adulti, è necessario proporre e co-costruire percorsi personalizzati, che tengano conto delle condizioni individuali e della durata della pena, concretamente orientati al reinserimento sociale e capaci di creare le condizioni per sostenere e rendere autonome le persone sottoposte a misure penali, nelle quali alla fragilità sociale, economica e culturale si associa frequentemente lo stigma derivante dal coinvolgimento nel circuito penale.

Tutte le indicazioni previste nel Piano Socio-Sanitario Regionale e nel Piano per la Prevenzione devono essere applicate a tutte le persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale presenti sul territorio regionale, residenti e non.

Descrizione

In linea con il *probation system* europeo, è necessario individuare percorsi coordinati tra i sistemi di esecuzione della pena intra ed extra muraria e i sistemi dei servizi sociosanitari, culturali, occupazionali, formativi e scolastici, pubblici e privati. Risulta altresì fondamentale rafforzare la collaborazione tra i Servizi Sociali Territoriali e le risorse del territorio (enti profit e non profit) per la realizzazione di interventi che favoriscano misure alternative alla detenzione o accompagnino la dimissione, con particolare attenzione alle persone prive di risorse materiali e relazionali.

È prioritario rafforzare e rendere pienamente operativo il sistema integrato che coinvolge la Cabina di Regia Regionale, i 9 CLEPA regionali e i tavoli tecnici previsti, al fine di:

- garantire un confronto costante e strutturato tra i diversi attori, a supporto di una programmazione integrata efficace e puntuale;
- assicurare l'attuazione delle azioni previste nel Piano di Azione Triennale e nel progetto Territori per il Reinserimento Emilia-Romagna (TPR E-R);
- promuovere la realizzazione di "Attività trattamentali nei settori educativo, culturale, informativo, ricreativo e sportivo", mediante iniziative educative, culturali, informative (anche attraverso i media), ricreative e sportive, da sviluppare sia nell'ambito del trattamento personalizzato previsto dall'art. 1 della Legge n. 354/75, sia nell'ambito di interventi comuni rivolti a specifici bisogni collettivi, in coerenza con quanto previsto dall'art. 13 O.P.

Dal punto di vista della tutela della salute, assumendo come modello i servizi di assistenza sanitaria territoriale, si intende garantire, quando necessario, un intervento assistenziale pluridisciplinare con caratteristiche analoghe a quelle previste per i cittadini liberi.

Le persone in esecuzione di pena hanno diritto alla regolare erogazione dei LEA e a un servizio sanitario universale, equo e facilmente accessibile (promozione della salute, continuità assistenziale, presa in carico, accesso ai percorsi sanitari, possibilità di richiedere la propria Cartella Sanitaria alla dimissione). È altresì fondamentale garantire la continuità delle cure, in particolare nelle fasi di transizione tra permanenza negli Istituti di Pena e ingresso o dimissione dagli stessi.

Le azioni di promozione e tutela della salute devono essere orientate a ottimizzare l'accesso ai servizi di cure primarie (screening oncologici e infettivologici, uso appropriato dei servizi e delle prescrizioni), a implementare l'accesso alle cure specialistiche - anche attraverso l'ampliamento della telemedicina - e a migliorare le condizioni di vita della popolazione detenuta e in esecuzione penale esterna (alimentazione, attività fisica, microclima, disassuefazione dal tabagismo, ludopatia, ecc.).

Le persone devono essere poste al centro dei percorsi di cura e va promosso il loro empowerment attraverso processi di responsabilizzazione rispetto allo stato di salute e agli stili di vita.

È strategico favorire la sinergia con le realtà territoriali e con l'Università per realizzare un monitoraggio costante, anche in itinere, delle azioni attuate, così da intercettare tempestivamente i cambiamenti sociali e i bisogni emergenti.

La Regione, ai sensi degli articoli 27 e 28 della L.R. 28 luglio 2008 n. 14, promuove modalità più puntuali di de-istituzionalizzazione degli interventi, intesa come condivisione tra servizi sociali dell'amministrazione della giustizia, enti locali e servizi sanitari di un progetto personalizzato sul minore, che lo accompagni dall'ingresso nel circuito penale fino alla dimissione, al fine di migliorare l'accoglienza e favorire la partecipazione ai progetti, con particolare attenzione ai minori stranieri non accompagnati con pene brevi.

Per il riconoscimento dell'età anagrafica dei MSNA, ove necessario, sono state istituite équipe multidisciplinari in ogni Azienda USL in applicazione del protocollo nazionale (rif. DGR 2313 del 27/12/2022).

Oltre all'assistenza sanitaria nei servizi minorili, è previsto l'inserimento in comunità per motivi sanitari (es. uso patologico di sostanze e disturbi dell'area neuropsichiatrica). L'obiettivo condiviso è prevenire recidive e percorsi di devianza e marginalità, promuovendo recupero e reinserimento nel tessuto sociale attraverso la valorizzazione delle risorse personali e la messa in rete dei servizi.

Azioni da svolgere

La Regione prevede l'integrazione e l'armonizzazione degli interventi tra Comuni e Aziende USL e promuove la collaborazione con il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria, l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, il Centro di Giustizia Minorile, le Università (attraverso la definizione di

protocolli) e gli Enti del Terzo settore, per la programmazione, l'attuazione e il monitoraggio di azioni rivolte ad adulti e minori finalizzate a:

- sviluppare e consolidare attività informative e di orientamento in ambito sociale, lavorativo, culturale e sanitario;
- promuovere, in raccordo con le istituzioni competenti e il Terzo settore, interventi coordinati per il miglioramento della qualità della vita, del benessere e dell'umanizzazione della pena, con particolare attenzione ai "nuovi giunti" e ai "dimittendi";
- sostenere i percorsi di istruzione di ogni ordine e grado;
- promuovere attività culturali, sportive, teatrali, artistiche e di informazione attraverso i media;
- realizzare attività di promozione della salute, individuali e di gruppo, con canali comunicativi accessibili e strumenti che favoriscano il collegamento con la comunità esterna (radio, televisione);
- sostenere progetti di inserimento e reinserimento socio-lavorativo per persone in esecuzione penale, spesso portatrici di bisogni complessi, attraverso finanziamenti pubblici e privati, garantendo la continuità del percorso anche in caso di variazione della posizione giuridica;
- sostenere la sperimentazione di percorsi innovativi ispirati ai principi della giustizia riparativa, con particolare attenzione alla mediazione penale;
- dedicare particolare attenzione alle minoranze detentive (anziani, persone con disabilità, persone transessuali, donne, genitori con figli minori al seguito);
- supportare i percorsi per le persone detenute associate alle Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale;
- supportare i percorsi di cura e inclusione sociale dei rei prosciolti per disturbi mentali sottoposti a misure di sicurezza detentive (REMS) o non detentive (RTI, CT, domicilio) e degli internati presso la Casa di Reclusione a custodia attenuata di Castelfranco Emilia.

Beneficiari

Tutte le persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale — minori, giovani adulti e adulti di ogni genere — presenti nel territorio regionale, residenti e non.

Figli e familiari delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale.

SCHEDA 9 - MEDICINA DI GENERE ED EQUITÀ

Razionale/motivazione

In base alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si definisce medicina di genere lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socioeconomiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona.

Il genere, nelle sue diverse accezioni, costituisce un elemento molto importante per la promozione della salute, così come un potenziale asse di disuguaglianza, in particolare nelle sue intersezioni con altre dimensioni come la classe sociale, la sessualità e l'orientamento sessuale, la razza/nazionalità, la disabilità. 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: si tratta quindi di un approccio innovativo alle disuguaglianze di salute – a partire dai sintomi, dalle diagnosi e prognosi fino ai trattamenti – legate non solo a una differente appropriatezza diagnostico-prescrittiva, ma soggette anche a disuguaglianze sociali, culturali, psicologiche, economiche e politiche.

La medicina di genere è centrata sulla persona, in quanto pone al centro la complessità delle variabili che determinano la salute delle persone e si interroga sul modo in cui l'organizzazione dei servizi prende in considerazione la pluralità delle differenze per produrre un'eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute e al benessere sociale. L'attenzione va posta come approccio sistematico che considera tutte le fasi di cura e assistenza, favorendo continuità degli interventi, integrazione tra i diversi professionisti sanitari e valorizzazione del ruolo attivo del cittadino nel partecipare al proprio progetto di cura: risulta pertanto necessario garantire costantemente il contrasto alla cecità di genere a garanzia di un'assistenza orientata a intercettare i bisogni individuali, al fine di fornire prestazioni appropriate e cure personalizzate anche attraverso la dimensione del genere.

Per quanto riguarda il nostro territorio regionale, l'approccio della medicina di genere è declinato all'interno della governance di sistema per l'equità in tutte le politiche: la Regione Emilia-Romagna orienta la programmazione di tutti i percorsi in un'ottica di equità e quindi, per estensione, con un'attenzione al genere.

La Regione Emilia-Romagna, in accordo con le indicazioni della L. 3/18 e della L.R. 6/2014 presso la DGCPWS, ha già attivato un primo coordinamento regionale sul tema che si è posto come dispositivo organizzativo/operativo promotore di azioni trasversali e di iniziative finalizzate alla loro armonizzazione e verifica. Peraltro, le azioni del coordinamento si ponevano anche in ottemperanza alle indicazioni di cui al Titolo IV *“Salute e benessere femminile”*, artt. 10-11 della LR 6/2014 *“Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere”*, che prevedono la valorizzazione dell'approccio di genere nelle aziende sanitarie e nelle strutture sociosanitarie della Regione Emilia-Romagna, la formazione dei professionisti, l'informazione corretta ed equa, la promozione dell'attività scientifica e di ricerca e l'adeguamento dei documenti programmatici della sanità regionale.

Nel suo periodo di vigenza, il Gruppo tecnico di coordinamento regionale *“Medicina di genere ed equità”* ha dapprima attivato una mappatura e un approfondimento dell'esistente, attivata su tutte le aziende sanitarie del territorio regionale. Successivamente, è stato attivato un ciclo di laboratori regionali tra 2019 e 2020, che hanno individuato una serie di possibilità operative per gli anni successivi, da armonizzare con quanto previsto dal Piano nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere.

Descrizione

Il 13/06/2019 il Ministero della Salute ha approvato formalmente il *“Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere sul territorio nazionale”* firmando il decreto attuativo relativo alla legge 3/2018 *“Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del ministero della Salute”*, il cui art. 3 *“Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale”* richiedeva la predisposizione di *«un Piano volto alla diffusione della Medicina di Genere*

mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale».

Il Piano riporta gli obiettivi strategici, gli attori coinvolti e le azioni previste per la reale applicazione di un approccio di genere in sanità nelle quattro aree d'intervento indicate dalla legge (percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; ricerca e innovazione; formazione; comunicazione) e segue alcuni principi generali:

- approccio intersettoriale tra le diverse aree mediche e le scienze umane, che tenga conto delle differenze derivanti dal genere al fine di garantire l'appropriatezza della ricerca, della prevenzione, della diagnosi e della cura;
- promozione e sostegno della ricerca (biomedica, farmacologica e psicosociale) basata sulle differenze di genere;
- promozione e sostegno dell'insegnamento della medicina di genere, garantendo livelli di formazione e di aggiornamento adeguati al personale medico e sanitario;
- promozione e sostegno dell'informazione pubblica sulla salute e sulla gestione delle malattie, in un'ottica di differenza di genere.

A fronte di questo, la Regione Emilia-Romagna ha costituito, con determinazione di Giunta Regionale n. 26112 del 11/12/2023, il nuovo Gruppo tecnico di coordinamento regionale *"Medicina di genere ed equità"*, composto da professioniste/i afferenti a servizi regionali di competenza, a servizi specialistici e tecnici delle aziende sanitarie del territorio regionale e a enti di formazione universitaria.

Il Gruppo ha elaborato un documento tecnico di indirizzo per la traduzione, a livello regionale, del Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere sul territorio nazionale; tale documento tecnico è stato successivamente approvato con determinazione n. 5356 del 15/12/2025, per cui l'obiettivo generale di questa scheda è di sostenere le azioni previste dal documento tecnico e affidate al Gruppo di coordinamento regionale, mantenendo la connessione e l'armonizzazione sia con le indicazioni del livello nazionale, sia con le azioni previste dalle aziende sanitarie all'interno dei propri piani aziendali a supporto dell'equità, oltre che con gli ambiti di approfondimento e intervento delineati nel corso di attività del precedente coordinamento regionale.

Azioni da svolgere

- Coordinamento della governance a livello regionale per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere, tramite l'implementazione del Documento tecnico di indirizzo per l'attuazione del Piano nazionale e in stretta interconnessione con la rete regionale dei referenti aziendali equità.
- Sostegno alla partecipazione attiva alla governance regionale di tutte le istituzioni interessate e dei soggetti istituzionali, scientifici, ecc. a vario titolo coinvolti.
- Definizione di obiettivi strategici per le Direzioni generali di aziende sanitarie e IRCCS attinenti allo sviluppo della medicina di genere.
- Definizione di indicatori utili a misurare gli aspetti clinici e organizzativi di interesse per la Medicina di genere.
- Sostegno all'inclusione della prospettiva di genere negli ambiti dei percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, della ricerca e innovazione, della formazione e dell'aggiornamento professionale, della comunicazione e informazione.
- Raccordo tra i servizi della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare e con l'Area di integrazione sulle politiche regionali relative al genere e relativa valutazione di impatto (art 39 LR 6/2014).

Beneficiari

- Cittadini e cittadine utenti dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrati.
- Amministratori/trici e operatori/trici del sistema dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrati.

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

Razionale/motivazione

Il fenomeno delle cosiddette povertà estreme è “storicamente” concentrato nelle città dove le persone senza dimora possono risultare maggiormente invisibili, sfuggire allo stigma della loro condizione, trovare maggiori risposte ai bisogni. I servizi, a partire da quelli definiti a bassa soglia, sono infatti nati soprattutto nelle città più grandi, spesso su impulso del terzo settore, innescando un meccanismo che si è autoalimentato: le persone senza dimora sono via via cresciute numericamente nelle città dove le risposte ai loro bisogni si sono andate parallelamente accrescendo e specializzando. Negli ultimi anni il target, che è risultato in continua crescita in seguito delle crisi socioeconomiche in cui ancora ci troviamo, sta evidenziando anche un incremento nei comuni di dimensioni medio piccole. Si tratta di persone con bisogni complessi, di carattere materiale, sociale, sanitario e relazionale, che spesso si trovano a vivere in strada in seguito ad un evento traumatico. La presenza di servizi sociosanitari strutturati, che operino in rete con le realtà del Terzo settore e la comunità, risulta fondamentale per rispondere ai bisogni di queste persone, che in assenza di supporti concreti rischiano di cronicizzare la loro situazione.

La premessa fondamentale per la presa in carico sociosanitaria di coloro che si trovano in condizione di povertà estrema e senza dimora, è la loro iscrizione anagrafica, elemento imprescindibile affinché possano esercitare i diritti soggettivi che la Costituzione garantisce a ciascun cittadino/a e accedere alla rete dei servizi. L'assenza di una iscrizione anagrafica determina invece una condizione di invisibilità giuridica che si somma alla condizione di isolamento sociale e relazionale.

Ad oggi, non risultano strumenti istituzionali nazionali di mappatura, monitoraggio ed analisi costante del fenomeno, tranne il report annuale della Caritas e la nuova rilevazione delle persone senza dimora, promossa da ISTAT e condotta da fio.PSD, attualmente in corso che andrà ad aggiornare i dati del 2014. Questa carenza al momento rende “poco visibile” il fenomeno sia dal punto di vista quantitativo che dei profili coinvolti e conseguentemente più difficile la programmazione di risorse e servizi strutturati e la promozione di una cultura favorevole al superamento dello stigma.

Descrizione

Il *Piano Nazionale per gli interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026*, in continuità con le *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta del 2005*, promuove il superamento di interventi di tipo emergenziale, in favore di approcci strutturati.

Le risposte ai bisogni espressi da questa fascia di popolazione devono necessariamente essere integrate, multidimensionali e in stretto raccordo con i soggetti del privato sociale, proprio per la complessità e la varietà delle condizioni individuali.

La gamma dei servizi deve vedere senz'altro un potenziamento delle risposte a bassa soglia, utili a monitorare il fenomeno e a creare le prime occasioni di aggancio delle persone, per poi incrementarsi attraverso l'invio ai servizi sociali, a prese in carico individualizzate, all'attivazione di servizi specialistici laddove necessario e a percorsi di integrazione abitativa e sociale.

Il nuovo Piano nazionale conferma il LEPS fondamentale dell'**Accesso alla residenza anagrafica e fermo posta** che si deve tradurre in primo luogo in servizi che permettano di rendere effettivo il diritto all'iscrizione anagrafica e quindi l'accesso ai servizi e la loro esigibilità.

Il **Pronto Intervento Sociale** è invece un servizio multiutenza che però nei Comuni con più di 50.000 abitanti deve fornire specifiche risposte anche a favore delle persone in condizione di grave emarginazione adulta e senza dimora. Di fondamentale importanza in questo contesto l'attività svolta dalle **Unità di strada o di prossimità**.

Sono poi confermati gli obiettivi di servizio:

- **Centro servizi per il contrasto alla povertà**, ovvero luoghi che forniscono servizi a bassa soglia ma che svolgono anche servizi di prima valutazione, presa in carico e orientamento ai servizi specializzati;
- **Housing first/housing led** ovvero l'inserimento abitativo allo scopo di promuovere percorsi di benessere e integrazione sociale.

La Regione Emilia-Romagna ha inoltre attivato specifiche azioni:

- il Piano regionale di contrasto alla povertà 2025-2027 che recepisce il Piano nazionale e declina a livello regionale le previsioni nazionali;
- la LR 10/2021 e la DGR n. 2279/2021 di attuazione che normano la possibilità per le persone senza dimora di avvalersi del medico di base anche se sprovviste di residenza effettiva o fittizia sul territorio regionale;
- la DGR 211/2021 che prevede la tariffa agevolata di abbonamenti ai trasporti pubblici a favore di categorie sociali, tra cui le persone indigenti senza dimora.

I finanziamenti, con la conclusione del PNRR, sono ora legati alla specifica quota del Fondo nazionale povertà e alle risorse del progetto regionale INtegra; per entrambe le linee di finanziamento sono beneficiari i Comuni con più di 50.000 abitanti.

La scheda ha come obiettivo la realizzazione, attraverso la complementarità tra le diverse fonti di finanziamento, di un sistema locale integrato di servizi sociali e sanitari e del privato sociale, per prevenire e contrastare la grave emarginazione adulta. La definizione della governance e dell'organizzazione dei servizi sia pubblici che privati, finalizzati a migliorare le condizioni di vita delle persone senza dimora è fondamentale per garantire loro il diritto alla salute ed al benessere.

Azioni da svolgere

- Sviluppare e definire un sistema articolato di interventi di contrasto alla grave emarginazione relativo alla presa in carico, alle soluzioni per l'accoglienza notturna e diurna, agli interventi di bassa soglia e riduzione del danno;
- Dotarsi di strumenti di governance territoriale degli interventi sociali, sanitari e del privato sociale (attraverso tavoli strutturati e tematici).
- Rafforzare l'integrazione degli interventi sociali e sanitari e lo scambio di informazioni (anche rispetto alle diverse Unità di strada), attraverso accordi o modalità strutturate di collaborazione con il DSM e SERD, i medici di base, i servizi specialistici, le dimissioni protette.
- Realizzazione dei diversi LEPS ed obiettivi previsti dai Piani nazionale e regionale per gli interventi ed i servizi sociali di contrasto alla povertà ed in particolare:
 - garantire l'accesso alla residenza anagrafica anche attraverso l'iscrizione alla via fittizia, a tutte le persone aventi tale diritto presenti nel territorio attraverso l'attivazione di servizi di accompagnamento sociale ed accordi con i servizi anagrafici; attivare il servizio di fermo posta;
 - prevedere nell'ambito del Pronto Intervento Sociale interventi rivolti alle persone senza dimora o in situazione di grave marginalità in tutti i Comuni con popolazione superiore ai 50.000 abitanti;
 - garantire la possibilità di "Dimissioni protette" anche alle persone senza dimora;
 - realizzare nei Distretti in cui vi sia un Comune con popolazione superiore ai 75.000 abitanti un Centro Servizi in collegamento con i diversi punti di accesso sociosanitari (PUA, Case di Comunità, ecc.) e con le risorse del terzo settore;

- attivare o implementare collocazioni abitative adeguate a garantire l'uscita dalla strada e sostitutive ai dormitori anche attraverso il modello Housing First, housing led, ed altre forme abitative come le convivenze, l'housing sociale, l'edilizia residenziale pubblica;
- promuovere azioni di prossimità, valorizzando il lavoro delle Unità di strada in raccordo con i servizi sociali e sanitari, al fine di favorire l'“aggancio” nei luoghi di vita delle persone senza dimora e l'accompagnamento ai servizi per la realizzazione di progetti personalizzati. Gli interventi di prossimità delle Unità di strada sociali operano in raccordo con le altre Unità di strada attive, quali quelle per la riduzione del danno previste dal DM 77/2022 e dalla DGR 1184 /2017; Oltre la strada (vittime di sfruttamento o tratta); giovani e progetti FAMI rivolti ai migranti.
- Distribuire beni di prima necessità e materiali anche nell'ambito delle azioni finanziate dal PN Inclusione e lotta alla povertà 2021 – 2027 – Priorità 3 “Contrasto alla deprivazione materiale” (con particolare riferimento al progetto regionale INtegra ER e alle istruzioni operative AGEA)
- Prevedere interventi specifici rivolti a particolari target quali ad esempio donne e persone LGBT+.
- Attivare forme di accoglienza per le persone con animali d'affezione al fine di preservare il binomio anche in attuazione della DGR n. 1304/2025.
- Realizzare azioni di sensibilizzazione e coinvolgimento della comunità per favorire il superamento dello stigma e promuovere azioni positive.
- Realizzare azioni di raccordo con i servizi immigrazione per valutare possibili percorsi di regolarizzazione o inserimento in progetti dedicati (presenza di operatori esperti durante alcune uscite delle Unità di strada).
- Formare e sensibilizzare gli operatori rispetto al lavoro di prossimità, alla presa in carico di bisogni complessi in un ambito di intervento spesso destrutturato ed alla necessità di rimodulazione costante degli interventi e approcci.

Beneficiari

Persone in condizione di grave emarginazione e senza dimora spesso con fragilità multipla individuate all'art. 10 comma 1 del decreto interministeriale del 2 aprile 2025, registrato alla Corte dei Conti con n. 500 del 5/05/2025 e pubblicato nella G.U. n. 120 del 26 maggio 2025.

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

Razionale/motivazione

Il concetto di equità si riferisce, in senso generale, all'assenza di differenze evitabili, ingiuste o rimediabili tra gruppi di persone causate da fattori sociali, economici, demografici, geografici ecc. Nell'ambito dei sistemi sanitari, per equità in salute si intende la capacità di raggiungere il pieno potenziale di salute e benessere, senza che qualche persona risulti svantaggiata, vulnerabile o discriminata.

Nel contesto italiano, il concetto di equità è posto come principio fondante del Servizio sanitario nazionale (SSN) fin dalla sua legge istitutiva n. 833 del 1978, al pari dell'universalismo e dell'uguaglianza. Gli ambiti di applicazione vanno oltre l'idea della facilitazione dell'accesso a prestazioni e servizi, estendendosi anche agli esiti di salute effettivamente raggiunti e alla distribuzione delle risorse, affinché queste siano allocate in modo proporzionale ai bisogni dei diversi gruppi di popolazione.

Di conseguenza, il principio di equità è anche un corollario dei principi organizzativi del sistema: centralità della persona, responsabilità pubblica nella tutela del diritto alla salute, collaborazione tra i livelli di governance, valorizzazione di professionalità e competenze, integrazione tra ambiti sanitario, sociale e sociosanitario.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce che le disuguaglianze in salute sono strettamente legate a cinque ambiti fondamentali:

- reddito e protezione sociale,
- condizioni ambientali e abitative,
- capitale umano e sociale,
- organizzazione e l'accessibilità dei servizi,
- condizioni di lavoro.

Esiste pertanto un gradiente socioeconomico delle disuguaglianze la cui riduzione richiede di affiancare all'offerta universalistica di servizi per la salute la redistribuzione di risorse in base ai bisogni riscontrati nei diversi gruppi di persone. Due chiavi fondamentali in questo senso sono:

- La capacità di leggere come le diverse variabili età, genere, reddito, disabilità, provenienza geografico-culturale ecc., si intrecciano nell'ostacolare o favorire salute e benessere (*intersezionalità*).
- Il grado di autonomia con cui le persone accedono ai servizi e ne traggono beneficio, così come la misura in cui i servizi si attivano per valorizzare le risorse e le potenzialità presenti (*capacitazione*).

Per l'organizzazione dei servizi si evidenzia la necessità di tenere in conto il modo in cui i propri processi prendono in considerazione la pluralità delle differenze e producono un'uguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute e al benessere sociale.

Inoltre, il monitoraggio dei determinanti e delle condizioni di salute delle popolazioni si rivela particolarmente utile per conoscere il livello stesso dell'uguaglianza sostanziale o, in altri termini, il divario che ci separa da essa. Esso richiede continua attenzione e sorveglianza, poiché la variabilità nel tempo e nei diversi contesti territoriali e socioeconomici si traduce in differenti gradi e modi con cui si realizzano le esposizioni alle condizioni influenti e i loro impatti, dunque anche nella complessità clinica e assistenziale della popolazione, nella valutazione dei bisogni dei diversi gruppi e, per estensione, nella programmazione e valutazione dell'assistenza.

A livello regionale, la promozione dell'equità rappresenta pertanto un obiettivo trasversale per la programmazione dei servizi, da tradurre in un accompagnamento sistematico e capillare del sistema nel suo complesso e nel coinvolgimento attivo dei servizi sanitari e sociali e delle comunità locali, come leva operativa di contrasto alle disuguaglianze.

Descrizione

In Emilia-Romagna, le disuguaglianze sociali rappresentano un tema cruciale per le politiche pubbliche. Contrastarle è un potenziale guadagno in salute a livello di popolazione, per questo, la Regione prevede:

- Azioni mirate a trasformare il sistema nel suo complesso, non solo indirizzate su ambiti specifici di vulnerabilità e iniquità.
- Azioni orientate all'esterno e all'interno di organizzazioni e istituzioni, verso le persone che utilizzano i servizi e che nei servizi lavorano.

Si interviene pertanto sulle leve della programmazione, della diffusione culturale, dello sviluppo di competenze e dell'analisi dei meccanismi organizzativi in una prospettiva di "equità in tutte le politiche", incentrata sul coordinamento dei diversi livelli e attori sociali coinvolti (istituzioni politiche e sanitarie, terzo settore, comunità).

Per affrontare la complessità delle disuguaglianze nei sistemi per la salute e il welfare, la Regione attiva e coordina una serie di dispositivi organizzativi integrati nelle Aziende sanitarie orientati a mantenere una prospettiva di sistema:

- Piano delle azioni: documento di indirizzo che raccoglie e struttura le azioni aziendali in tema di equità. Definisce obiettivi, risultati attesi, responsabilità e integrazione con la programmazione strategica aziendale.
- Board aziendale per l'equità: gruppo di lavoro interno a ogni Azienda sanitaria che monitora l'attuazione del Piano, favorisce la diffusione di buone pratiche, promuove iniziative formative e mantiene una visione sistemica.
- Referente aziendale per l'equità: figura di collegamento tra l'Azienda sanitaria e il livello regionale. Coordina il board aziendale, partecipa alla rete regionale per l'equità in tutte le politiche e facilita il raccordo tra le diverse funzioni organizzative.

L'attuazione della *governance* regionale e locale per l'equità è sostenuta attraverso:

- La formazione mirata e accompagnamento metodologico alle Aziende sanitarie;
- La promozione dell'uso di strumenti di valutazione d'impatto sull'equità;
- Il gruppo di coordinamento regionale equità, istituito con det. n. 28136/2024 e costituito dalla rete dei/lle referenti aziendali.

Azioni da svolgere

A livello regionale:

- Utilizzo di strumenti metodologici della ricerca-formazione-azione per supportare le azioni di indirizzo e di coordinamento complessivo;
- Supporto metodologico e formativo alle Aziende sanitarie per il consolidamento di un approccio strutturale di equità e del relativo sistema di governance;
- Accompagnamento all'implementazione dell'approccio di equità nei documenti di programmazione regionale;
- Promozione del diversity management nelle aziende sanitarie, come approccio organizzativo per la gestione delle risorse umane orientata a valorizzare le differenze e affrontare le disuguaglianze presenti in termini di genere, età, disabilità, provenienza geografico-culturale, condizione sociale o altri fattori;
- Adozione di analisi epidemiologiche sul grado di disuguaglianza sociale di salute nelle popolazioni, attraverso l'uso integrato di dati sanitari e non per descrivere e studiare le vulnerabilità demografiche, sociali e ambientali, il loro impatto sulla salute e sul livello di accesso ed effettiva fruizione di servizi;
- Adozione di analisi qualitative in grado di esplorare i meccanismi alla base della generazione delle disuguaglianze e di complementare le conoscenze quantitative al fine di ottenere una visione complessa della realtà;

- Accompagnamento alla promozione di processi partecipativi, in particolare nelle Case della Comunità e in attuazione del DM77/2022.

A livello aziendale:

- Individuazione e mantenimento dei dispositivi di governance per l'equità (referente, board e piano aziendale) quali strumenti di raccordo delle attività assunte e implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione;
- Diffusione e formazione all'utilizzo di strumenti e metodologie per la valutazione di indirizzi, programmazione e interventi in ottica di equità.

Beneficiari

- Cittadini e cittadine utenti dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrati;
- Amministratori/trici e operatori/trici del sistema dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrati.

SCHEDA 12 - SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE DELLE PERSONE STRANIERE NEOARRIVATE E CONTRASTO A SITUAZIONI DI TRATTA E SFRUTTAMENTO

Razionale

Nella storia del fenomeno migratorio nazionale, l'Emilia-Romagna si è sempre distinta per essere la prima regione per incidenza di residenti stranieri. Se da un lato si sono registrati flussi costanti di persone neo-arrivate per ricongiungimento familiare (in prevalenza donne e minori) ad indicazione del consolidarsi di processi di graduale stabilizzazione, la regione ha vissuto altresì un andamento altalenante con significativi picchi di flussi "non programmati" correlati a situazioni di migrazioni "forzate" derivanti da conflitti bellici, religiosi, emergenze umanitarie e ambientali (richiedenti protezione internazionale, sfollati da situazioni di guerra, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, beneficiari di canali umanitari ecc.). Inoltre, si registrano da anni anche fenomeni di tratta, sfruttamento sessuale e lavorativo. Se è vero che la fase di prima accoglienza compete allo Stato ed è messa in atto attraverso la attivazione di diversi sistemi riferiti a differenti target (MSNA, richiedenti e titolari di protezione internazionale, vittime di tratta/grave sfruttamento, sfollati da guerre ecc.), nella fase di "uscita" da questo primo livello di assistenza occorre lavorare per garantire continuità nei percorsi individuali di inclusione - in termini sia di autonomia, sia di eventuale presa in carico assistenziale sociale e /o sanitaria da parte dei servizi territoriali competenti.

In questo senso il potenziamento del sistema di accoglienza nazionale SAI (Sistema Accoglienza Integrazione) promosso dai Comuni rappresenta lo snodo fondamentale per garantire qualità e continuità assistenziale.

Particolare attenzione va posta sui minori non accompagnati che vivono condizioni di fragilità connesse all'età, alla difficoltà di riuscire a prendersi cura di se stessi, al trovarsi in un contesto sociale e culturale nuovo nel quale non ci sono figure adulte di riferimento, alle situazioni di violenza e di traumi che spesso hanno vissuto durante le fasi della migrazione, alle difficoltà comunicative in un nuovo Paese ed agli ostacoli burocratici-amministrativi per la regolarità del soggiorno. Condizioni che se non aggredite possono attrarre questi minori in contesti di sfruttamento e devianza.

Sul versante abitativo appare evidente che trovare un alloggio adeguato in affitto a un canone economicamente accessibile è diventato estremamente difficile e costoso per la popolazione in generale, e ancor più per le persone con passato migratorio e in uscita dai programmi di accoglienza, e ciò sia per la scarsità dell'offerta, sia per elevate barriere di accesso derivanti da condizioni di precarietà contrattuale e reddituale, da significativi costi di agenzia, da richieste di onerose garanzie, dalla diffidenza dei proprietari nei confronti di particolari categorie, etc. L'insieme di questi fattori pongono i lavoratori migranti esposti ad un rischio di irregolarità, sfruttamento ed a condizioni alloggiative precarie. Occorre pertanto orientare le politiche territoriali considerando il supporto all'inclusione abitativa in senso integrato con gli altri interventi di accompagnamento e inclusione sociale. In questo senso deve essere assicurata parità di trattamento nell'accesso a soluzioni abitative, in linea con la normativa vigente.

Progetti, metodi e strumenti messi in atto nel corso degli anni, nell'ambito sociale e della salute dei migranti, hanno permesso nella nostra regione il consolidamento, nei distretti e nelle aziende territoriali, della consapevolezza riguardo alla questione migratoria. Ciò ha favorito non solo l'emersione di specifici bisogni di salute e benessere di queste persone ma anche un approccio interculturale, multidisciplinare e multiprofessionale delle equipe.

Coerentemente alle indicazioni del Programma regionale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri denominato "Emilia Romagna: plurale, equa, inclusiva", la pluralità è un elemento di valore, l'equità è un indirizzo strategico per ridurre le disuguaglianze e l'inclusione di ciascuna persona è la traiettoria verso cui tendere affinché nessuno si possa sentire o percepire straniero

Descrizione

Occorre garantire nel territorio regionale un'assistenza sociale e sanitaria culturalmente competente, adeguata, tempestiva omogenea e di sistema verso i bisogni di assistenza e di salute dei cittadini

provenienti da paesi terzi e allo stesso tempo attuare un approccio sistemico e complementare, a garanzia dell'equità di accesso e trattamento favorendo così sia un empowerment individuale che di comunità.

Occorre prestare attenzione a quei fattori che possono impedire o depotenziare il contatto con i Servizi Sociali e Sanitari: scarsa conoscenza linguistica, non conoscenza delle modalità di accesso ai Servizi, scarsa consapevolezza dei propri diritti e doveri, permanenza di elementi culturali che possono condizionare le scelte delle persone, analfabetismo generale e digitale di base che spesso si associa alla mancanza di disponibilità di strumenti informatici. Inoltre, sul versante della risposta dei Servizi, vanno consolidate pratiche di lavoro di equipe multidisciplinari per una presa in carico tempestiva e integrata delle persone valorizzando la figura del mediatore interculturale e del Case Manager come figura di regia che facilita il passaggio tra e con i Servizi.

Va potenziato e consolidato il raccordo tra le strutture di prima accoglienza nazionali ed i servizi socioassistenziali e sanitari locali ai fini di una precoce rilevazione e presa in carico delle vulnerabilità. Occorre diffondere e potenziare gli interventi per l'autonomia delle persone migranti volti a contrastare problematiche di ambito materiale, sociale, di orientamento e comprensione di un nuovo territorio con particolare attenzione a donne e minori.

Sul versante sanitario è stato istituito un coordinamento regionale salute migranti che in accordo con le Aziende Sanitarie si occuperà del potenziamento dell'informazione e dell'orientamento ai servizi sanitari, attraverso una serie di strumenti diffusi sull'intero territorio regionale in maniera coordinata e coerente. Contestualmente, si intende continuare a lavorare sull'implementazione delle competenze di tutti i professionisti e operatori che a vario titolo rientrano nel processo di accoglienza e integrazione della popolazione migrante nei servizi sanitari e sociosanitari.

Va proseguito il potenziamento in tutti i contesti sanitari e socio sanitari dell'applicazione delle LLGGNN in materia di screening sanitari, assistenza e trattamento delle vittime o potenziali vittime di stupri, torture, violenze, tratta; nonché va applicato il protocollo nazionale sulla determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati (MSNA).

Importante altresì l'attivazione costante e omogenea nel territorio regionale di percorsi di acquisizione della lingua con particolare attenzione alle donne e alle persone analfabete o semianalfabete nella lingua d'origine.

Azioni

- Attivare e/o consolidare forme di governance multilivello di ambito regionale, provinciale e distrettuale in materia di integrazione dei cittadini di Paesi terzi;
- Attivare interventi per facilitare il transito dai centri di prima accoglienza ad una situazione di inclusione socioeconomica e di individuazione di una soluzione abitativa prevedendo il rafforzamento di servizi di supporto educativo, sociale, di interpretariato e mediazione interculturale e garantendo continuità di assistenza sociale e/o sanitaria nei confronti di persone con gravi vulnerabilità da parte dei servizi territoriali competenti;
- Attivare nuove modalità di presa in carico multidisciplinare, in ambito sociale, educativo, socio-sanitario e sanitario con particolare riferimento alle donne, ai minori neo-arrivati ed alle vulnerabilità sociali e sanitarie;
- Consolidare l'offerta formativa civico linguistica realizzata da una rete di soggetti pubblici (composta in particolare dalla rete dei CPIA) e del privato sociale anche con riferimento agli interventi di facilitazione didattica e di frequenza;
- Potenziare l'offerta formativa per il corretto uso di strumenti ed applicazione digitali in particolare con riferimento agli strumenti ed alle modalità di accesso ai servizi della PA
- Dare piena attuazione in tutto il territorio regionale al Programma di emersione, assistenza e inclusione sociale previsto dall'articolo 18 del Testo Unico Immigrazione rivolto a vittime di grave sfruttamento e tratta di esseri umani (sistema di interventi "Oltre la strada") che comprende: azioni/attività di protezione immediata anche in emergenza, prima assistenza, immediata assistenza sanitaria e consulenza legale e accoglienza residenziale protetta.

- Contribuire a rafforzare azioni locali di contrasto ai fenomeni di sfruttamento lavorativo e per la tutela delle vittime e potenziali vittime, attraverso il coinvolgimento in progettazioni di ambito interregionale (esempio progetto Common Ground) e attivando collaborazioni inter-istituzionali con i soggetti preposti in materia;
- Promuovere interventi per una informazione adeguata, accessibile e/o plurilingue sui servizi e sulle opportunità presenti sul territorio, anche attraverso sportelli informativi finalizzati a una corretta conoscenza ed un equo accesso ai servizi;
- Promuovere occasioni pubbliche di sensibilizzazione e conoscenza tra istituzioni locali, associazioni, persone autoctone e cittadini di paesi terzi, volte a contrastare stereotipi e pregiudizi negativi, anche attraverso il coinvolgimento dei Centri interculturali;
- Promuovere modalità ed occasioni di coinvolgimento dei cittadini stranieri nell'ambito di percorsi partecipativi locali;
- Attivare interventi per facilitare l'inserimento sociale, educativo e lavorativo di persone neo-arrivate per ricongiungimento familiare, in particolare donne e minori;
- Consolidamento delle azioni di prevenzione e contrasto alle discriminazioni, in particolare a quelle su base etnica, a partire dal potenziamento e qualificazione dei nodi e antenne antidiscriminazione territoriali in stretta connessione alla attività svolta dal Centro regionale contro le discriminazioni;
- Realizzare interventi di *outreach* (sensibilizzazione e coinvolgimento) anche con l'utilizzo di unità mobili per l'attivazione di interventi di prossimità;
- Garantire la presenza dei Mediatori Interculturali e Transculturali, adeguatamente formati in ambito sociale e sanitario, anche durante l'attività clinica, di presa in carico e informativa, nei servizi sociali e sanitari (es: sportelli e servizi sociali territoriali, ambulatori, case della comunità, ospedali ecc.);
- Offrire risposte in un contesto sempre più interculturale attraverso la formazione e l'aggiornamento degli operatori, e l'introduzione o il potenziamento di professionalità come (a titolo esemplificativo) mediatori interculturali e di comunità, facilitatori, antropologi, sociologi e psicologici;
- Implementare il modello di Governance multilivello attraverso il rafforzamento dei gruppi Salute Migranti e Vulnerabilità regionale e territoriali;
- Implementare e garantire la presenza delle equipe multidisciplinari, in ottemperanza alle normative in materia, fin dal primo accesso ai servizi sanitari per una corretta verifica dello stato di salute all'arrivo ed assicurando una adeguata presa in carico delle vulnerabilità anche attraverso l'utilizzo di un nuovo specifico applicativo informatico.
- Potenziamento del tavolo di governance regionale con tutte le aziende sanitarie.

Beneficiari

Sono beneficiari diretti delle azioni: Cittadini Paesi Terzi, Richiedenti e Titolari Protezione Internazionale, minori Stranieri, minori stranieri non accompagnati (MSNA); donne, uomini e persone transessuali vittime o potenziali vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale o a scopo di sfruttamento lavorativo.

Sono beneficiari indiretti: operatori di Enti locali e di Terzo settore impegnati nel sistema di accoglienza, famiglie accoglienti, comunità locali, Operatori sistema del sistema sanitario. docenti, formatori, operatori pubblici, comunità locali, comunità nazionale; Gli interventi si rivolgono alla popolazione complessiva dei CPT, con particolare attenzione alle persone neoarrivate e/o in condizioni vulnerabili.

SCHEDA 14 - PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ E CONTRASTO ALLE DISCRIMINAZIONI DI GENERE

Razionale/motivazione

La Regione Emilia-Romagna è da anni impegnata a promuovere pari opportunità tra uomini e donne e a contrastare le discriminazioni di genere, a partire dagli strumenti strategici, tanto da essersi dotata di un solido e articolato quadro normativo caratterizzato da un approccio trasversale, intersezionale e concreto alle politiche di genere. Tra le principali leggi regionali: la LR 6/2014 (Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere) e la LR 15/2019 (Legge regionale contro le discriminazioni e le violenze determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere).

Nonostante la Regione sia all'avanguardia da questo punto di vista nel contesto italiano ed europeo, il quadro socioeconomico restituisce uno spaccato che è ancora caratterizzato da alcuni ambiti in cui si evidenzia un gap importante per la piena e concreta parità tra uomini e donne, come dimostrano anche i dati pubblicati annualmente in occasione della redazione del Bilancio di genere strumento paritario previsto dalla LR 6/2014, che dal 2024 è stato digitalizzato ed è disponibile on line, con indicatori statistici periodicamente aggiornati, a questo link: [Il bilancio di genere della Regione Emilia-Romagna e le Linee guida per l'implementazione del bilancio di genere nei Comuni - Pari opportunità](#).

Il documento riporta, oltre ad una rendicontazione delle azioni regionali con impatto diretto e indiretto sulle pari opportunità in ottica di mainstreaming, elaborazione di dati, statistiche e analisi centrate sul genere, finalizzate a monitorare l'impatto di genere delle proprie politiche e valutare in maniera più puntuale le proprie scelte al fine di migliorare la propria azione e, se necessario, ricalibrare le priorità di intervento rispetto ai bisogni delle cittadine e dei cittadini.

Rispetto alle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere e per colmare il gap conoscitivo che esiste in termini di diritti delle persone LGBTQI+, nel 2021-22 la Regione Emilia-Romagna ha svolto un'indagine, in collaborazione con l'Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA), con l'obiettivo di: implementare la conoscenza del fenomeno delle discriminazioni e della violenza, mappare i nodi regionali capaci di intercettare l'ostilità anti LGBT allo scopo di contrastarla; contribuire a individuare le più efficaci strategie di prevenzione e contrasto che sappiano rispondere alle esigenze emergenti dalle esperienze e dal vissuto delle persone LGBTQI+; rafforzare le strategie di prevenzione e contrasto basate sulla collaborazione tra diversi soggetti del territorio. L'indagine fornisce un quadro quantitativamente importante e qualitativamente molto eterogeneo, anche in termini di definizione delle identità, facendo luce sulle diverse forme di violenza e di discriminazione.

In tutte le politiche è importante affrontare l'aspetto dell'intersezionalità tra il genere e le altre cause di discriminazione, soprattutto in una società, come quella dell'Emilia-Romagna, sempre più complessa e plurale per lingue, culture, condizioni socioeconomiche e in cui l'immigrazione straniera è ormai un elemento strutturale.

Poiché la discriminazione ha spesso all'origine pregiudizi e stereotipi, è fondamentale continuare a potenziare le azioni di diffusione di una cultura delle differenze e di contrasto agli stereotipi, su cui la Regione è da tempo impegnata. Valorizzare le differenze significa infatti innanzitutto educare fin dall'infanzia a riconoscere le diversità, imparare a confrontarsi con le differenze in modo costruttivo e integrare prospettive diverse per leggere da più punti di vista la realtà in movimento, nonché produrre risposte complesse che integrino tali differenze, per assicurare maggiore equità nell'erogare i servizi. Significa inoltre contribuire a prevenire ogni forma di violenza di genere, coerentemente a quanto previsto nel Piano regionale contro la violenza di genere (DAL 54/2021) e nelle relative Schede attuative (DGR 1785/2022).

Promuovere politiche di inclusione e di accesso ai servizi attente alle diversità e capaci di valorizzarle significa anche cercare di prevenire e combattere i pregiudizi e le discriminazioni legate a età, sesso, etnia, religione, disabilità, orientamento sessuale, istruzione e origini etniche o territoriali.

Descrizione

Al fine di promuovere pari opportunità e superare ogni discriminazione basata sul genere è importante agire attraverso un duplice approccio che porti, accanto ad azioni trasversali a tutte le politiche pubbliche in un'ottica di *gender mainstreaming* come enunciato anche nel Piano Sociale Sanitario (in cui una delle cinque aree tematiche trasversali è la Promozione dell'equità fra i generi), all'implementazione di azioni chiave specifiche per sviluppare interventi efficaci per contrastare le disuguaglianze tra i generi.

A livello regionale bisogna continuare a rafforzare l'integrazione e il coordinamento per lo sviluppo delle politiche di genere nella programmazione delle attività regionali, secondo un approccio di *mainstreaming*, anche attraverso gli strumenti del sistema paritario previsti dalla LR 6/2014 da quelli previsti dalla LR 15/2019.

L'obiettivo è quello di confermare e rafforzare l'impegno nel dare piena attuazione a queste leggi regionali attraverso gli strumenti già previsti dalle stesse e qualificare alcune azioni chiave per sviluppare interventi efficaci di promozione dei principi di parità di genere e non discriminazione.

L'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali e il Tavolo permanente per le politiche di genere possono contribuire a promuovere l'attenzione al genere in ogni azione e in ogni fase delle politiche e a rafforzare la rete territoriale e le azioni trasversali di sistema, così come la diffusione e la promozione del bilancio di genere agli Enti locali, il consolidamento del bilancio di genere digitalizzato e gli altri strumenti di rendicontazione e valutazione dell'impatto di genere.

In generale si agirà per promuovere un contesto sociale non discriminatorio potenziando iniziative di prevenzione, educazione e sensibilizzazione, sia con i bandi regionali sia con azioni di formazione mirata.

Per contrastare e prevenire ogni forma di discriminazione e violenza nei confronti delle persone LGBTQI+ bisognerà agire attraverso la rete di relazioni attivata con le associazioni LGBT, il Tavolo tecnico con funzioni di monitoraggio sul fenomeno delle discriminazioni e violenze determinate dall'orientamento sessuale e dall'identità di genere istituito con DGR 745/2021, il coinvolgimento in ottica trasversale di molte articolazioni della nostra Amministrazione per contrastare e superare le discriminazioni per identità di genere e orientamento sessuale.

Azioni da svolgere

1. Sostegno e valorizzazione dei progetti promossi dagli Enti locali e dalle Associazioni per promuovere una cultura delle pari opportunità e del contrasto alle discriminazioni di genere e determinate dall'identità di genere e/o orientamento sessuale, con particolare attenzione alle nuove generazioni;
2. Sostegno e valorizzazione dei progetti promossi dagli Enti locali e dalle Associazioni per promuovere iniziative di implementazione di welfare aziendale e territoriale, per migliorare la conciliazione dei tempi di vita e lavoro, la condivisione delle responsabilità di cura e migliorare l'accesso delle donne nel mercato del lavoro e dell'impresa (anche attraverso il Tavolo permanente per le politiche di genere);
3. Promozione di attività educative e di sensibilizzazione nelle scuole di ogni ordine e grado, sul contrasto alle discriminazioni e agli stereotipi di genere e sull'uso di un linguaggio attento alle pari opportunità;
4. Formazione delle/degli insegnanti su questi temi in attuazione del Protocollo di Intesa sottoscritto a settembre del 2022 con l'Ufficio scolastico regionale per l'Emilia-Romagna (DGR 1628/2022);
5. Promozione e valorizzazione presso gli enti locali dell'integrazione dell'attenzione al genere nelle politiche anche attraverso strumenti di monitoraggio e valutazione ex ante ed ex post dell'impatto di genere mediante la diffusione/capitalizzazione degli strumenti adottati a livello regionale, primo tra tutti il bilancio di genere e le Linee guida per la realizzazione del bilancio di genere nei Comuni;

6. Promozione di percorsi formativi e di sensibilizzazione per il benessere delle persone LGBTQI+ rivolti a i/le professionist* nel sistema dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari e alle operatrici dei centri antiviolenza e delle case rifugio.

Beneficiari

Tutti i cittadini e cittadine della Regione Emilia-Romagna

SCHEDA 15 - PRIMI 1000 GIORNI DI VITA. POTENZIARE L'INVESTIMENTO PRECOCE CON AZIONI INTEGRATE, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI FAMILIARI E NEI SERVIZI

Razionale/motivazione

Molte evidenze scientifiche hanno dimostrato l'importanza dei primi anni di vita nello sviluppo precoce del bambino/a, in particolare si è appurato che lo sviluppo neurologico e quindi psicologico del bambino/a non sia automatico ma avvenga in risposta a stimoli sociali e interpersonali. Le famiglie e le relazioni che in esse si instaurano sono pertanto l'elemento determinante nella crescita dei bambini/e soprattutto nei primi anni di vita ed è proprio in rapporto alle famiglie e all'ambiente che li circonda che si strutturano in fasi molto precoci diverse competenze fondamentali (opportunità e disuguaglianze).

Un elemento di complessità negli interventi a sostegno dei primi 1000 giorni è rappresentato infatti da una distribuzione disomogenea nella popolazione dei diversi fattori di rischio e di protezione, che vede individui, famiglie e sottogruppi di popolazione portatori di:

- diversi livelli di suscettibilità individuale alle malattie (aspetto monitorato per i neonati/e anche tramite lo screening neonatale allargato);
- diverse condizioni di fragilità più o meno transitorie, ma che possono diminuire la resilienza rispetto a rischi o a eventi avversi e incidere su finestre temporali cruciali per lo sviluppo;
- diversi livelli di vulnerabilità, legati allo status socioeconomico e culturale, ma anche alle caratteristiche del territorio di vita e della sua dotazione in termini di capitale sociale e di quantità e qualità dei servizi.

Si tratta di elementi strettamente interconnessi, che possono essere destinati a tracciare, per i bambini/e nell'immediato e per le persone adulte del futuro, itinerari di sviluppo e di salute disuguali. Quindi, la prospettiva di lavoro va orientata a un principio di equità e utilizzando un approccio intersezionale, ovvero con un'attenzione al modo in cui le caratteristiche individuali della persona (come età, genere, istruzione, provenienza geografica, culturale e stili di vita) si intrecciano in maniera multidimensionale tra loro e interagiscono con i contesti in cui le persone vivono e si muovono, arrivando a influenzare elementi come il benessere individuale, collettivo e gli esiti di salute.

Sempre in termini di prospettiva di lavoro, occorre dare particolare attenzione al coinvolgimento precoce – pratico ed emotivo – dei padri nella genitorialità. Si è visto infatti che tale coinvolgimento influenza il periodo dei primi 1000 giorni di vita sotto vari aspetti (ad esempio: migliorando la salute psico-fisica di madri e bambini/e, facilitando l'allattamento, diminuendo i rischi durante gravidanza e parto e le probabilità di violenza domestica, creando fin dall'inizio un forte legame affettivo padri-figli/e) e che ha esiti positivi sul futuro sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino/a. In particolare, si ritiene che l'effetto di questo coinvolgimento nel primo periodo della vita del bambino/a abbia possa incidere nel medio e lungo termine sulle sue competenze sociali e scolastiche, sulla sua autoregolazione e autostima, contribuendo al raggiungimento della parità fra i sessi.

Descrizione

In linea con quanto previsto dalla Commissione Europea fin dal 2013 e ancora nel 2019 e ribadito dall'OMS nel 2020, combattere lo svantaggio socioculturale nei primi anni di vita è quindi una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale. Interventi precoci in epoca prenatale e post-natale di sostegno alle coppie e ai genitori hanno già dimostrato di riuscire a influenzare gli itinerari di sviluppo di bambini/e con esiti nel lungo periodo di riduzione delle disuguaglianze. Informare le persone in età fertile, a partire dai giovani, sull'importanza della salute preconcezionale e dei fattori che possono metterla a rischio (inquinamento ambientale, professionale, domestico, stili di vita, infezioni sessualmente trasmesse e altre malattie infettive) consente scelte consapevoli per migliorare la loro salute e proteggere la fertilità.

Combattere le disuguaglianze è possibile attraverso strategie integrate di sostegno ai giovani e ai neogenitori, nell'accesso al mercato del lavoro e alla casa, di sostegno al reddito servizi sociali e

sanitari dedicati e servizi educativi per la prima infanzia. Il sostegno a domicilio (home visiting) durante il periodo perinatale è un intervento di provata efficacia nel sostegno alla genitorialità e si caratterizza per l'ampio ventaglio di necessità a cui può dare risposta, grazie alla natura multiprofessionale e multidisciplinare del gruppo di professionisti/e che possono essere coinvolte. Sarà necessario garantire la salute fisica e mentale di neonati/e, madri e coppie, promuovendo il ruolo del padre in famiglia, nell'adozione di sani stili di vita e in tutte le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute della famiglia. In base ai bisogni rilevati durante il periodo preconcezionale, in gravidanza e nell'immediato post-parto, sarà possibile indicare la natura dell'intervento (prevalentemente sanitario in caso di disagio psichico o di malattie endocrine e metaboliche ereditarie nel neonato o altre condizioni legate all'adattamento neonatale, di tipo ostetrico in caso di complicanze del parto, o maggiormente sociale, o – nella maggioranza dei casi – educativo e di accompagnamento fra pari per sostenere e organizzare la nuova routine e le nuove necessità del nucleo familiare).

L'allattamento è uno degli obiettivi di salute e di promozione della relazione individuato come prioritario da tutte le agenzie di salute. Le azioni di promozione e il sostegno coinvolgono tutta la comunità professionale, le famiglie e la collettività.

Azioni da svolgere

- A livello distrettuale promuovere e mantenere aggiornata la mappatura dei servizi presenti a livello territoriale (sociali/sanitari/educativi), ospedalieri e del terzo settore coinvolti dei primi 1000 giorni di vita di bambini/e, tenendo presenti le diverse programmazioni (es. PRP, Piani Aziendali Equità) già esistenti;
- Potenziare e riqualificare la rete dei consultori familiari (compresi spazi giovani e spazi giovani adulti) e delle pediatrie di comunità, anche all'interno dell'organizzazione delle case della comunità per: raggiungere, informare, coinvolgere e orientare tutti i genitori, con una attenzione particolare alle famiglie straniere e a quelle svantaggiate, in tutte le fasi di crescita della prole, a partire dalla preconcezione, valorizzando le responsabilità educative, in modo da agire preventivamente rispetto all'insorgenza di possibili disagi familiari;
- Promuovere, sostenere e monitorare protocolli assistenziali al percorso nascita integrati e appropriati (competenze dell'ostetrica nell'assistenza alla gravidanza fisiologica e assistenza condivisa -ostetrica e ginecologica- nelle gravidanze a rischio sanitario o sociale) tra servizi ospedalieri e territoriali e tra sociale, educativo e sanitario, che riescano a garantire la continuità del percorso dalla gravidanza al puerperio;
- Promuovere la preservazione della salute riproduttiva, scelte genitoriali consapevoli e informate nelle persone giovani e facilitare l'accesso alle consulenze preconcezionali;
- Sperimentare azioni centrate sul primo mese e fino ai primi due anni di vita di bambini/e e delle loro famiglie, che vedano una collaborazione tra servizi educativi (nidi, Centri bambini genitori...), Centri per le famiglie, servizi sanitari (consultori familiari, pediatrie di comunità, neuropsichiatrie infantili, pediatria di libera scelta), servizi sociali ed enti del terzo settore, anche attraverso équipe/tavoli multidisciplinari;
- Potenziare le progettualità innovative dei centri per le famiglie rivolte al coinvolgimento precoce dei padri nei percorsi dedicati ai primi 1000 giorni di vita e sostenere l'attivazione da parte di tutti i centri per le famiglie dell'offerta di percorsi di home visiting;
- Garantire nel post-parto la presa in carico precoce e integrata (sanitario, sociale, educativo e terzo settore in rete con i servizi) delle situazioni in cui sono state individuate fragilità, per promuovere fattori protettivi e di resilienza, stimolando anche la capacità dei genitori (e del contesto allargato) di fruire delle risorse offerte dai servizi socioeducativi e sanitari territoriali, in un'ottica proattiva. Tra le attività di presa in carico si sottolinea l'importanza di garantire interventi di prossimità come sostegno domiciliare (home visiting) che è dimostrato essere strumento di provata efficacia;

- Sostenere interventi integrati 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, del teatro, dell'educazione all'aperto e dell'attività fisica;
- Migliorare la percezione nei genitori dei rischi in ambito domestico e nei contesti di vita, in modo da agire preventivamente rispetto agli incidenti (domestici, stradali, ecc.) nei bambini/e;
- Consolidare il sistema di servizi educativi 0-3 anni: luoghi di crescita e sviluppo per i bambini/e, sostegno alla genitorialità e supporto alla conciliazione, perseguendo l'obiettivo del 45% di bambini/e iscritti rispetto alla popolazione 0-3 anni entro il 2030 (Raccomandazione commissione europea 2022 – Servizi di qualità per ridurre povertà educativa ed esclusione sociale), anche favorendo opportunità articolate e flessibili per rispondere a esigenze, bisogni e disponibilità familiari diverse;
- Favorire progettualità inclusive che offrano opportunità anche a famiglie non iscritte, in particolare nei primi due anni di vita tramite il sistema integrato per l'educazione e la formazione 0-6 anni - Dlgs 95/2017);
- Promuovere azioni di formazione congiunta tra i diversi professionisti e attori della rete con il coinvolgimento anche del terzo settore.
- Implementare il sistema screening neonatale allargato delle malattie endocrine e metaboliche ereditarie (MME) diagnosticabili, e in particolare della Atrofia muscolare spinale (SMA) e delle Immunodeficienze primitive (SCID/XLA) a tutti i nati dell'Emilia-Romagna (compresi quelli da parto a domicilio/casa di maternità).

Beneficiari

Donne, uomini e coppie dal periodo precedente il concepimento, durante la gravidanza, il parto, puerperio, neonati/e e bambini/e 0-3 anni e i loro genitori, con un'attenzione particolare a quelli in condizione di vulnerabilità (solo a titolo esemplificativo: basso livello socioeconomico, età della madre e del/la partner inferiore a 20 anni, basso livello di scolarizzazione, mancanza di supporto familiare, stato di disagio psicologico della madre e del/la partner nel periodo perinatale).

SCHEDA 16 - GENITORIALITÀ: ALLEANZE, SERVIZI E COMUNITÀ PER IL SOSTEGNO E LA PROMOZIONE DEL BENESSERE DI GENITORI E FAMIGLIE

Razionale/motivazione

In Emilia-Romagna la dimensione media familiare è in continua contrazione: in un contesto di fecondità bassa e in calo, la diminuzione delle donne in età fertile si riflette anche nella diminuzione delle nascite. Si conferma la dinamica tendenziale della famiglia poco numerosa con più della metà delle famiglie che ha un solo figlio e dell'incremento di diverse tipologie familiari. È soprattutto nelle cinture dei comuni capoluogo che si concentrano le famiglie con minorenni, segnale del progressivo spostamento delle giovani coppie verso i comuni limitrofi ai grandi centri urbani.

A questo andamento demografico si associa anche il parallelo e crescente invecchiamento della popolazione, con aumento del carico di cura delle famiglie, che si affianca a quello delle famiglie che si prendono cura di familiari con disabilità.

Fanno da sfondo, oltre allo scenario demografico sopra descritto, anni caratterizzati da crisi economica, le nuove guerre e, per una parte importante della regione, gli effetti a medio e lungo termine delle ultime alluvioni.

A questo si associa un aumento dell'impoverimento materiale delle persone di minore età e delle loro famiglie, ed un aumento della povertà educativa (livelli di apprendimento più bassi, maggiori probabilità di abbandonare gli studi prematuramente, minore probabilità di inserimento lavorativo in età adulta, effetto negativo su stili di vita e salute).

Inoltre, la genitorialità continua ad essere esposta a molteplici mutamenti legati anche a separazioni, divorzi, ricomposizioni familiari.

Permane quindi la necessità di applicare una prospettiva di equità e intersezionalità, intesa come attenzione al modo in cui le caratteristiche delle famiglie si intrecciano e si ricompongono in quadri di vulnerabilità multidimensionale, che in quanto tali vanno affrontati partendo da una riflessione sistemica sulla complessità dei bisogni portati ai servizi. Implementare sistemi di ascolto all'interno dei processi di condivisione e partecipazione è fondamentale per promuovere l'empowerment delle famiglie e garantire l'equità del sistema.

Descrizione

In linea con il «Piano nazionale della famiglia», 2025-2027, la scheda propone il passaggio da una visione di famiglia quale destinataria di interventi, ad un riconoscimento delle famiglie come risorsa della comunità. Si intende quindi promuovere le famiglie come protagoniste, sostenerle come soggetti attivi e promotori di benessere sia per le nuove generazioni che per i componenti adulti e di tutta la comunità in una logica di alleanze tra famiglie, tra famiglie e servizi e tra servizi appartenenti a diverse istituzioni. La scheda attualizza una visione universalista dell'accesso ai servizi e universalista proporzionale nella risposta dei servizi stessi che si rivolgono alle famiglie, individuando azioni che sostengano la genitorialità e la loro funzione sociale ed educativa, anche in un'ottica di contrasto alla denatalità, per valorizzare la crescita armoniosa ed inclusiva delle bambine, dei bambini e dei giovani nella società alla luce delle sfide odierne, delle grandi opportunità, nonché dei grandi rischi, in un contesto sociale sempre più interconnesso.

Sebbene il modello di famiglia comune e prevalente sia quello tradizionale, anche in Emilia-Romagna si stanno rendendo più visibili una pluralità di configurazioni famigliari: famiglie monogenitoriali, famiglie ricomposte dopo le separazioni, famiglie adottive e affidatarie, famiglie che fanno ricorso alla procreazione medicalmente assistita, che non necessariamente condividono all'interno del nucleo familiare un legame genetico o biologico, famiglie con due madri o due padri, ecc. Indipendentemente dalla loro composizione o dal modo in cui sono giunti a essere famiglia, queste possono fornire un ambiente favorevole, amorevole e sicuro per i bambini e bambine e ragazzi e ragazze, i loro bisogni, il loro sviluppo ed il loro benessere. È un obiettivo rilevante dei servizi che si occupano di sostegno alla genitorialità, che siano di ambito educativo, sociale o sanitario, accompagnare ciascuna famiglia con le proprie peculiarità.

Si intende quindi promuovere il sostegno al lavoro femminile e la condivisione del lavoro di cura da parte di entrambi i genitori, valorizzando la cogenitorialità non come somma di maternità e paternità, ma come alleanza genitoriale basata sulla fiducia e la stima reciproca. Gli studi evidenziano infatti che il coinvolgimento paterno permette alla donna di conciliare lavoro, famiglia e tempo libero con maggiore serenità a beneficio dell'intero nucleo familiare, sostenendo relazioni familiari più equilibrate e più ricche. Occorre promuovere quindi la parità tra i sessi nella comunità e all'interno dei nuclei familiari, l'equa distribuzione dei carichi di cura tra genitori, il lavoro e le occasioni di confronto e sostegno rivolte ai padri e ai co-genitori. È necessario promuovere le competenze delle famiglie, attraverso un quadro di interventi che creino sinergie positive nella comunità, comprendendo anche opportunità specifiche per nuclei monogenitoriali e famiglie straniere, soprattutto se di recente immigrazione. In linea con gli obiettivi del PNRR, considerati i benefici riconosciuti, occorre proseguire gli interventi per aumentare i servizi educativi per l'infanzia - a partire dai servizi 0-3 anni, favorendo lo sviluppo di servizi flessibili anche localizzati in contesti periferici o montani, favorire il coinvolgimento di bambini e famiglie a basso reddito e/o a maggior rischio di esclusione sociale. Risulta strategico rafforzare i Centri per le famiglie come luoghi di prevenzione e promozione del benessere di genitori e famiglie, che sostengono le competenze genitoriali in modo "leggero" anche stimolando il protagonismo, la partecipazione e la responsabilità sociale, promuovendo la collaborazione con l'associazionismo familiare, le reti di famiglie ed il Terzo settore che operano nel contesto sociale del territorio e che orientano i genitori verso servizi specialistici territoriali valorizzando così risorse e collaborazioni.

Azioni da svolgere

- Programmare/progettare/gestire interventi a supporto delle famiglie in modo integrato tra ambito sociale, sanitario, educativo, sviluppando soluzioni condivise di sostegno alla genitorialità con particolare attenzione alle situazioni di fragilità, figli con disabilità, nati pretermine ma anche lutti perinatali, genitorialità di persone detenute in carcere.
- Favorire il sostegno al ruolo educativo dei genitori finalizzato al miglioramento della relazione genitori/figli rispetto anche al tema dei risultati scolastici e delle difficoltà di apprendimento, proponendo metodologie ed approcci che incentivino il piacere di apprendere.
- Consolidare l'approfondimento sul tema della conflittualità familiare, quale fenomeno in aumento e sempre più all'attenzione dei servizi in modo trasversale, anche alla luce della riforma Cartabia, attraverso metodologie che supportino la collaborazione tra servizi, la formazione, l'ascolto ed il sostegno alle famiglie (es. Community Lab, approccio dialogico, Ruote di terapia comunitaria, gruppi di parola per bambini e adolescenti).
- Sostenere azioni di integrazione al reddito, agevolazioni tariffarie, esoneri, per nuclei familiari che presentano difficoltà economiche, facilitando la partecipazione delle famiglie svantaggiate alle opportunità educative e culturali del territorio, attraverso la collaborazione tra coordinamenti pedagogici, centri per le famiglie, centri bambini e famiglie, servizi educativi 0-3 anni e scuole dell'infanzia, scuole primarie e scuole secondarie di primo e secondo grado.
- Promuovere progettazioni integrate legate alla lettura e alla promozione della musica (come *Nati per leggere* e *Nati per la Musica*), del teatro (ad esempio *Scioppo di teatro*), di attività e laboratori nei musei, nelle biblioteche, presso i Centri per le famiglie, ecc., sostenendo azioni che possano offrire occasioni di piacere, scoperta e crescita rivolte alle famiglie favorendo anche il "fare insieme" tra genitori e figli.
- Sostenere i genitori nelle diverse fasi del ciclo di vita familiare offrendo momenti di approfondimento, confronto, anche attraverso la promozione di serate informative con esperti o con gruppi di confronto su tematiche specifiche.
- 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 la qualificazione ed il

funzionamento, i monitoraggi annuali, la formazione continua per gli operatori su tematiche specifiche e metodologie di lavoro ed attraverso l'attivazione di scambi tra i diversi territori promuovendo buone prassi locali;

- Sostenere i genitori nell'approfondire i rischi nell'infanzia e nell'adolescenza (es. conoscenza delle manovre di disostruzione vie aeree, prevenzione incidenti domestici, primo soccorso pediatrico, sani stili di vita, alimentazione, ecc.)
- Promuovere nei genitori un uso consapevole del digitale per prevenire dipendenze e sostenere un approccio critico all'informazione, anche attraverso una collaborazione tra diversi professionisti, e una formazione trasversale e condivisa fra personale sanitario, sociale, educativo e bibliotecario;
- Accompagnare le famiglie straniere, in particolare quelle di recente immigrazione, anche a seguito di guerre, offrendo supporto alla funzione genitoriale esercitata in un contesto diverso da quello di provenienza orientandole tra i servizi presenti nel territorio e supportandole nel rafforzamento delle interazioni familiari intergenerazionali, nella trasmissione culturale e linguistica e per favorire l'inserimento precoce dei bambini e delle bambine nei servizi educativi 0-3 anni e la frequenza nelle scuole d'infanzia, favorendo il superamento di barriere psicologiche e culturali che incidono sulla percezione dei benefici garantiti da tali servizi.
- Promuovere azioni di formazione rivolte agli operatori dei servizi rispetto alle famiglie LGBTQ+ e al supporto dei genitori che affrontano temi connessi a identità di genere, orientamento sessuale loro o dei propri figli.
- Favorire la definizione di accordi territoriali per progetti e servizi con Ordini professionali coinvolti nelle dinamiche familiari (quali ad esempio avvocati, notai, ecc.) a beneficio del benessere delle famiglie.
- Coinvolgere i genitori nella rilevazione dei bisogni e nella valutazione dei servizi.

Beneficiari

Famiglie con figli piccoli, preadolescenti, adolescenti, giovani adulti.

Operatori, professionisti e volontari dei Servizi educativi, scolastici, sanitari e sociali sia dei servizi pubblici che del terzo settore.

SCHEDA 17 - PROGRAMMA ADOLESCENZA. INTERVENTI INTEGRATI PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE, PREVENZIONE, CURA DI PRE-ADOLESCENTI E ADOLESCENTI

Razionale/motivazione

L'adolescenza è una fase cruciale dello sviluppo e di possibili 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 e protagonismo sono i principi ispiratori degli interventi rivolti agli adolescenti. Nel territorio regionale esistono numerose esperienze di promozione del benessere e della salute e di prevenzione del rischio in adolescenza e percorsi di cura dedicati.

Tali esperienze risultano ancora eterogenee sia per la molteplicità di aspetti 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.

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 (distrettuale). La programmazione degli interventi ha come riferimento la conoscenza delle caratteristiche, delle condizioni di vita e dei bisogni degli adolescenti del territorio e dei professionisti che operano in questo campo, definita sulla base di dati, ricerche e ascolto e coinvolgimento diretto degli adolescenti.

Inoltre, la prospettiva di lavoro va orientata a un principio sistematico di equità e intersezionalità, focalizzandosi ovvero sul modo in cui caratteristiche e bisogni degli adolescenti introducono la necessità di un universalismo proporzionale e di una conseguente redistribuzione di risorse e interventi. Vi sono numerosi dati che descrivono abitudini e stili di vita dell'adolescenza utili a implementare azioni a sostegno dello sviluppo delle competenze dei ragazzi e del miglioramento dei loro contesti di vita, a favore del loro benessere psicofisico <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/novita/prodotti-editoriali/2025/adolescenti-in-relazione>.

In particolare, nell'ambito della cura di sé i fattori che si associano primariamente al benessere sono riferiti alla dimensione relazionale e affettiva come le relazioni in famiglia, fra pari e nella scuola e i comportamenti legati al rapporto con il corpo (quali alimentazione, fumo, alcool, farmaci, attività fisica...). Si evidenzia inoltre, che negli ultimi 10 anni si è quasi assistito al raddoppio degli utenti seguiti nei servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA) (dal 2011 +61,2 %; nel 2024 tasso di prevalenza 9,9% su popolazione target 0-17 a.) con anticipo dell'età dell'esordio e maggiore complessità. Il benessere mentale dei più giovani è stato minato da stati e sintomi di ansia, depressione, disturbi dell'alimentazione e/o fuga dalla socialità.

Sono in aumento i ricoveri dei minorenni con diagnosi psicopatologica, gli accessi ai Pronto Soccorso per autolesione ed i casi, in giovane età, con quadri misti con uso di sostanze, disturbi psicopatologici e aspetti sociali (mancata frequenza scolastica, comportamenti sessuali promiscui, fughe da casa, ecc.).

Descrizione

Il 1° Piano regionale pluriennale per l'Adolescenza (DAL n. 180/2018), in continuità con il Progetto Adolescenza, ha fissato le priorità (dialogo, partecipazione e cura) da realizzare a favore dell'adolescenza in un'ottica multidimensionale e si è configurato come un Patto Educativo tra i principali soggetti che si occupano di adolescenti, in cui la responsabilità sociale degli interventi sia condivisa, faccia crescere relazioni sociali comunitarie e possa promuovere cittadinanza attiva tra gli adolescenti e tra i soggetti che attuano gli interventi.

Le priorità da realizzare, in continuità con il Piano adolescenza, delineano diversi obiettivi e piste di lavoro:

- Il consolidamento dei livelli di governance regionale, provinciale/aziendale e distrettuale attraverso coordinamenti tecnici che comprendono tutti i soggetti coinvolti in interventi a

favore dell'adolescenza (scuola, servizi educativi, sanitari, sociali, culturali, sportivi, del terzo settore).

- La garanzia di continuità e di trasversalità tra promozione del benessere, prevenzione del rischio cura (operatori formati sull'adolescenza; tempestività nel riconoscimento e trattamento dei fattori di rischio; privilegiare la consultazione e l'intervento breve).
- L'implementazione e il monitoraggio delle Linee di indirizzo sul ritiro sociale (DGR 1016/22).
- La qualificazione e omogeneizzazione degli Spazi d'ascolto in tutte le scuole ed enti di formazione professionale attraverso l'implementazione delle Linee di indirizzo sugli spazi d'ascolto (DGR 2059/25) e il relativo monitoraggio.
- Il rafforzamento la conoscenza e competenza degli operatori dei mezzi digitali per un corretto accompagnamento all'utilizzo da parte degli adolescenti.
- La promozione di stili di vita salutari, educazione alle relazioni, all'affettività e sessualità, contrasto dei comportamenti a rischio e prevenzione di forme di disagio adolescenziale attraverso la collaborazione tra Scuola e Sanità, (Programma PP01 del Piano regionale della Prevenzione "Scuole che promuovono salute").
- Il potenziamento della rete dei servizi consultoriali (Spazio Giovani) per il supporto psicologico per la promozione del benessere psicofisico degli adolescenti (DGR 1377/2022 e 2354/2023).
- Il potenziamento delle Unità di strada (DGR 1184/17).
- La strutturazione di servizi omogenei, ad accesso facilitato per i percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti secondo caratteristiche organizzative che devono sostenere l'adeguamento dell'offerta di cura alle raccomandazioni trasversali della Circolare 1/2017 (Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti Raccomandazioni regionali).
- La promozione di ambienti positivi e azioni individuali e di comunità relative alla tutela della salute mentale nelle relazioni fra i pari e con gli adulti.

Un obiettivo da conseguire riguarda la necessità che gli interventi per la psicopatologia in età evolutiva e per i giovani adulti abbiano caratteristiche di tempestività, quando necessario di intensità, gradualità, nell'ottica della *stepped care* anche in rete con i Servizi Educativi e Sociali dei Comuni.

Azioni da svolgere

- Mantenere e rafforzare il tavolo di coordinamento distrettuale sull'adolescenza con le diverse rappresentanze dei servizi sociali, educativi, delle ausl e politiche per la salute mentale, delle dipendenze, della scuola, delle opportunità culturali, delle politiche giovanili, della sanità pubblica, del terzo settore in tutti gli ambiti distrettuali e in raccordo con le programmazioni affini (v. Programmi di settore e del Piano della prevenzione).
- Promuovere la collaborazione a scuola per:
 - Rafforzare il coordinamento degli spazi di ascolto scolastici attraverso il tavolo adolescenza, per una loro qualificazione e ampliamento al fine di rendere più stabile e continuativa la presenza degli operatori degli spazi., in riferimento alle linee di indirizzo regionali (DGR n. 2059/2025). Prevedere modalità di collaborazione con le scuole per facilitare la partecipazione degli operatori degli spazi al coordinamento distrettuale adolescenza, per garantire qualità del servizio e sinergia con i servizi del territorio, promuovendo la formazione dei professionisti anche con il coinvolgimento di tutti i servizi territoriali.
 - Coordinare l'offerta formativa messa a disposizione dai servizi sanitari e sociali.
 - Supportare/affiancare gli insegnanti su progetti per la promozione del benessere dell'adolescente/del gruppo classe per il miglioramento del clima e gestione delle emozioni.
 - Ampliare l'adesione alla rete delle scuole che promuovono salute.

- Promuovere azioni di prevenzione indicata e selettiva di intercettazione precoce delle dipendenze nei contesti scolastici con particolare attenzione ai Centri di Formazione Professionale.
- Mappare localmente le opportunità disponibili nei diversi territori (sanitario, sociale, educativo, terzo settore) e prevedere forme di comunicazione innovative per gli adolescenti, i genitori, i professionisti che si interfacciano con gli adolescenti.
- Promuovere i luoghi di aggregazione /sportelli a libero accesso e fruibili da adolescenti e giovani, come nodi della rete nelle comunità anche con sperimentazioni che, coinvolgendo i giovani fin dall'inizio nella co-costruzione e progettazione, partano dai luoghi che loro già abitano come ad esempio la casa di quartiere o altri spazi di aggregazione non connotati e di facile e immediato accesso per attivare la connessione (virtuale e/o fisica) con una équipe multidisciplinare (sociale, sanitaria, educativa) per offrire risposte mirate, dispositivi di intervento integrati, leggeri, non etichettanti.
- Rafforzare l'implementazione della declinazione territoriale delle Linee di indirizzo sul ritiro sociale (promuovendo accordi interistituzionali)
- Realizzare una programmazione partecipata e declinata sui bisogni della popolazione locale in riferimento alle risorse presenti a livello locale anche sulla base delle ricerche regionali e di HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children* – Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare).
- Sostegno educativo e psicologico ai genitori/adulti di riferimento attraverso incontri dedicati, gruppi di confronto, laboratori, e/o presa in carico in sinergia tra i servizi offerti dai centri per le famiglie e i servizi consultoriali.
- Azioni di intercettazione precoce nei luoghi del divertimento e della aggregazione giovanile attraverso l'attività delle Unità di Strada.
- Potenziamento dell'educativa di strada, al fine di prevenire il disagio e promuovere senso di appartenenza al territorio e coesione sociale.
- Attivazione di risposte sanitarie innovative a carattere semi residenziale, diurno, residenziale e ospedaliero per affrontare le situazioni di urgenza psicopatologica in età evolutiva;
- Attività laboratoriali ed interventi educativi domiciliari co-progettati fra sanità, Enti locali e Terzo settore per agganciare i ragazzi con quadri misti di psicopatologia, uso sostanze e aspetti sociali.
- Implementazione modelli di sostegno alla transizione fra servizi alla maggiore età sia in ambito sanitario, sia in ambito sociale.

Beneficiari

- Preadolescenti e adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori dei servizi sociali-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.

SCHEDA 18 - EDUCAZIONE ALL'AFFETTIVITÀ E ALLA SESSUALITÀ E PROMOZIONE DELLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

Razionale/motivazione

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la salute sessuale come uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale legato alla sessualità, non riducibile all'assenza di malattia, disfunzione o infermità. La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come la possibilità di avere esperienze piacevoli e sicure, libere da coercizioni, discriminazioni e violenza.

L'educazione sessuale dei più giovani è un presupposto imprescindibile per la realizzazione di un pieno rispetto dei diritti umani, per l'uguaglianza di genere, per promuovere la salute, il benessere, la realizzazione di e per raggiungere entro il 2030 gli obiettivi ONU per uno sviluppo sostenibile. Lo sostiene l'UNESCO nella presentazione di una nuova guida, completa e aggiornata, basata sulle evidenze scientifiche, dedicata all'educazione sessuale (CSE - Comprehensive Sexuality Education).

L'educazione all'affettività e sessualità comprende l'educazione alle relazioni e si pone l'obiettivo di aiutare bambine, bambini e adolescenti a migliorare le conoscenze e a sviluppare attitudini e competenze che li renderanno capaci di vivere questa dimensione della vita in modo consapevole e sicuro, rispettoso di sé e delle altre persone, dei diritti umani e della parità tra generi.

Fin dall'infanzia, bambine e bambini vivono emozioni e vissuti relativi all'immagine di sé, alle relazioni amicali ed affettive con i genitori e con i coetanei e stringono legami importanti.

I genitori e gli adulti di riferimento non sempre sono a loro agio nel dare risposte o nel gestire curiosità ed esperienze dei loro figli a proposito dello sviluppo corporeo e dell'educazione affettiva.

Educare alle relazioni, all'affettività e alla sessualità significa supportare bambini e adolescenti durante lo sviluppo e fornire loro gli strumenti di consapevolezza emotiva ed affettiva per sperimentare esperienze positive ed evitare quelle negative (molestie, abuso, violenza). Significa anche fornire informazioni corrette sui cambiamenti fisici, sulle relazioni, sulla sessualità e sulla salute, affrontando argomenti in armonia con la loro crescita, in maniera quindi appropriata all'età e alle loro esperienze personali, coinvolgendo i genitori e gli adulti di riferimento.

Nell'anno scolastico 2024/2025 sono stati coinvolti in progetti di educazione all'affettività e sessualità 60.293 bambin*/adolescenti, pari al 23,3% della popolazione target (ragazzi/e tra 14 e 19 anni per Azienda USL di residenza al 31/12/2024) e 9.303 adulti di riferimento (insegnanti, genitori, educatori e altro).

Agli adolescenti e/o ai giovani adulti è anche necessario fornire strumenti per la prevenzione in ambito di salute sessuale e riproduttiva e per la promozione di sani stili di vita.

Accanto a una riduzione della natalità che sta interessando la regione e l'intera nazione, sono in aumento nella popolazione in età fertile i fattori di rischio che minano la futura fertilità, come l'esposizione agli inquinanti ambientali, l'abuso di sostanze, l'obesità, la diagnosi tardiva di patologie e infezioni. Occorre quindi tutelare la fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani e la riduzione dei comportamenti a rischio, la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie dell'apparato riproduttivo femminile e maschile (endometriosi, varicocele, ecc.), il contrasto alle Infezioni sessualmente trasmissibili (IST) e all'HIV e la pianificazione familiare, potenziando e valorizzando le attività dei servizi consultoriali.

Descrizione

L'educazione affettiva nei bambini e nelle bambine ha lo scopo di aiutarli ad acquisire, in modo adeguato alla loro età, conoscenze e competenze sui cambiamenti legati alla crescita, relativi al corpo, alle emozioni, al rapporto con sé stessi e alle relazioni interpersonali, facilitando e sostenendo il loro percorso evolutivo. I bambini e le bambine imparano a distinguere tra situazioni piacevoli e spiacevoli e riconoscono quando i limiti del rispetto di sé stessi e della propria sfera sessuale vengono oltrepassati (prevenzione al maltrattamento e abuso sui minori).

In tal modo si può avviare un percorso che sfoci nell'assunzione di un atteggiamento rispettoso e responsabile nei confronti delle relazioni con gli altri, della salute e del benessere personale.

Nella preadolescenza e adolescenza l'educazione affettiva e sessuale ha l'obiettivo di sviluppare conoscenze e competenze e favorire il dialogo sui temi legati alla salute riproduttiva, il benessere psicorelazionale (relazioni di coppia, tra generi e tra pari) e sessuale, prevenire la violenza di genere e domestica, prevenire l'interruzione volontaria di gravidanza, le infezioni da HIV e altre IST, preservare la fertilità, far conoscere e favorire l'utilizzo dei servizi consultoriali (Spazio Giovani e Spazio Giovani Adulti).

I servizi consultoriali rappresentano, infatti, un punto di riferimento per la salute sessuale e riproduttiva della popolazione e il punto di accesso prevalente per le fasce svantaggiate, nonché parte integrante delle reti IST.

Le attività relative all'educazione affettiva e sessuale si basano sulla cooperazione di operatori e operatrici di ambito sanitario, sociale, educativo. Vi è una trasversalità intraziendale degli Spazi Giovani con più Dipartimenti: Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Sanità Pubblica. A ciò si integra l'intersectorialità del lavoro comune tra Sanità, Scuola, Sociale, Enti Locali, Centri per le famiglie ed Associazioni. Ogni anno viene redatto un report relativo ai progetti di educazione relazionale, affettiva e sessuale con indicatori di livello regionale([I progetti degli Spazi Giovani - Consultori Familiari](#))

La programmazione e realizzazione degli interventi relativi alla promozione della salute sessuale e riproduttiva richiedono il coordinamento e la sinergia tra i servizi consultoriali e le cure primarie, il Dipartimento di Sanità Pubblica, i Servizi sociali, gli spazi di ascolto scolastici e i Centri per le famiglie, nonché i Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. servizi infettivologici, U.O. di ginecologia, dermatologia, urologia, ecc.).

Azioni da svolgere

- Potenziare e valorizzare sia la realizzazione di progetti locali (promuovendo la metodologia dell'educazione tra pari) sia regionali di educazione alle relazioni, all'affettività e sessualità, alla salute riproduttiva, di prevenzione alla violenza di genere (Tutto cambia! e W l'amore) in integrazione con enti ed istituzioni del territorio (enti locali, scuole, corsi di formazione professionale, centri per le famiglie, centri educativi ed aggregativi, associazioni) nell'infanzia, preadolescenza, adolescenza e negli adulti di riferimento (insegnanti, genitori, educatori).
- Integrazione con i progetti promossi dagli Enti locali e dalle Associazioni (sostenuti attraverso specifici bandi regionali) per promuovere una cultura delle pari opportunità, educare al rispetto delle differenze, prevenire la violenza di genere e contrastare gli stereotipi e le discriminazioni di genere, con particolare attenzione alle nuove generazioni, in attuazione della L.R. 6/14 e della L.R. 15/19.
- Promozione dei servizi consultoriali (Consultori famigliari, Spazio Giovani e Spazio Giovani Adulti) per la tutela della salute sessuale e riproduttiva e loro coinvolgimento nelle reti IST (DGR 1961/2019).

Beneficiari

Per i progetti di educazione relazionale, affettiva e sessuale il target di riferimento comprende infanzia, preadolescenza, adolescenza e adulti di riferimento (insegnanti, genitori, educatori).

Per la promozione della salute sessuale e riproduttiva il target è 14-34 anni (comprende il target degli Spazi Giovani 14-19 anni e degli Spazi Giovani Adulti 20-34 anni).

SCHEDA 19 - PREVENZIONE E RIDUZIONE DEI RISCHI E DEI DANNI DELL'USO DI SOSTANZE E DELLE ADDICTION

Razionale/motivazione

Il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” include la “Riduzione del danno” tra gli ambiti di attività garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale. La Delibera della Giunta regionale n. 1533/2006 individuava le cosiddette “funzioni di prossimità” come importante offerta di contatto con i consumatori. L’ indicazione è stata ribadita dalla L.R. 14/2008 “Norme per le nuove generazioni”, dalla DGR 590/2013 “Progetto Adolescenza” e dalla DGR 2307/2016 “Programma Regionale Dipendenze Patologiche – Obiettivi 2017-2019”. La DGR 1184 del 02-08-2017 approva gli indirizzi per l’attuazione di interventi di riduzione del danno in strada o in strutture a bassa soglia di accesso per persone con problemi di abuso/dipendenza e definisce i requisiti organizzativi delle Unità di strada. Il DM 77 inserisce il lavoro dei Servizi di prossimità al livello-1 di assistenza alle persone con addiction, sottolineando la funzione di presidio che tali Servizi hanno in termini di prevenzione selettiva ed indicata. La Legge Regionale 04 luglio 2013, n. 5 “Norme per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, nonché delle problematiche e delle patologie correlate” e il Piano di prevenzione e contrasto del gioco d’azzardo della Regione Emilia-Romagna anni 2026-2028, approvato dalla Giunta Regionale con Delibera n. 2097/2025 definisce le azioni e gli obiettivi in materia di Gioco d’Azzardo Patologico. I Nuovi Piani DGA e Dipendenze 2025/2027, approvati dal Ministero della Salute con lettera agli atti protocollo n. 22/12/2025.1273905.E, individuano gli obiettivi, le azioni e le risorse da investire nel triennio in oggetto. Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 e il Piano ponte 2026 della Regione Emilia-Romagna, attraverso il Programma Predefinito Dipendenze (nr.4), declinano le azioni da attuare in merito agli interventi di Prevenzione e di riduzione dei rischi e dei danni.

Descrizione

In base alle prove di efficacia desunte dalla letteratura internazionale e dalle esperienze europee, nonché dall’analisi degli esiti degli interventi attuati sul territorio regionale, tutte le Aziende Sanitarie (attraverso i SerDP) organizzano interventi di Prevenzione Universale, Selettiva e Indicata, Riduzione dei Danni e dei Rischi rivolti a persone che consumano sostanze, con comportamenti di addiction anche comportamentali e/o con comportamenti a rischio. I contenuti, i metodi e l’organizzazione degli interventi, oltre ad appoggiarsi alle evidenze della letteratura internazionale devono essere adeguati alle caratteristiche dei contesti territoriali in cui vengono organizzati.

La realizzazione delle programmazioni e delle progettazioni deve essere realizzata in stretta connessione con gli EELL all’interno dei luoghi ad esse deputati.

Il risultato auspicabile/ricercato degli interventi definiti deve portare ad una:

1. Riduzione delle conseguenze negative per la salute e miglioramento della qualità della vita delle persone che agiscono consumi di sostanze psicoattive, con addiction o dipendenze comportamentali (gioco d’azzardo e dipendenze digitali) e comportamenti a rischio ad esse correlate.
2. Riduzione delle conseguenze negative per la società (ricadute sulla salute pubblica) dei comportamenti messi in atto dai consumatori di sostanze psicoattive e dalle persone con addiction comportamentale e dello stigma e del pregiudizio sulle persone con una conseguente riduzione dell'efficacia dell'intercettazione precoce, ritardo della presa in cura, aumento dei rischi per la salute, marginalità e isolamento.

Azioni da svolgere

Interventi di Riduzione del Danno

Servizi di Unità di strada: rivolti a persone con problemi di abuso/dipendenza e addiction che si ritrovano strada o in luoghi di marginalità e aggregazione (per il consumo di sostanze o altre attività ad esso connesse) e possono non essere in contatto stabile con servizi specialistici.

Azioni di intercettazione precoce nei luoghi del divertimento e della aggregazione giovanile: rivolte a persone e gruppi attraverso interventi nel mondo del loisir e del divertimento (anche notturni) e dell'aggregazione giovanile.

Azioni di intercettazione precoce in Pronto Soccorso e sviluppo di pratiche di relazione tra PS e operatori SerDP.

Azioni di Domiciliarità: rivolte a pazienti in carico ai servizi con condotte di abuso di sostanze o addiction con gravità clinica o fragilità sociale.

Azioni di rete: Creazione di tavoli di confronto sulle azioni di prevenzione, riduzione dei danni e dei rischi. Tali tavoli aggregano i diversi attori presenti su un determinato territorio (Ausl, Enti Locali, FFOO, Terzo settore, Associazioni di volontariato, Croce Rossa, Pubblica Assistenza, ecc.). Presenza di tavoli di raccordo locali e provinciali tra servizi di prossimità, presenza di un tavolo marginalità e dipendenze in ogni provincia, presenza di tavoli provinciali integrati (socio-sanitari, con Terzo Settore, etc.) di co-progettazione e valutazione delle azioni messe in atto.

Aumentare le competenze degli utenti in carico ai servizi: predisponendo percorsi formativi atti a migliorare le competenze delle persone in merito ai consumi di sostanze, agli strumenti di protezione adeguati, promuovendo attività di peer support e collaborazione/formazione con utenti esperti (progetti Esp, Gruppi di auto mutuo aiuto, peer education).

Intercettazione precoce di giovani consumatori nei contesti scolastici: promuovendo azioni di prevenzione selettiva e indicata in coerenza con le linee di indirizzo definite a livello regionale.

Azioni dedicate a pazienti ristretti negli Istituti Penitenziari (con particolare attenzione ai neomaggiorenni e giovani con prima carcerazione): creando collaborazioni tra SerDP - Equipe interne agli Istituti Penitenziari - Unità di strada al fine di individuare modalità di uscita/accoglienza alla dimissione per le persone con certificazione di dipendenza (creando un aggancio con i servizi del territorio). Valutare l'attivazione all'interno degli Istituti di gruppi di detenuti sul tema della riduzione del danno.

Interventi di Allerta Precoce: finalizzati alla protezione delle persone che consumano sostanze psicoattive e/o che mettono in atto comportamenti a rischio.

Psicostimolanti e Cocaine

Nell'anno 2025, CIRCOLARE N. 12, la Regione Emilia-Romagna ha promulgato le linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per gli interventi sui consumi di cocaina/crack e psicostimolanti. Il fenomeno del consumo di psicostimolanti e cocaine è in rapido aumento evidenziando scenari estremamente complessi e variegati. Occorre definire programmi specifici di intervento e trattamenti dedicati in merito a:

- Semplificazione dell'accesso ai servizi da parte dei consumatori di psicostimolanti e/o di cocaine.
- Definizione di protocolli trattamentali specifici e dedicati.
- Definire focus di intervento su popolazioni specifiche (ex eroinomani – fumatori di crack – cocainomani ad alto funzionamento con ruolo sociale compatibile).

Realizzazione del Piano Gap

Proseguire la realizzazione del Piano di prevenzione e contrasto del gioco d'azzardo della Regione Emilia-Romagna anni 2026-2028 in coerenza con le seguenti finalità:

- Finalità 1 – Promozione conoscenza fenomeno.
- Finalità 2 – Scuola, promozione e rischi.
- Finalità 3 – Formazione.
- Finalità 4 – Rete integrata.

Beneficiari

- Persone che consumano sostanze psicoattive o in condizione di addiction comportamentale.
- Persone in condizione di abuso/dipendenza e marginalità sociale da consumo di sostanze psicoattive/addiction comportamentale e comportamenti ad esse collegati.
- Giovani che mettono in atto comportamenti a rischio legati al consumo di alcol e altre sostanze o che mettono in atto comportamenti che si configurano come addiction comportamentali e che mettono a rischio la propria salute bio-psico-sociale.
- Studenti delle scuole secondarie di primo grado, di secondo grado, dei centri di formazione professionale e dei CPIA, delle Università.
- Comunità locali e reti dei servizi in termini di empowerment dei professionisti e della comunità.

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

Razionale/motivazione

Il progressivo invecchiamento della popolazione è un trend demografico che riguarda l'Emilia-Romagna, l'Italia e, più in generale, molti paesi occidentali e orientali. In Emilia-Romagna all'1/1/2025 l'indice di vecchiaia è pari a 212,1 valore superiore a quello nazionale (208) e di altri Paesi europei.

Allo stesso tempo si assiste al progressivo incremento nell'aspettativa di vita e si stima che in Emilia-Romagna gli uomini e le donne di età ≥ 65 anni abbiano oltre 10 anni di vita attesa liberi da disabilità. 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 2025 erano presenti 600.048 abitanti di età ≥ 75 anni (13,4% pop. generale) e nel 2042 saranno 688.937 (15,2% pop. generale), secondo le proiezioni del servizio statistico regionale.

Alla fine degli anni 90 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (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.

Dall'indagine passi d'argento 2022-2024, in Emilia-Romagna un quarto (25%) della popolazione anziana rappresenta una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività, un 21% partecipa ad attività sociali, un 32% è attivo secondo i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS, e in generale l'80% delle persone ultra sessantaquattrenni sono in buona salute. Al contempo circa un quarto degli ultra 64enni (23%), presenta problemi di autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) e l'11% non è autonomo in almeno una delle attività funzionali della vita quotidiana (ADL), circa il 9% della popolazione ultra 64enne è a rischio di esclusione sociale, un 24% ha difficoltà di spostamento nel raggiungere i servizi; il 12% fuma sigarette, il 20% è un consumatore di alcol potenzialmente a rischio, il 5% ha problemi di vista, 14% ha difficoltà uditive, il 5% ha difficoltà masticatorie, e nell'ultimo anno oggetto di indagine il 22% è caduto a terra almeno una volta, riportando fratture in un 22% dei casi. Il 55% delle persone anziane ha riportato di avere almeno una patologia cronica, e circa la metà (50%) soffre di una o due patologie croniche; il 5% ne ha tre o più.

In questo contesto, come sottolineato anche nell'ambito della riforma anziani nazionale, emerge la necessità di un welfare comunitario sempre più inclusivo e intergenerazionale che favorisca la solidarietà e la coesione tra le generazioni, riconoscendo il valore delle persone anziane, che sono custodi preziosi della storia, delle tradizioni e dei valori che rendono una comunità unica.

Descrizione

Considerato il quadro di riferimento sopra descritto, la programmazione territoriale può sviluppare gli obiettivi collegati alla:

- Promozione della salute e prevenzione della fragilità, promuovendo la cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita, l'autonomia e l'inclusione sociale delle persone anziane, l'adesione agli interventi di prevenzione offerti dal SSN, la prevenzione degli incidenti in ambiente domestico, la continuità delle relazioni personali, familiari e di comunità, l'attività motoria, con l'offerta di opportunità diffuse sul territorio, inclusi percorsi di attività fisica

adattata, attività di allenamento delle funzioni cognitive in luoghi di socializzazione (es “Palestre della Memoria”), sostegno per il mantenimento della relazione con gli animali da affezione.

- Promozione della partecipazione attiva alla vita di comunità anche nell’ambito di attività di utilità sociale e di volontariato, favorendo lo scambio intergenerazionale e il contrasto all’isolamento, alla solitudine e alla deprivazione relazionale e affettiva e a ogni forma di abuso e violenza.
- Promozione di progetti e iniziative di coabitazione solidale domiciliare (senior cohousing), di coabitazione intergenerazionale ed altre soluzioni abitative quali alloggi protetti, condomini solidali, case famiglia, gruppi appartamento, aperti ai familiari, ai volontari, ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi, nonché ad iniziative e attività degli enti del terzo settore inclusi i laboratori di comunità con attenzione all’accessibilità e alle nuove tecnologie.

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 assicura il monitoraggio dell’attuazione degli interventi e delle azioni realizzate in modo da consentire la valutazione sull’efficacia del percorso e la coerenza degli obiettivi. Le priorità dell’azione regionale sono condivise nell’ambito del protocollo d’intesa siglato con i sindacati pensionati del lavoro dipendente e del lavoro autonomo.

Il piano regionale della prevenzione (PRP) sostiene lo sviluppo di programmi inerenti alla promozione dell’attività fisica nella popolazione anziana con patologie o con fragilità, alla sicurezza negli ambienti domestici e alla prevenzione delle cadute negli anziani, alla prevenzione del rischio stress lavoro correlato nelle strutture residenziali per anziani e riduzione sovraccarico biomeccanico in attività di assistenza domiciliare a persone non autosufficienti, ed alle misure per il contrasto all’antibiotico resistenza.

Il Fondo regionale per la non autosufficienza, che sostiene lo sviluppo e la qualificazione del sistema dei servizi sociosanitari per le persone anziane n.a., promuove anche programmi di comunità quali quelli orientati al sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili che mirano a contrastare il rischio di isolamento e rarefazione delle reti relazionali, coinvolgendo e promuovendo sinergie con le realtà associative, forme aggregative e altri soggetti sensibili alle problematiche della popolazione anziana e/o di volontariato e promozione sociale del territorio.

Azioni da svolgere

- Sviluppare programmi ed iniziative per la promozione della salute e la prevenzione della fragilità, per l’empowerment dei cittadini, l’educazione su stili di vita salutari, l’esercizio fisico e l’attività motoria, anche adattata, l’alimentazione, la sicurezza degli ambienti domestici (es. prevenzione cadute), le relazioni e la partecipazione sociale, e altre progettualità di ambito territoriale;
- Promuovere progetti che favoriscono lo scambio intergenerazionale, sostenendo la solidarietà tra le generazioni con particolare riguardo alle situazioni a rischio di isolamento e marginalità sociale delle persone anziane, favorendo momenti di incontro anche riconoscendo le persone anziane come depositarie del patrimonio storico e culturale e delle tradizioni locali e i ragazzi/giovani quali portatori di esperienze e capacità di aiuto in campi quali la digitalizzazione, il volontariato per la comunità e altri ambiti di interesse, valorizzando i progetti di volontariato locale.

- Diffondere le buone pratiche, basate sul lavoro di comunità e di cohousing, finalizzate all'attivazione di gruppi anziani, favorendo la continuità di vita e delle relazioni personali, familiari e di comunità e promuovendo la solidarietà sociale e i servizi di prossimità;
- Promuovere l'informazione ai medici del ruolo unico di assistenza primaria in attività e ai medici in formazione circa la rete sociosanitaria, le opportunità di attività motoria, di stimolazione cognitiva e di promozione dei corretti stili di vita (es. aspetti nutrizionali, dieta) e individuazione e controllo dei fattori di rischio di fragilità offerte dalle Ausl nei diversi territori, favorendo la partecipazione della popolazione anziana, anche in collaborazione con la rete delle farmacie territoriali;
- Sostenere i soggetti gestori del patrimonio ERP nelle progettualità di tipo sociale volte alla qualità dell'abitare e della convivenza: adeguato mix abitativo nei condomini e zone urbane, favorire forme di socializzazione, scambio solidale e conoscenza reciproca tra nuclei assegnatari e, nei condomini misti, tra nuclei assegnatari ed altri nuclei. Promuovere nuove forme di coabitazione e di condivisione degli spazi alloggiativi.

Beneficiari

- Popolazione anziana, famiglie e caregiver
- Operatori sanitari e sociali coinvolti nella fornitura di servizi
- Enti del terzo settore ed altri stakeholder

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

Razionale/motivazione

Nel contesto socio-demografico emiliano-romagnolo di progressivo invecchiamento della popolazione (e incremento delle cronicità, delle malattie dementigene, delle situazioni di isolamento e solitudine), tenuto conto della cornice programmatica ed intersettoriale (agenda 2030; patto per il lavoro e per il clima; piano della prevenzione), delle risorse economiche disponibili, delle fonti di finanziamento dedicato (fondi per la non autosufficienza) e dei provvedimenti legislativi intervenuti (leggi delega in favore delle persone anziane e delle persone con disabilità e relativi decreti attuativi), si delinea uno scenario che rende strategica l'evoluzione dei modelli di intervento e l'innovazione della rete dei servizi territoriali, valorizzando l'integrazione socio-sanitaria e rafforzando i sistemi di presa in carico unitaria.

Il sistema di welfare deve al contempo tenere conto delle dimensioni di sostenibilità (economica, per il costante incremento della popolazione anziana, dei bisogni assistenziali e dei conseguenti costi sanitari, sociosanitari e sociali; gestionale, per quanto attiene alla disponibilità delle figure professionali necessarie al funzionamento dei servizi; sociale, sia con riferimento alla composizione delle famiglie, in molti casi unipersonali o costituite da coppie di persone anziane, che del carico psico fisico del lavoro di cura ed assistenza dei caregiver familiari; ambientale, in quanto i cambiamenti climatici incidono sulla salute e il benessere, con impatti rilevanti sulle persone più fragili come in occasione delle ondate di calore e di altre emergenze climatiche, ecc.).

A livello nazionale, la recente riforma delle politiche per la popolazione anziana avviata con la Legge 33/2023 e attuata attraverso i successivi decreti legislativi (in particolare il Dlgs 29/2024 e il Dlgs 93/2025) delinea un nuovo quadro di governance e intervento fondato sul sistema nazionale assistenza anziani, sull'unificazione e semplificazione dei processi valutativi e sull'ampliamento dei servizi. La riforma mira a costruire un sistema unitario e accessibile, superando la frammentazione degli sportelli e rafforzando i percorsi di presa in carico integrata.

Il rinnovato impianto nazionale si inserisce pienamente nella cornice dei LEPS – Livelli essenziali delle prestazioni sociali, che individuano gli standard minimi di servizi da garantire uniformemente sul territorio, con particolare riferimento alle prestazioni rivolte alla non autosufficienza.

La riforma anziani è strettamente connessa all'attuazione del DM 77/2022, che definisce modelli e standard per l'assistenza territoriale, prevedendo il potenziamento delle case della comunità, delle centrali operative territoriali (COT) e dell'assistenza domiciliare integrata, elementi essenziali per garantire continuità assistenziale ed evolvere verso un approccio centrato sulla prossimità.

In questo quadro si colloca il prossimo Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027, che consolida e innova il percorso avviato con il ciclo precedente. Il Piano rafforza i servizi territoriali, potenzia i punti unici di accesso (PUA) e le unità di valutazione multidimensionale (UVM), promuove la personalizzazione degli interventi e rende pienamente operativi i LEPS. Esso individua inoltre la necessità di investire sul personale e sui sistemi informativi integrati, per migliorare la qualità, la tempestività e l'omogeneità delle risposte.

Alla luce di queste trasformazioni normative e organizzative, l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) e del Fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA) costituiscono un'occasione determinante per sostenere processi innovativi nella rete dei servizi per anziani, favorire modelli di presa in carico integrata, promuovere interventi di domiciliarità evoluta, rafforzare i servizi di sollievo e qualificare i percorsi di continuità assistenziale. L'obiettivo è rendere il sistema più accessibile, equo, orientato alla prevenzione della fragilità e capace di rispondere in modo tempestivo e appropriato ai bisogni complessi della popolazione anziana.

Descrizione

Per rispondere ai bisogni della popolazione anziana, si individuano i seguenti obiettivi di carattere generale:

- Garanzia dell'accessibilità ai servizi e alle risorse del territorio, per la fruizione dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari, anche garantendo lo sviluppo dei Punti Unici di Accesso (PUA) presso le Case della Comunità, intercettando e prendendo in carico le situazioni a rischio di fragilità, con particolare attenzione alle zone montane, collinari e rurali e assicurando la possibilità di movimento e spostamento per le persone non autonome, anche in collaborazione con gli enti del terzo settore.
- Garanzia di offerta integrata di assistenza domiciliare e cure domiciliari, assicurando un sistema di cure graduali in funzione dell'intensità assistenziale richiesta.
- Promozione dell'impiego di strumenti di sanità preventiva (anche tramite le funzionalità della telemedicina) e i percorsi integrati di continuità assistenziale attraverso lo sviluppo delle nuove centrali operative territoriali (COT), dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFEC), delle case della comunità, il potenziamento delle cure domiciliari integrate, della rete delle farmacie territoriali, e valorizzando l'apporto della geriatria territoriale e ospedaliera in sinergia e a supporto degli altri professionisti della rete territoriale (es. MMG, IFEC, ecc.).
- Estensione e rinnovamento della filiera della domiciliarità, consolidamento, integrazione e qualificazione e dei servizi residenziali e semiresidenziali (sociosanitari, socioassistenziali e di tipo familiare) per garantire qualità e sicurezza delle cure e risposte ai nuovi bisogni.
- Garanzia dell'accesso alla rete delle cure palliative e alla pianificazione delle cure condivisa ai sensi della L. 219/2017 in presenza di patologie evolutive ad andamento cronico ed evolutivo.

L'attuazione delle azioni previste si colloca in un quadro di integrazione con le principali programmazioni e fonti di finanziamento regionali e nazionali già attive. In particolare, si raccorda con l'FRNA, con il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali e il relativo Fondo sociale, nonché con il Piano nazionale per la non autosufficienza e la fragilità nella popolazione anziana e la programmazione regionale del Fondo nazionale dedicato.

Sono inoltre rilevanti le sinergie con la programmazione regionale dei fondi per i caregiver, con il Progetto regionale Demenze, i relativi PDTA e il Fondo nazionale Alzheimer e Demenze, oltre che con le linee di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale e con gli indirizzi regionali attuativi del DM 77/2022.

In questo contesto si colloca anche la legge regionale n. 3/2023 sul Terzo settore, che disciplina gli strumenti dell'amministrazione condivisa, quali la co-programmazione e la co-progettazione previste dal Codice del Terzo settore, nonché la progettazione di rilevanza locale finanziata attraverso gli Accordi di Programma con il Ministero. Tali strumenti concorrono al perseguimento di obiettivi strategici quali il contrasto alle solitudini involontarie, in particolare nella popolazione anziana, e il sostegno all'inclusione sociale delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti.

Azioni da svolgere

- Garantire esigibilità e attuazione dei LEPS di processo (percorso assistenziale integrato: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, PAI, monitoraggio esiti), dei LEPS di erogazione (Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari; servizi sociali di sollievo e servizi sociali di supporto).

- Promuovere una domiciliarità aperta, perno della rete dei servizi, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, la personalizzazione degli interventi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere alle situazioni che non possono trovare risposte appropriate al domicilio.
- Favorire l'innovazione sociale: il supporto al caregiver, gli assistenti famigliari inseriti nella rete dei servizi, l'abbattimento delle barriere architettoniche e la domotica, i sostegni economici per il mantenimento a domicilio, i servizi semiresidenziali e di sollievo, nuove forme di domiciliarità protetta, rete di case della comunità e osco a supporto, garanzia di percorsi di dimissione protetta, programmi di contrasto all'isolamento e costruzione di reti di solidarietà sociale.
- Applicare il PDTA demenze per la presa in carico della persona anziana con disturbi cognitivi e del suo caregiver e favorire lo sviluppo di servizi "a bassa soglia" come i centri di incontro/meeting center e iniziative preventive come le "palestre della memoria".
- Promuovere la qualificazione del lavoro di cura, ampliando le opportunità formative, valorizzando le risorse presenti e favorendo la personalizzazione dell'intervento, le nuove tecnologie e l'innovazione sociale per la presa in carico delle persone.
- Sostenere azioni di contrasto alla violenza nelle relazioni di cura, anche con la realizzazione di campagne formative/informative, progetti di comunità e interventi di supporto per lo stress nel lavoro di cura, sia al domicilio che nei servizi residenziali.
- Qualificare il patrimonio ERP in termini di accessibilità e fruibilità degli spazi privati e condivisi, visto il crescente numero di casi di non-autosufficienza e disabilità, anche con il supporto di centri specializzati.

Beneficiari

- Popolazione anziana, famiglie e caregiver
- Operatori sanitari e sociali coinvolti nella fornitura di servizi
- Enti del terzo settore ed altri stakeholder

SCHEDA 22 - MISURE A CONTRASTO DELLE POVERTÀ E PER L'INCLUSIONE

Razionale/motivazione

In Emilia-Romagna nel 2024 si è registrato un incremento del numero di persone che vivono in famiglie a **rischio povertà o esclusione sociale**, attestandosi al 10,1% contro il 7,4% del 2023 (+121.000 persone). Ciononostante, la nostra regione è, dopo la Provincia Autonoma di Bolzano, quella in cui tale indicatore è più basso rispetto a panorama nazionale.

Questo indicatore si scompone per l'Emilia-Romagna nel seguente quadro:

- 7,3% degli individui residenti a rischio di povertà (+1,5% rispetto al 2023),
- 1,3% in condizioni di grave deprivazione materiale e sociale (+0,4%),
- 4,9% degli individui sotto i 65 anni di età vive in famiglie a bassa intensità di lavoro (+2,6%)².

Sempre nel 2024 le famiglie che si collocavano sotto la soglia di **povertà relativa**, fissata a 1.218 euro, sono risultate invece pari al 6,4% del totale, in sostanziale continuità con l'anno precedente. Questo indicatore certifica quante famiglie hanno una spesa per consumi inferiore alla spesa media mensile a livello nazionale. Complessivamente, sempre nel 2024, la spesa media mensile per consumi registrata dalle famiglie emiliano-romagnole è risultata di 3.085 euro, in leggero aumento rispetto al 2023 quando si era assestata a 2.965 euro. Si tratta in realtà di un falso incremento, assorbito dall'aumento dei prezzi: il Servizio Regionale di Statistica precisa, infatti, come *“i livelli di consumo reali nel 2024 rimangono significativamente lontani da quelli precedenti la crisi pandemica. Più precisamente nel 2024, la spesa per consumi in termini reali, rispetto al 2019, è diminuita dell'11,7% in Emilia-Romagna”*. Questi dati, nonostante la nostra regione risulti indici di povertà nettamente inferiori alla media nazionale (23,1% il rischio povertà o esclusione sociale, 10,9% la povertà relativa), evidenzia comunque un aumento delle difficoltà che le persone incontrano nella quotidianità, a partire da quelle che già presentavano elementi di fragilità, dato questo puntualmente confermato dai servizi pubblici e dai soggetti privati.

Il peso della crisi sociale ed economica, causata dalle grandi incertezze internazionali, dai conflitti, dalle conseguenze del cambiamento climatico, accelerano i processi di graduale impoverimento, approfondiscono le disuguaglianze e fanno emergere una nuova utenza, che mai prima di queste contingenze aveva avuto necessità di rivolgersi al sistema dei servizi per chiedere aiuti e supporti. Contemporaneamente aumentano le forme di lavoro destrutturato e sottopagato soprattutto nei confronti di giovani, donne e stranieri. Un insieme di fattori che concorre a rendere progressivamente più fragili un numero crescente di persone e famiglie che faticano così ad affrontare le spese ordinarie (gestione casa, spostamenti, beni alimentari, salute, cultura, ecc.), riducono progressivamente il proprio accesso a beni e servizi considerati “non primari”.

La povertà oggi si allarga in modo trasversale scavalcando le classi sociali per arrivare a interessare quel ceto medio fino ad anni recenti risparmiato: persone che faticano a percepirsi e/o accettarsi in questa nuova condizione, che talvolta cadono nel sovraindebitamento e che i servizi rischiano di non riuscire ad intercettare, con il rischio di creare una nuova forma di povertà socio-istituzionale. Alle fasce di popolazione in condizione di povertà “cronicizzata” con dinamiche intergenerazionali, si aggiunge quella di chi vive una condizione “dinamica”, in cui si alternano momenti di difficoltà a momenti di maggiore serenità”.

In generale le difficoltà economiche non consentono infatti una piena partecipazione sociale e culturale, generano condizioni di isolamento e di esclusione di persone e/o gruppi, riducono le prospettive educative dei minori e quindi le aspettative per il futuro, amplificano le disuguaglianze e le perpetuano nel tempo e tra le generazioni, influenzano il prendersi cura di sé e quindi le condizioni di salute. Vi sono poi alcune categorie sociali che storicamente sperimentano condizioni di povertà associate a difficoltà di inclusione, quali ad esempio le persone immigrate o coloro che appartengono alle comunità sinte e rom che, per motivi culturali anche delle comunità stesse, prediligono ad esempio forme abitative non tradizionali, incontrano maggiori ostacoli all'integrazione. Contemporaneamente la povertà.

² <https://statistica.regione.emilia-romagna.it/studi-analisi/2025/rischio-poverta-esclusione-sociale-2024>

La povertà, proprio perché sempre più articolata nelle sue cause, dinamiche e protagonisti, richiede una capacità di evoluzione dei servizi e una diversificazione e sistematizzazione di risposte complesse e multidimensionali, non sempre facile da garantire anche a fronte delle difficoltà strutturali in cui i servizi si trovano. I servizi stessi e i professionisti che vi operano andranno quindi sostenuti nella possibilità e capacità di cogliere e interpretare i bisogni, individuare risorse e costruire interventi complessi, multiprofessionali, integrati con e per le persone in condizione di povertà ed esclusione sociale e con i loro contesti di vita e comunità di riferimento.

Descrizione

La scheda ha come obiettivo integrare ed armonizzare le diverse risposte dei servizi per la prevenzione e il contrasto alla povertà anche in raccordo con le reti comunitarie e del terzo settore (esclusa la povertà estrema che viene trattata nella Scheda “Azioni di contrasto dell’esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità”).

- **Assegno di Inclusione e Sostegno alla Formazione e al Lavoro**

Istituiti con il DL 48/2023 (Decreto Lavoro convertito con modificazioni in legge 3 luglio 2023, n. 85) entrambe le misure sono condizionate a requisiti di reddito, cittadinanza e residenza:

- l’Assegno di Inclusione, riservato a nuclei con persone dai 60 anni in su, disabili oltre il 67%, minori e appartenenti a categorie vulnerabili in carico ai servizi sociali, sanitari, della giustizia, della durata di 18 mesi rinnovabili;
- il Supporto alla Formazione Lavoro, misura di attivazione al lavoro rivolta agli “occupabili” tra i 18 e i 59 anni, della durata di 12 mesi, prorogabile per massimo ulteriori 12 se il beneficiario sta partecipando ancora ad un percorso.

Sono in capo ai servizi sociali per i beneficiari Adi e per coloro che versano in “simili condizioni di disagio economico” (ISEE fino a 10.140,00 euro), la garanzia dei LEPS connessi alla valutazione multidimensionale dei bisogni, finalizzata alla sottoscrizione di un patto per l’inclusione e l’erogazione dei sostegni e interventi (art. 7 del DLGS 147/2017). Il finanziamento di queste attività avviene attraverso il Fondo nazionale povertà - quota “servizi” che deve essere programmata e rendicontata sulla piattaforma multifondo del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

- **Legge regionale 14/2015 “Disciplina a sostegno dell’inserimento lavorativo e dell’inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità” e Programma GOL (Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori)**

La Legge regionale 14/2015 è come noto finalizzata all’inclusione attiva, all’autonomia e alla riabilitazione attraverso il lavoro per le persone con fragilità lavorativa, sociale o sanitaria e spesso con problematiche complesse. L’impianto normativo e i dispositivi attuativi della legge hanno permesso alla Regione, alle istituzioni ed enti coinvolti di affrontare le sfide e gli obiettivi successivamente posti dal Programma GOL, finanziato nell’ambito del PNRR (M5C1) per riqualificare i servizi di politica attiva del lavoro e destinato a disoccupati, percettori di ammortizzatori sociali (come NASpI), beneficiari di Supporto per la Formazione e Lavoro (SFL) o Assegno di Inclusione (ADI), giovani, donne, over 55 e persone con disabilità. In particolare, il ruolo delle équipe multiprofessionali si è rivelato fondamentale per garantire la presa in carico integrata, nell’ambito del Cluster 4 di GOL, delle persone più vulnerabili e con bisogni complessi, compresi i beneficiari di Assegno di Inclusione.

- **Piano regionale per il contrasto alle povertà**

Approvato con Deliberazione dell’Assemblea Legislativa n. 32/2025, il nuovo piano triennale attua a livello regionale quanto previsto dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026 (approvato con decreto interministeriale 02/04/2025 – GU n. 120/2025), ed in particolare il capitolo 3 «Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026» fornendo il quadro:

- delle risorse nazionali, integrate con quelle comunitarie (PNRR, FSE plus);
- degli interventi da realizzare con le risorse nazionali e comunitarie

Il piano mette inoltre a sistema gli ulteriori interventi regionali che contribuiscono alla prevenzione e al contrasto alle diverse forme e condizioni di povertà:

- dell'Assessorato per il contrasto alle povertà quali recupero alimentare a fini di solidarietà, prevenzione e contrasto del sovraindebitamento,
- degli altri Assessorati quali formazione categorie svantaggiate, contributi per la casa, per la mobilità, ecc.

Altri interventi regionali

Le azioni di contrasto alle disuguaglianze e all'impoverimento sono pensate per chi è abitualmente al di fuori della rete del welfare, attivando anche forme di accompagnamento e supporto alle persone, in sinergia con le reti territoriali di welfare di comunità e prossimità.

Alle misure nazionali si affiancano anche i contributi economici dei Comuni erogati sulla base di condizioni definite localmente e i supporti alle utenze o agli affitti divenuti ancora più rilevanti con l'inflazione degli ultimi anni. Interventi che devono essere raccordati tra di loro e con le misure nazionali (anche per evitare sovrapposizioni ed esclusioni), con le risposte delle reti comunitarie e le risorse del terzo settore, e laddove possibile e opportuno con interventi di attivazione e inclusione sociale in progetti multidimensionali integrati.

• **Casa e abitare**

Uno dei più rilevanti problemi da affrontare è infatti quello dell'abitazione, sia riguardo all'accesso alla casa, sia per il sostenimento dei costi di mutui, affitti e utenze incrementati dall'inflazione degli ultimi anni, sia rispetto alla qualità della vita in contesti urbani o rurali caratterizzati da una povertà più diffusa e in alcuni casi carenti anche di risorse e servizi. A questi temi il Piano dedica la scheda *"La casa come fattore di inclusione, benessere e cura"*, che comprende interventi da raccordare a livello regionale e territoriale anche con quelli qui trattati.

• **Recupero alimentare**

Il recupero e redistribuzione di beni alimentari e non alimentari a favore delle persone in povertà sono iniziative perlopiù promosse dal terzo settore ma spesso in stretta sinergia con l'Ente pubblico, che innescano un circolo virtuoso tra diverse funzioni: supporto materiale e al contempo relazionale alle persone più vulnerabili, diritto al cibo e attenzione alla corretta alimentazione, educazione dei giovani e sensibilizzazione della cittadinanza sulla lotta agli sprechi, tutela dell'ambiente, attivazione delle risorse della comunità.

In questo settore l'Emilia-Romagna si caratterizza per la presenza di una pluralità di soggetti che operano con ruoli e modalità differenti: rete Caritas, Banco Alimentare, mense ed Empori solidali (questi ultimi sono presenti ormai in numerosi Distretti). Il valore aggiunto di queste iniziative risiede nella capacità di supportare e accompagnare le persone andando a colmare altri vuoti oltre a quelli strettamente materiali, legati alla carenza di relazioni sociali, alla scarsa capacità di orientarsi tra i servizi e le risorse che il territorio offre, alla non conoscenza della lingua italiana e alla carenza di strumenti, ad esempio, relativamente alla gestione del budget familiare o rispetto all'adozione di stili alimentari sani.

• **Lavoro di comunità (Terzo settore, associazionismo, reti di reciprocità e aiuto informale)**

La multifattorialità che caratterizza il fenomeno della povertà e dell'esclusione sociale richiama la necessità di risposte complesse, che colgano le specificità della singola condizione di disagio costruendo progettazioni che combinino con il supporto economico laddove necessario, altri e diversi tipi di risorse più orientati a offrire opportunità di attivazione, inclusione e partecipazione sociale. In tal senso, il lavoro di comunità per la promozione e la costruzione di alleanze tra servizi pubblici (sociali, sanitari, educativi, culturali) e con le risorse formali (organizzazioni di terzo settore e associazionismo sociale, culturale, sportivo) e informali (relazioni di solidarietà e reti di vicinato) del territorio deve diventare sempre più parte di una strategia organica di contrasto alla povertà di persone, gruppi, contesti di vita.

• **Rom e sinti**

Nel 2023 è stata realizzata la nuova Strategia Nazionale di uguaglianza, inclusione e partecipazione di Rom e Sinti 2021-2030, per promuovere e sostenere azioni specifiche. Inoltre, in particolare rispetto all'abitare, è necessario fare riferimento a quanto previsto dalla LR 11/2015, Norme per l'inclusione

sociale di rom e sinti che all'art. 3 ha introdotto l'obiettivo del superamento delle aree sosta, soprattutto quelle di grandi dimensioni, in quanto fonti di esclusione e discriminazione. Per il raggiungimento di questo obiettivo ha previsto, a fianco delle forme abitative tradizionali, le "microaree familiari". In alcuni territori sono presenti aree sosta e microaree pubbliche per sinti, la cui gestione è in carico all'ente locale, e diverse microaree private di proprietà di famiglie sinti e rom. Inoltre, ci sono nuclei che vivono in alloggi pubblici e privati.

Azioni da svolgere

- **Governance e integrazione tra servizi**

Gli aspetti tecnici e procedurali connessi all'attuazione delle misure introdotte dal DL lavoro prefigurano la necessità di costruire a livello di governance regionale e territoriale un meccanismo di collaborazione con tutti i soggetti coinvolti (Centri per l'Impiego, Aziende USL, INPS, Patronati, Caf, articolazioni del Ministero della Giustizia, terzo settore ecc.). L'obiettivo è costruire luoghi di programmazione e monitoraggio nonché di definizione di accordi e procedure operative territoriali per l'attuazione delle misure a contrasto delle povertà armonizzate con le risorse e le risposte pubbliche e private già attive. Nell'ambito della costruzione di prassi operative particolare attenzione dovrà essere posta nel rafforzamento della presa in carico integrata tra servizi sociali, sociosanitari, sanitari e del lavoro andando a sostenere le prassi territoriali e attraverso la definizione di procedure di massima di rilievo regionale che contribuiscano a rafforzare l'approccio multidisciplinare indispensabile per la gestione dei casi complessi.

- **Misure a supporto di nuclei e persone**

Occorre promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze e all'impoverimento che si affianchino alle misure nazionali esistenti, includendo però chi normalmente ne è escluso. Sarà fondamentale sviluppare strategie di supporto alle vulnerabilità mediante approcci di presa in carico "leggeri", che facilitino l'inserimento di coloro che si avvicinano per la prima volta ai servizi sociali. Questo richiederà la promozione del lavoro comunitario e di prossimità, attraverso la formazione di alleanze e l'integrazione delle molteplici risorse e competenze presenti nei territori.

- **Beni alimentari e lotta allo spreco**

In un'ottica di welfare territoriale e comunitario il ruolo dei soggetti che coniugano l'aiuto alimentare al supporto, orientamento e accompagnamento alle persone in povertà andrebbe riconosciuto e 'messo a sistema' divenendo parte integrante della filiera di risposte del territorio. I bandi regionali per finanziare i progetti degli ETS mirano anche a rafforzare forme di collaborazione e sinergia con gli enti pubblici. Tale collaborazione va potenziata anche con le Aziende USL per accrescere e qualificare l'applicazione delle Linee guida approvate con DGR 793/2022 e volte a garantire sicurezza e cibo di qualità ai destinatari finali.

- **Azioni di contrasto al sovraindebitamento**

La Legge regionale n. 28/2019 "Misure regionali per la prevenzione, il contrasto e la soluzione dei fenomeni di sovraindebitamento" prevede una serie di iniziative e la concessione di contributi a Enti locali, altri soggetti pubblici, privati, del terzo settore per la realizzazione di azioni finalizzate alla prevenzione e al contrasto dei fenomeni di sovraindebitamento con l'obiettivo di evitare situazioni di povertà per i debitori sovraesposti e nel contempo favorire il recupero dei crediti. In questo contesto risultano fondamentali:

- l'attività di prevenzione e informazione;
- gli Sportelli preistruttoria;
- gli accordi con gli Organismi di Composizione delle Crisi da sovraindebitamento.

- **La promozione del benessere attraverso il lavoro di comunità e il welfare culturale**

Nella progettazione di interventi di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale l'attenzione per una piena partecipazione alla vita della comunità di riferimento dovrebbe essere sempre più parte di una strategia integrata che offra anche opportunità di attivazione, costruzione di relazioni, generazione di benessere, salute e coesione sociale. La connessione con le risorse che il welfare culturale, artistico, sportivo mette a disposizione sul territorio può rappresentare una importante parte del lavoro di comunità che qualifica i servizi sociali e sanitari. (si veda la *Scheda Welfare culturale*).

- **Interventi specifici rivolti a rom e sinti per favorire l'inclusione**

A livello territoriale devono essere implementate le attività per garantire l'inclusione sociale di rom e sinti, nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali nei settori chiave dell'educazione, dell'istruzione, della formazione, del lavoro, dell'abitare e della salute. Una possibilità è offerta dagli avvisi pubblici regionali e nazionali per la presentazione di progetti nell'ambito del Programma Regionale FSE + 2021-2027 con particolare attenzione al contrasto alla povertà educativa, alla dispersione scolastica e al divario digitale, all'accompagnamento delle transizioni abitative e alla costruzione di reti a livello territoriale.

Beneficiari

Persone e nuclei beneficiarie delle misure nazionali di sostegno al reddito e in simili condizioni di disagio economico come definite dalla nota del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali n. 1033 del 19/01/2024. Persone in condizioni di povertà e vulnerabilità. Rom e sinti che necessitano di progetti di inclusione

SCHEDA 25 - CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

Razionale/motivazione

Il fenomeno della violenza di genere in Emilia-Romagna è indagato da diversi anni dall'Osservatorio regionale contro la violenza di genere, che pubblica annualmente un rapporto. Secondo i dati dell'ultimo report di novembre 2025, in Emilia-Romagna al 31.12.2024 sono attivi 23 Centri antiviolenza e 56 Case rifugio iscritti all'Elenco regionale dei Centri antiviolenza, che ospitano quasi 400 donne all'anno e altrettanti figli minorenni. Alla stessa data, risultano attivi 15 Centri per uomini autori di violenza, di cui 7 centri LDV (Liberiamoci dalla violenza) a gestione pubblica, e 8 centri gestiti da enti del privato sociale, con varie sedi su tutto il territorio regionale, che nel 2024 hanno avuto in percorso per l'accompagnamento al cambiamento oltre 1200 uomini, di cui 521 nuovi ingressi (trend in forte aumento, dal 2021 più che raddoppiati).

Nel corso del 2024 si sono rivolte a un Centro antiviolenza dell'Emilia-Romagna 5.965 donne, di cui 2.521 donne hanno intrapreso un nuovo percorso di uscita dalla violenza elaborato insieme alle operatrici dei Centri. La violenza che le donne subiscono assume molteplici forme, spesso coesistenti tra loro e agite per la quasi totalità all'interno di relazioni familiari e affettive: prevalgono le violenze psicologiche (94%), seguite da quelle fisiche (65%), economiche (46%) e sessuali (circa il 20%). L'autore principale delle violenze è il partner, seguito dall'ex-partner. Solo per l'1,8% dei casi l'autore della violenza è una persona estranea alla vittima.

Il rapporto dell'Osservatorio indaga anche gli accessi delle donne in Pronto soccorso conclusi con diagnosi violenza, con oltre 2400 casi nel triennio 2022-2024 e fornisce i dati di contatto al numero verde 1522.

Dal punto di vista normativo, il contrasto alla violenza di genere, oltre ad essere una declinazione dell'obiettivo dell'uguaglianza di genere dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, è tema su cui si sono registrati numerosi recenti interventi riguardanti sia la legislazione europea, sia quelle nazionale e regionale. A livello nazionale, con decreto del Ministero per le Pari Opportunità del 16 settembre 2025, è stato adottato il nuovo Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne e la violenza domestica 2025-2027.

A livello regionale, in attuazione della L.R. 27 giugno 2014 n. 6 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere" nel 2021 è stato approvato il secondo Piano regionale contro la violenza di genere (D.A.L. n. 54/2021) e l'anno successivo le relative Schede attuative (D.G.R. n. 1785/2022).

Le donne che subiscono violenza possono accedere a servizi specializzati quali i Centri antiviolenza 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 i Centri antiviolenza apposite convenzioni. Anche i servizi sociali e sanitari possono rappresentare punti di accesso della rete cui si rivolgono le donne che subiscono violenza, e il coordinamento tra loro è stato delineato dalle linee di indirizzo regionali per l'accoglienza delle vittime di violenza approvate nel 2013 (DGR 1677/2013).

La D.G.R. n. 1659/2023 invece, in attuazione dell'Intesa nazionale del 14 settembre 2022, ha istituito l'Elenco regionale dei Centri per uomini autori di violenza (C.U.A.V.), che mette a sistema e regola in modo uniforme l'eterogenea realtà già da tempo operante in regione, fatta di Centri pubblici (Centri Liberiamoci dalla Violenza – LDV), istituiti presso le Aziende sanitarie (le cui indicazioni operative sono state approvate dalla DGR n. 1321/2024), e Centri privati, gestiti da soggetti del Terzo settore. L'operatività di tale Elenco è stata temporaneamente sospesa nelle more della proroga dell'Intesa (D.G.R. n. 563/2024).

Recentemente invece con la DGR n. 1235 del 28/07/2025 la Regione ha approvato il protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Organizzazioni Sindacali CGIL-CISL e UIL Emilia-Romagna per individuare un percorso sperimentale gratuito di ascolto e supporto per lavoratrici e lavoratori che hanno subito violenza e/o molestie sul lavoro con particolare attenzione alla violenza di genere. Il percorso prevede l'apertura di uno sportello collocato all'interno dei Consultori Familiari quale spazio

sperimentale di accoglienza, ascolto e orientamento in cui affrontare le problematiche di salute psicologica e relazionale correlate a violenza e molestie di genere.

Infine, con la DGR n. 1932 del 25/11/2025 la Regione ha istituito l'esenzione regionale V99 a favore delle persone vittime di violenza di genere e/o a causa del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere. Grazie a questa esenzione le cittadine e i cittadini, residenti in regione, possono accedere alle cure che si rendano necessarie in conseguenza della violenza subita, senza alcuna compartecipazione alla spesa sanitaria, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Le criticità e i bisogni rilevati in questi anni sul terreno del contrasto alla violenza riguardano il potenziamento dei servizi offerti, in particolare per quanto concerne la risposta alle esigenze di autonomia delle donne, sia lavorativa, che economica, che abitativa, sia la capacità degli attori della rete di contrasto al fenomeno di intervenire in modo integrato, con riferimento tanto alle donne, per evitare la vittimizzazione secondaria, che ai loro figli, per finire con le azioni di prevenzione e sensibilizzazione rivolte, oltre che alle vittime attuali o potenziali, alla cittadinanza, alle giovani generazioni, agli uomini autori o potenziali autori di violenza e quelle di formazione, rivolta tanto ai professionisti della rete, che a coloro che possono venire in contatto con situazioni di violenza di genere.

Descrizione

Gli obiettivi di questa scheda richiamano e integrano quelli del Piano regionale contro la violenza (D.A.L. n. 54/2021), secondo le aree di intervento individuate:

Sistema di governance:

- Rafforzamento delle reti territoriali di prevenzione e contrasto alla violenza di genere (Tavoli tecnici territoriali, Convenzioni, Accordi, ecc.)

Prevenzione della violenza contro le donne:

- sostegno a progetti presentati da Enti locali e/o associazioni del Terzo settore, mediante bandi di promozione delle pari opportunità e di contrasto alla violenza di genere (in collegamento con la scheda 14 del PSSR);
- far emergere nuove forme di violenza anche rivolte a target di popolazione specifici e migliorare la capacità di presa in carico e accoglienza, anche attraverso la promozione e rafforzamento di azioni di formazione rivolte ad operatori della rete dei servizi (servizi sociali, sanitari, giuridici, mediatrici/mediatori interculturali) e l'implementazione della rilevazione precoce delle situazioni di vulnerabilità nei periodi preconcezionale, prenatale e nel primo anno di vita, (in collegamento con scheda 15 del PSSR);
- promuovere una cultura di parità negli istituti scolastici regionali, anche attraverso lo sviluppo di percorsi formativi in attuazione del Protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna e Ufficio scolastico regionale approvato con DGR n. 1628/2022 (in collegamento con scheda 14 del PSSR);
- promozione di azioni e progetti rivolti a donne in condizione di fragilità o che tengono in particolare considerazione il contesto pluriculturale che caratterizza la Regione Emilia-Romagna, declinando gli interventi di prevenzione in modo che risultino inclusivi delle peculiarità e degli aspetti culturali delle nuove cittadine.

Protezione delle donne che subiscono violenza di genere:

- potenziamento di percorsi formativi rivolti ad operatori sociosanitari della rete dei servizi (servizi sociali, sanitari, giuridici, mediatrici/mediatori interculturali) coinvolti nell'accoglienza e/o protezione delle donne;

- promozione di azioni di contrasto alla violenza e supporto alle donne in condizione di fragilità anche attraverso il contrasto di fenomeni quali la tratta e la riduzione in schiavitù, i matrimoni forzati, e le mutilazioni genitali femminili (in collegamento con scheda 10 e 22 del PSSR);
- potenziamento e supporto dei servizi offerti nei Centri antiviolenza e nelle Case rifugio;
- implementazione delle Raccomandazioni regionali "Accoglienza e presa in carico in Pronto Soccorso delle donne che subiscono violenza di genere" (DGR n. 1712/2022) anche mediante i necessari adeguamenti di sistemi e flussi informativi;
- consolidamento e monitoraggio del lavoro, con gli uomini autori o potenziali autori di violenza, da parte di centri CUAV pubblici e privati e sostegno alle attività di sensibilizzazione e conoscenza dei CUAV;
- promozione di percorsi di sostegno dell'autonomia abitativa, economica, lavorativa (in collegamento con la scheda 24 del PSSR) e dell'empowerment delle vittime di violenza (in collegamento con la scheda 14 del PSSR)

Azioni da svolgere

Le azioni di contrasto alla violenza di genere (finanziate attraverso risorse nazionali e regionali) sono puntualmente declinate nelle 16 Schede attuative del Piano regionale contro la violenza di genere 2021-2024 e si integrano con azioni previste da altre schede del PSSR, sul presupposto che la violenza contro le donne è un fenomeno culturale e sociale multidimensionale, che richiede la valorizzazione delle 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, in una prospettiva di integrazione e intersettoriale:

- sostegno e qualificazione della rete regionale dei Centri antiviolenza e delle case rifugio, anche tramite l'assegnazione delle risorse del "Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità";
- realizzazione di percorsi formativi rivolti a operatori dei Servizi coinvolti nella prevenzione, nell'accoglienza e/o protezione delle donne vittime di violenza (sia dei servizi sociali, sanitari, sia rivolti a mediatori interculturali);
- realizzazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione rivolti ad insegnanti per promuovere una cultura di parità negli istituti scolastici regionali (in collegamento con la scheda 14);
- sostegno a progetti rivolti alla promozione ed al conseguimento delle pari opportunità e al contrasto delle discriminazioni e della violenza di genere, con particolare attenzione a quelli rivolti alle giovani generazioni in ambito scolastico ed extrascolastico anche attraverso specifici bandi regionali (in collegamento con la scheda 14);
- Sostegno ad azioni di prevenzione rivolte alle giovani generazioni in ambito educativo, scolastico, culturale, sportivo e aggregativo realizzate dai Comuni e Unioni di Comuni in collaborazione con i centri antiviolenza ed eventualmente con la rete territoriale;
- azioni a supporto dell'autonomia abitativa, economica e lavorativa e di promozione dell'empowerment delle donne in uscita da percorsi di violenza, anche mediante il rafforzamento del supporto psicologico alle donne e ai loro figli/ie e mediante la misura del reddito di libertà;
- promozione e rafforzamento dei Centri per uomini autori di violenza pubblici e privati per la realizzazione di programmi d'intervento e trattamento degli uomini autori di violenza;
- promozione di reti territoriali, tavoli tecnici territoriali, protocolli, accordi, convenzioni per il contrasto alla violenza di genere;
- monitoraggio Raccomandazioni regionali "Accoglienza e presa in carico in Pronto Soccorso delle donne che subiscono violenza di genere" (DGR 1712/2022) (in collegamento con scheda n. 6 del PSSR)

- Monitoraggio consumi prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate con esenzione V99 (DGR n-. 1932/2025)
- Monitoraggio apertura sportello di ascolto e supporto di lavoratrici/lavoratori vittime di molestie o violenze di genere nei luoghi di lavoro (DGR n. 1235/2025)

Beneficiari

Ragazze e donne vittime di violenza (maltrattamenti, abusi, tratta, matrimoni forzati, ecc.), persone di minore età vittime di violenza assistita, uomini autori o potenziali autori di violenza e la cittadinanza tutta per la prevenzione della violenza di genere e la promozione di una cultura di rispetto tra i generi, con particolare attenzione alle giovani generazioni.

SCHEDA 26 - METODOLOGIE PER L'INTERSETTORIALITÀ, LA PARTECIPAZIONE E IL LAVORO CON LA COMUNITÀ

Razionale/motivazione

Il sistema regionale dei servizi per la salute e il welfare sostiene processi di cambiamento istituzionale e organizzativo per rendere i servizi più equi, integrati e centrati sulle persone. A questo scopo, l'approccio dell'intersezionalità è particolarmente utile perché consente di considerare le persone nella complessità delle loro condizioni di vita, tenendo conto del modo in cui fattori diversi – come genere, età, origine, condizione sociale o di salute – si intrecciano e incidono sull'accesso ai servizi e sui bisogni.

Per rendere i servizi più equi, integrati e centrati sulle persone, l'intersectorialità e la partecipazione delle comunità sono fondamentali in quanto riconoscono le persone come portatrici di molteplici identità sociali (età, genere, reddito, provenienza, abilità, etc.) che rappresentano i principali assi di distribuzione del potere e dello svantaggio e quindi di generazione delle disuguaglianze sociali in salute. Riconoscere le radici strutturali delle disuguaglianze richiede un approccio interistituzionale e intersectoriale che unisce politiche e saperi diversi.

Per favorire la co-costruzione di prassi innovative e intersectoriali, è necessario un approccio che adotta le metodologie partecipative proprie della ricerca sociale e organizzativa applicata – quali ricerca-azione, formazione-intervento e lavoro di comunità – che prevedono processi dialogici tra istituzioni, professionisti, Terzo settore e cittadinanza favorendo il benessere organizzativo e lo sviluppo di comunità.

In questo contesto la partecipazione è assunta come presupposto per il contrasto alle disuguaglianze; come fucina per politiche più democratiche ed eque e come leva per sviluppare servizi di prossimità radicati nei territori.

L'insieme delle metodologie per l'intersectorialità, la partecipazione e il lavoro con la comunità valorizza il ruolo delle persone e delle reti locali: i territori diventano così spazi di sperimentazione, apprendimento e innovazione intorno a tematiche di interesse collettivo. Nell'ambito dei servizi, tale approccio risponde inoltre all'obiettivo di promuovere equità.

Nell'ambito della interazione tra servizi e comunità di riferimento, tali metodologie ambiscono a essere prassi di lavoro degli spazi pubblici di prossimità (Case della Comunità, sedi di quartiere, scuole, spazi culturali, piazze, etc.) intesi come luoghi di capacitazione, in cui prendere parola, discutere, co-elaborare e mettere in opera. In questa prospettiva, la partecipazione della comunità non si esaurisce in singole progettualità ma diventa il *modus operandi* strutturale.

Descrizione

Il sistema regionale della salute e della cura è un luogo condiviso tra una pluralità di attori che co-costruiscono visioni, percorsi e interventi. Pertanto, gli obiettivi a cui tendere sono:

- Rafforzamento di funzioni di regia locali integrate attraverso l'istituzione o, ove già presenti, il consolidamento di dispositivi di governance sempre più composite, miste e integrate tra i diversi attori che si occupano di salute e benessere, promuovendo la presenza del Terzo Settore e della cittadinanza.
- Promozione di meccanismi organizzativi operativi volti a favorire l'intersectorialità, la trans-professionalità e la multidisciplinarietà (sistemi informativi, processi di programmazione e valutazione, sistemi di coordinamento, formazione, valutazione, etc.).

- Coinvolgimento e inclusione nei percorsi partecipativi della popolazione, in particolare quella più distante e meno visibile al sistema dei servizi.

Azioni da svolgere

Le azioni da sviluppare, sebbene abbiamo dei punti in comune, richiedono due livelli di implementazione: regionale e locale.

- Promuovere pratiche di facilitazione, attraverso metodologie dialogiche e partecipative, per costruire reti collaborative e superare la settorialità tra professionisti, tra servizi e tra organizzazioni e comunità di riferimento (ad esempio l'Approccio dialogico). Dare continuità e sostenibilità a processi partecipativi e di sviluppo di comunità (ad esempio CommunityLab) con una particolare attenzione allo sviluppo di strumenti volti al coinvolgimento delle popolazioni più vulnerabilizzate e distanti dal sistema dei servizi.
- Valorizzare i requisiti e le competenze in tema di facilitazione di processi partecipativi e di prassi lavorative trasversali, anche attraverso un maggiore raccordo con i percorsi formativi universitari.
- Consolidare i tavoli di programmazione dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale come spazi di integrazione delle politiche partecipate, favorendo inoltre la presenza attiva di rappresentanti del Terzo Settore e dei cittadini nei dispositivi di governance locale (tavoli di lavoro, cabine di regia e altri snodi organizzativi).
- Promuovere la partecipazione di rappresentanti del Terzo Settore e cittadini ai dispositivi di governance locale, come tavoli di lavoro, cabine di regia e altri snodi organizzativi.
- Rafforzare le competenze in materia di co-programmazione e co-progettazione, ai sensi del Codice del Terzo Settore, D. Lgs. 117/2017 e dalla L. R. 3/2023 come strumenti ordinari di collaborazione tra amministrazioni e di governance partecipata dei servizi di salute e cura.
- Promuovere percorsi di formazione-ricerca-intervento per rafforzare la capacità di lettura dei bisogni e la definizione di strategie operative condivise, integrandoli con analisi di epidemiologia di comunità basate su strumenti quantitativi e qualitativi.
- Prevedere, capacitare, formare figure con funzioni di prossimità (pazienti esperti, familiari/caregiver, gruppi auto-mutuo-aiuto, mediatori transculturali, promotori/agenti/antenne di comunità) valorizzandone le conoscenze rispetto alle priorità e alle risorse dei territori.
- Promuovere un approccio intersettoriale e partecipativo anche nelle azioni dei Piani e dei board aziendali equità delle aziende sanitarie del territorio regionale.

SCHEDA 32 – PROMOZIONE DELL'EQUITÀ 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.

Negli ultimi anni il tema delle liste di attesa è diventato oggetto di crescente attenzione da parte della popolazione, sia per il suo impatto sulla percezione di equità del sistema sanitario, sia per la presenza di fattori complessi e non sempre chiaramente definiti che concorrono al fenomeno. Tra questi si annoverano:

- un ricorso non sempre appropriato alle prestazioni;
- fenomeni di inefficienza o disallineamento organizzativo;
- un'offerta talvolta non proporzionata ai reali bisogni assistenziali;
- carenze di continuità nella presa in carico, in particolare per pazienti oncologici, cronici o affetti da patologie rare.

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 già da diversi anni

Descrizione:

Per la specialistica ambulatoriale con la DGR 620 del 15 aprile 2024 "Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi di attesa: prima fase attuativa" sono state messe in atto le seguenti azioni

- agende sempre aperte (con un orizzonte temporale di almeno 24 mesi)
- introduzione delle Preliste, (se indisponibilità prenotativa e entro gli standard)
- incremento di circa 1,6 milioni di prestazioni (visite e prestazioni di diagnostica)

Nonostante l'incremento dell'offerta, per alcune prestazioni, soprattutto per le visite, nel corso del 2025, non sempre e non in tutti gli ambiti sono stati garantiti i tempi di attesa dei primi accessi.

Pertanto, oltre al presidio puntuale attraverso il monitoraggio dei tempi di attesa, si vuole consolidare l'obiettivo del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva investendo sul confronto tra i professionisti e l'uso di sistemi di aiuto alla prescrizione. Inoltre, per i cittadini con patologia o rara, che necessitano di controlli, si garantisce la presa in carico da parte dello specialista e la continuità prenotativa da parte della struttura senza ulteriori oneri burocratici per il cittadino, come la prescrizione del medico curante o il passaggio al cup ordinario.

In particolare rispetto all'appropriatezza prescrittiva è già in corso un lavoro di condivisione di percorsi clinici per le prestazioni di primo accesso tra regione, Aziende, specialisti e MMG, che punta a razionalizzare la domanda garantendo coerenza tra la condizione clinica e la priorità di accesso. Inoltre, da gennaio 2025, è attivo un nuovo flusso informativo regionale sul prenotato (in linea con le

specifiche della piattaforma nazionale liste di attesa di cui al DL 73/24) che raccoglie tutte le informazioni relative alle prenotazioni di tutte le prestazioni, in regime SSN e ALPI.

Gli incontri con cadenza mensile con i Responsabili Unici Aziendali dell'accesso in collaborazione con la Direzione sanità, alle prestazioni di specialistica ambulatoriale di tutti gli ambiti territoriali consentono un presidio costante delle azioni messe in campo.

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.

Per quanto riguarda il rispetto dei tempi e dell'accesso ai ricoveri programmati, la Regione ha implementato a partire dal 2020 sistemi di monitoraggio stringenti sulle soglie di attività oltre il tempo massimo, si è focalizzata sul rispetto dell'equilibrio di lista e ha lavorato con le aziende sanitarie a garantire un'offerta sul territorio in grado di rispondere entro i tempi a tutte le prestazioni monitorate e non solo.

Azioni da sviluppare:

Per la specialistica ambulatoriale:

- garanzia dei tempi di attesa standard per le prestazioni di primo accesso (10 gg per le urgenze, classe di priorità B, 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni diagnostiche strumentali, classe di priorità D);
- = miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- = incremento delle prenotazioni da parte della struttura sanitaria (unità operativa/ambulatorio) che ha in carico il cittadino;

Per i ricoveri:

- miglioramento della trasparenza ai pazienti con portale dedicato per la consultazione della propria posizione d'attesa;
- migliore sinergia tra tutte le strutture in modo da garantire il ricovero nel minor tempo possibile;
- percorsi omogenei di presa in carico del paziente;
- rispetto dei tempi massimi di classe di priorità per gli interventi monitorati, in particolare oncologici e chirurgici di bassa complessità.

Beneficiari:

Tutta la popolazione

SCHEDA 33 MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO PER I BISOGNI DI SALUTE NON DIFFERIBILI A BASSA COMPLESSITÀ CLINICO-ASSISTENZIALE E AI PERCORSI IN EMERGENZA-URGENZA

Razionale/Motivazione:

Il servizio sanitario dell'Emilia-Romagna ha affrontato negli ultimi anni, in linea con l'andamento nazionale, un crescente sovraccollamento dei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri, determinato prevalentemente dalla mancata gestione in ambito territoriale di condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale.

Nel 2022, il 66% degli accessi in Pronto Soccorso era rappresentato da codici bianchi e verdi, con un impatto rilevante sull'efficienza complessiva del sistema.

La risposta a tale criticità si articola su tre direttrici principali:

- potenziamento del sistema di emergenza-urgenza preospedaliera – 118
- strutturazione di una rete territoriale dedicata alla gestione delle urgenze a bassa complessità, nell'ambito del sistema distrettuale delle cure primarie
- Programmazione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 e delle relative Centrali operative, in stretta contiguità funzionale con le Centrali 118 esistenti

Con DGR 1246/2023, la Regione Emilia-Romagna ha avviato la costituzione dei Centri di Assistenza e Urgenza (CAU), dotati di personale medico e infermieristico e di capacità diagnostica di primo livello (ECG, pulsiossimetria, POCT, ecografia POCUS, RX), nonché integrata con la rete specialistica, anche mediante l'istituzione di percorsi facilitati e implementando pratiche di telemedicina, attraverso l'integrazione con le strutture di emergenza (ospedali dotati di PS, DEA I e II livello).

Nel corso del 2024, la rete dei CAU ha registrato una riduzione degli accessi in Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi del 13,5% rispetto all'andamento atteso, con una contestuale diminuzione del 15,6% dei frequent users, corrispondente a oltre 13.700 accessi evitati.

In tale contesto, la programmazione regionale intende consolidare e sviluppare ulteriormente modelli organizzativi evoluti per la gestione delle esigenze non differibili implementando l'integrazione con la medicina generale e l'assistenza multidisciplinare.

Descrizione

I Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) sono strutture territoriali afferenti alle cure primarie, finalizzate alla gestione tempestiva e appropriata dei bisogni di salute non differibili a bassa complessità clinico-assistenziale, in un setting coerente con il livello di intensità richiesto. Essi si inseriscono all'interno di un modello organizzativo integrato della rete territoriale, in connessione funzionale con il sistema dell'emergenza-urgenza (118), con le Centrali Operative Territoriali (COT), con la Continuità Assistenziale e con gli altri nodi dell'assistenza primaria, contribuendo alla presa in carico coordinata del paziente. L'accesso ai CAU può avvenire sia in autopresentazione sia, in maniera programmata, attraverso l'invio da parte del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117, che rappresenta il punto di accesso unico per i bisogni sanitari non urgenti e a bassa complessità

Il NEA 116117, attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, svolge una funzione di valutazione strutturata del bisogno attraverso intervista telefonica standardizzata, finalizzata a identificare il livello di criticità della richiesta, distinguere le situazioni di emergenza da quelle non urgenti e indirizzare il cittadino verso il setting assistenziale più appropriato, incluso l'eventuale invio ai CAU, alla Continuità Assistenziale o ad altri servizi territoriali.

Il sistema così strutturato assicura una gestione appropriata della domanda sanitaria, favorendo l'intercettazione precoce dei bisogni a bassa complessità nel contesto territoriale e promuovendo una presa in carico integrata, anche in raccordo con i Medici di Medicina Generale, i professionisti delle cure primarie e i servizi sociosanitari.

In tale prospettiva, i CAU si integrano con le attività della Continuità Assistenziale e degli altri servizi territoriali, contribuendo alla continuità delle cure e alla gestione coordinata dei percorsi assistenziali, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina e il supporto delle infrastrutture digitali regionali.

L'obiettivo del modello è migliorare l'appropriatezza degli accessi, ridurre il ricorso improprio ai Pronto Soccorso e consentire la concentrazione delle strutture ospedaliere sui casi a maggiore complessità e criticità clinica, garantendo al contempo equità di accesso, tempestività della risposta e prossimità dei servizi per la popolazione, con particolare attenzione ai soggetti fragili e vulnerabili

Azioni

- Consolidamento e sviluppo della rete territoriale per la gestione delle urgenze a bassa complessità
- Potenziamento della dotazione diagnostica di primo livello (es. RX, ecografia standard) nelle strutture territoriali dedicate
- Comunicazione istituzionale e strumenti digitali per orientare cittadini e operatori verso un utilizzo consapevole e appropriato delle risorse
- Sviluppo del NEA 116117 quale strumento di orientamento e mediazione della domanda verso il setting assistenziale più appropriato

Beneficiari

- tutta la popolazione residente nel territorio regionale — con attenzione prioritaria ai soggetti con fragilità clinica, vulnerabilità socioeconomica e difficoltà di accesso
- le Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale e i rispettivi professionisti
- i medici di medicina generale coinvolti nell'erogazione delle prestazioni nelle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità

SCHEDA 35 - IMPLEMENTAZIONE E DIFFUSIONE DELL'INFRASTRUTTURA REGIONALE DI TELEMEDICINA (IRT)

Razionale/motivazione

Nel contesto delle misure previste dal PNRR – Missione 6 Salute, la Regione Emilia-Romagna intende sviluppare e diffondere i servizi di telemedicina per rafforzare l'assistenza territoriale, migliorare la presa in carico dei pazienti cronici e favorire l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali. In particolare, l'iniziativa si colloca nell'ambito della Missione 6 – Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l'assistenza territoriale”, che prevede il potenziamento delle prestazioni territoriali attraverso lo sviluppo della telemedicina e una maggiore integrazione con i servizi sociosanitari. Il progetto è attuato in coerenza con il DM 30 settembre 2022, che definisce le procedure per la selezione e la diffusione delle soluzioni di telemedicina sul territorio nazionale e le indicazioni contenute nel DM 77 del 23 giugno 2022 ‘Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Lo sviluppo della Telemedicina rappresenta un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, in quanto può favorire, ad esempio, la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti, nonché tra operatori sanitari appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, l'erogazione di prestazioni assistenziali in zone interne e/o disagiate, il monitoraggio dei pazienti cronici trattati a domicilio, il miglioramento dell'aderenza terapeutica e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Descrizione

È prevista l'implementazione e la diffusione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) quale piattaforma tecnologica regionale a supporto dell'erogazione dei servizi di telemedicina da parte delle Aziende Sanitarie.

La piattaforma è finalizzata a supportare l'erogazione dei servizi di Telemedicina, quali televisita, teleconsulto / teleconsulenza, telemonitoraggio / telecontrollo e teleassistenza.

L'obiettivo regionale è l'attivazione di almeno un servizio di telemedicina per ciascuna Azienda Sanitaria entro il 2026, assicurando al contempo l'integrazione con i sistemi informativi sanitari regionali e aziendali. La piattaforma regionale è stata collaudata a luglio 2025 e rappresenta l'infrastruttura di riferimento per l'erogazione e il monitoraggio delle prestazioni di telemedicina a livello regionale. L'IRT è predisposta per integrarsi con l'Infrastruttura Nazionale di Telemedicina (INT) e con il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Nel corso del 2024–2025 sono state avviate le principali azioni propedeutiche alla diffusione dei servizi, tra cui la costituzione del Sottogruppo Tecnico ICT per la telemedicina e l'attivazione di gruppi di lavoro regionali (Determina n. 20910 del 30/10/2025) a supporto dello sviluppo dei servizi di telemedicina (teleconsulto/teleconsulenza sanitaria e telecontrollo).

Nell'ambito degli interventi previsti dal PNRR, è stata inoltre attivata, tramite Intercent-ER, la procedura di acquisizione dei dispositivi di telemonitoraggio, con conseguente distribuzione alle Aziende Sanitarie territoriali; sono stati altresì erogati finanziamenti per l'acquisizione delle postazioni per la telemedicina sulla base di una pianificazione condivisa con i referenti ICT aziendali.

Azioni da svolgere

- Definizione e attuazione del piano di diffusione regionale della piattaforma IRT per l'attivazione di almeno un servizio di telemedicina per ciascuna Azienda Sanitaria;

- Completamento delle evoluzioni applicative (MEV) della piattaforma;
- Integrazione con i dispositivi di telemonitoraggio e con i sistemi informativi regionali e aziendali;
- Monitoraggio dei risultati ai fini del raggiungimento dei target PNRR 2026.

Beneficiari

- Cittadini e pazienti, in particolare pazienti cronici e fragili;
- Professionisti sanitari (medici e professioni sanitarie);
- Operatori dei servizi territoriali;
- Aziende Sanitarie e strutture del Servizio Sanitario Regionale.

SCHEDA 36 CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI IN OTTICA DI COMUNITÀ

Razionale

I servizi dell'area sociale e sanitaria si confrontano oggi con uno scenario profondamente trasformato e sempre più articolato. La società contemporanea presenta configurazioni nuove rispetto al passato: si caratterizza per una crescente eterogeneità culturale, per assetti familiari plurali e in continua evoluzione, per una vulnerabilità economica diffusa che coinvolge fasce sempre più ampie della popolazione e per l'emergere di forme inedite di marginalità e esclusione. A ciò si aggiungono difficoltà persistenti di inserimento o reinserimento nel mercato del lavoro, che interessano in modo diverso giovani, adulti in transizione lavorativa.

Accanto ai bisogni tradizionali, si diffondono fragilità meno visibili ma sempre più rilevanti: il progressivo indebolimento delle reti di prossimità, esperienze di isolamento relazionale e distacco dalla comunità, insieme a un crescente malessere tra adolescenti e giovani adulti, che faticano a trovare punti di riferimento e traiettorie future. Fenomeni che rendono più complessa la domanda di sostegno e richiedono ai servizi una capacità rinnovata di riconoscere e intercettare forme di vulnerabilità emergenti.

La crescente complessità dei bisogni sociali e sanitari mette sotto forte pressione il sistema dei servizi, rendendo sempre più evidenti le difficoltà quotidiane delle professioni di cura. In questo scenario diventa fondamentale, come riconosciuto dai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), il rafforzamento del Servizio sociale territoriale quale presidio stabile, qualificato e accessibile sul territorio. Il suo riconoscimento come livello essenziale richiama non solo il valore delle competenze professionali, ma anche la necessità di garantire condizioni organizzative adeguate a un esercizio efficace delle funzioni di presa in carico, valutazione e accompagnamento. I LEPS sottolineano inoltre l'importanza della supervisione degli operatori, intesa come strumento strutturale di tutela della qualità del lavoro e di prevenzione del burnout, in un contesto in cui il personale è esposto a pressioni emotive, gestione dell'urgenza e responsabilità sempre più complesse.

L'introduzione e la progressiva definizione dei LEPS — previsti dal sistema integrato delineato dalla Legge 328/2000 e sviluppati con maggiore organicità solo a partire dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021–2023 — rappresentano oggi una sfida cruciale per i servizi territoriali, chiamati a garantire standard omogenei, diritti esigibili e un'organizzazione capace di rendere effettiva la loro applicazione su tutto il territorio nazionale.

Inoltre, negli ultimi anni il sistema dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari è stato chiamato a fronteggiare numerose emergenze di diversa natura. Eventi calamitosi quali terremoti, trombe d'aria e alluvioni si sono succeduti e spesso sovrapposti ad emergenze sanitarie e umanitarie. Alla luce delle esperienze maturate, e considerando che le *Linee guida sul riordino del Servizio Sociale Territoriale*, approvate con DGR n. 1012/2014, attribuiscono al Servizio Sociale Territoriale la funzione di "gestione delle urgenze e delle emergenze sociali" che prevede l'attivazione tempestiva del SST "nelle situazioni di emergenza sociale, anche in seguito a calamità naturali, in collaborazione con le forze dell'ordine e gli Enti preposti, attivando tutte le risorse disponibili a livello locale e concorrendo ad adottare le procedure di emergenza ricomprese nel Piano di Emergenza Comunale o Locale", risulta necessario rafforzare la capacità di preparazione, organizzazione e risposta dell'intero sistema dei servizi. In tale prospettiva risulta fondamentale promuovere una forte integrazione tra ambito sanitario e sociale assicurando il raccordo con il sistema di Protezione Civile.

Descrizione

Il Servizio Sociale Territoriale (SST) 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 continuare a rinforzare la dimensione organizzativa distrettuale del SST, quale dimensione che caratterizza le politiche sociali e sociosanitarie del nostro territorio regionale e risulta più adeguata a garantire unitarietà ed omogeneizzazione nell'organizzazione e nella gestione del Servizio, come per altro previsto dalle *Linee guida sul riordino del Servizio Sociale Territoriale* (DGR n. 1012/2014). È inoltre necessario promuovere il superamento di una logica di lavoro per target separati e sostenere una modalità di lavoro di sistema.

Tale approccio sistemico costituisce infatti la base indispensabile per attivare risposte integrate e coordinate in contesti complessi, come quelli determinati dalle emergenze e dalle calamità naturali. In quest'ottica, alla luce della crescente frequenza di tali eventi, è fondamentale rafforzare il ruolo della rete dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari nella prevenzione, preparazione e gestione delle emergenze, promuovendo integrazione e coordinamento tra i diversi livelli istituzionali.

Con riferimento alla gestione delle emergenze e delle situazioni di protezione civile, si richiama quanto previsto dal D.Lgs. 2 gennaio 2018, n. 1, che riconosce il ruolo dei servizi territoriali nella prevenzione, preparazione e risposta agli eventi emergenziali. Restano inoltre ferme le disposizioni, linee d'indirizzo, indicazioni operative nazionali e regionali vigenti in materia. (es. Direttiva 10/03/2025 Presidenza del Consiglio dei ministri; DGR n 2278 22/12/23; DGR n 154 9/02/2026).

Azioni da svolgere

- Garantire i leps finalizzati al rafforzamento del Servizio sociale: LEPS Potenziamento del servizio sociale professionale, LEPS Supervisione degli operatori sociali, Leps Pronto intervento sociale;
- promuovere interventi per garantire adeguate azioni di accompagnamento e supporto ai nuovi assunti e ai nuovi inseriti;
- promuovere il lavoro di comunità con le persone con i gruppi e sui territori come metodo per operare una più integrata accoglienza e presa in carico delle persone e nuclei in situazioni complesse e costruire opportunità di partecipazione e attivazione nella società;
- sviluppare una maggiore integrazione con i servizi di area formativo/lavorativa e sociosanitaria sulle nuove misure di inclusione sociale e lavorativa DL 48/2023 (Decreto Lavoro convertito con modificazioni in legge 3 luglio 2023, n. 85);
- Promuovere l'integrazione sociale, sanitaria e sociosanitaria attraverso l'attivazione e il potenziamento di equipe multidisciplinari;
- promuovere l'integrazione della rete degli sportelli sociali con gli altri punti d'accesso;

- attivare sempre di più la co-costruzione dei percorsi assistenziali con gli altri servizi coinvolti, le famiglie e i diretti destinatari degli interventi;
- 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/accesso presso altre sedi come le Case della Comunità;
- Sviluppare percorsi formativi per dirigenti, responsabili di area e funzionari dei servizi sociosanitari territoriali in merito al sistema della Protezione Civile.
- Predisporre flussi informativi (progetto piattaforma vulnerabili sociosanitari), per l'identificazione delle persone vulnerabili in situazione di emergenza/calamità naturale.
- Redigere procedure operative e linee guida in coordinamento con il livello regionale per la gestione integrata delle emergenze da parte dei servizi sociali in stretta connessione con i servizi sanitari.

Beneficiari

- Servizi sociali territoriali
- Servizi di Pronto intervento sociale

SCHEDA 37 QUALIFICAZIONE DEL SISTEMA DI ACCOGLIENZA, TUTELA E CURA RIVOLTO A BAMBINI, ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI E ALLE LORO FAMIGLIE

Razionale / motivazione

La Regione Emilia-Romagna garantisce la tutela delle persone di minore età mediante interventi e azioni di prevenzione, di cura, di supporto all'autonomia e di accompagnamento all'uscita dal circuito di assistenza garantito dai Servizi, riservando una particolare attenzione alle situazioni caratterizzate da bisogni sociosanitari complessi. Prosegue l'azione di qualificazione del sistema di cura e accoglienza dei minorenni, con particolare riferimento a bambini, adolescenti e neomaggiorenni seguiti dai servizi territoriali, anche collocati in affidamento familiare o in comunità.

Nel quadro delle politiche regionali di tutela, si individuano le seguenti macroaree di intervento:

- affidamento familiare e adozione nazionale ed internazionale;
- accoglienza in comunità;
- rafforzamento e coordinamento dei servizi sociali territoriali.

Per quanto riguarda l'area dell'affidamento familiare e dell'adozione, centrale nel Programma di Mandato della Giunta regionale della XII legislatura, è stato approvato con D.G.R. n. 1046 del 30.06.2025 il programma finalizzato per l'affido familiare di durata triennale (2025-2027). Il programma è finalizzato a rafforzare i servizi e i centri per l'affido presenti sul territorio regionale, anche alla luce delle recenti Linee statali di indirizzo per l'affidamento familiare ratificate in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni l'8 febbraio 2024. Gli interventi territoriali finanziati mediante il programma riguardano il rafforzamento dei centri e dei servizi per l'affido, la promozione di azioni di sensibilizzazione, formazione e accompagnamento per famiglie affidatarie e famiglie di origine, operatori e altri soggetti coinvolti, nonché il sostegno alle famiglie nella fase del post-affido e la valorizzazione delle realtà associative del terzo settore. Sull'adozione nazionale ed internazionale, la D.G.R. n. 1495/2003 di approvazione delle Linee di indirizzo regionali per le adozioni nazionali e internazionali in Emilia-Romagna e la D.G.R. n. 817/2016 sul Protocollo regionale tra Regione, Tribunale per i minorenni, ANCI Emilia-Romagna, Ufficio scolastico regionale, enti autorizzati e associazioni familiari costituiscono la cornice di riferimento delle azioni regionali in materia di adozione. Annualmente inoltre la Regione Emilia-Romagna programma e coordina i corsi pre-adozione organizzati sul territorio regionale dalle équipe adozioni, prevedendo altresì l'erogazione di un contributo per gli interventi a questi degli Enti autorizzati per l'adozione internazionale firmatari del Protocollo di cui sopra (nell'anno 2025 essi sono stati programmati e stanziati con DGR n. 1628/25 e Determinazione Dirigenziale n. 22222/25), che nel 2026 potranno vedere eventuali aggiornamenti concertati con l'Autorità Giudiziaria, in linea con le "Linee operative per i percorsi di formazione pre-mandato degli aspiranti genitori adottivi", pubblicate a fine 2025 dalla CAI (Commissione Adozioni Internazionali). Per quanto riguarda l'accoglienza in comunità, è stato definito e reso operativo il Sistema Informativo Presenze e Vigilanza delle Comunità per Minori (SipsMinori), su impulso della Procura presso il Tribunale per i minorenni ed in accordo con l'Ufficio regionale della Garante per l'infanzia e l'adolescenza, il Centro di Giustizia Minorile, ANCI e il Tribunale per i Minorenni di Bologna. È stato inoltre istituito un Nucleo regionale di monitoraggio delle strutture per minorenni autorizzate ai sensi delle D.G.R. n. 1904/2011 e n. 1490/2014, con il compito di raccogliere informazioni ed elementi in merito alla dimensione organizzativa ed educativa dell'accoglienza, anche al fine di acquisire elementi utili alla programmazione regionale in materia (determina n. 603 del 15/01/2026). Il rafforzamento e il coordinamento dei servizi sociali territoriali rappresentano un asse strategico per la qualificazione del sistema di tutela, al fine di promuovere interventi sempre più efficaci e

appropriati. In tale ambito si collocano: l'aggiornamento del sistema informativo regionale SISAM, con revisione delle indicazioni operative per gli operatori e accompagnamento ai territori per una raccolta dati efficace e omogenea, in linea con il sistema nazionale informativo SIOSS e a supporto del monitoraggio delle politiche; le attività di coordinamento delle équipe adozioni, anche in relazione a un quadro normativo in evoluzione; gli incontri periodici con l'Autorità Giudiziaria minorile su tematiche di rilevante interesse; gli incontri di aggiornamento e formazione per gli Esperti Giuridici e il supporto ai territori rispetto ai nuovi scenari normativi. È altresì prevista l'attivazione e il finanziamento di un programma per la formazione e il consolidamento delle attività delle équipe di secondo livello, formate da operatori sociosanitari (D.G.R. n. 1679 del 20.10.2025), che operano con bambini, adolescenti e famiglie con particolari vulnerabilità personali e familiari, comprese situazioni di sospetto maltrattamento e abuso, attraverso un approccio integrato e multidimensionale sociosanitario. Si colloca inoltre in questo ambito il consolidamento dei percorsi di integrazione e collaborazione tra servizi sociali, sanitari ed educativi. "Nell'ottica della prevenzione il Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.) promuove un modello di intervento con le famiglie in situazione di negligenza per migliorare l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamento dei bambini dal nucleo familiare, articolando le aree del sociale, sanitario, educativo-scolastico. Il 28 luglio 2021 è stato approvato il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 da parte della Rete della protezione e dell'inclusione sociale, che riconosce P.I.P.P.I. come Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali (LEPS) e, a settembre dello stesso anno, la Conferenza Stato Regioni ha a sua volta approvato tale Piano. Anche nell'ultimo Piano sociale nazionale 2024-2026 è previsto un finanziamento triennale per 16 ambiti territoriali a sostegno della diffusione del LEPS". Rispetto al tema del sostegno alla genitorialità, si evidenzia l'importanza del lavoro promosso dai Centri per le famiglie dell'Emilia-Romagna con complessivamente 42 centri presenti nel territorio regionale, 13 sedi decentrate e almeno un Centro presente in ogni distretto e in ogni ambito ottimale.

Descrizione

Garantire e qualificare il sistema regionale di tutela delle persone di minore età e delle loro famiglie attraverso:

- la qualificazione e il rafforzamento degli interventi di accompagnamento e sostegno alle famiglie in condizioni di vulnerabilità, con particolare attenzione allo sviluppo delle competenze genitoriali, al fine di ridurre – ove possibile – la necessità di allontanamento dei bambini e dei ragazzi dalla famiglia, mediante l'attivazione mirata di interventi quali educativa domiciliare, sostegno alla relazione genitore-figlio, accompagnamento nei momenti critici (separazioni conflittuali, rientri a casa dopo l'allontanamento, ecc.);
- il miglioramento dell'efficacia delle valutazioni delle situazioni di rischio, attraverso il rafforzamento degli strumenti e delle modalità di individuazione, lettura e gestione delle situazioni di possibili pregiudizi per i minorenni, promuovendo criteri più condivisi e strumenti comuni di valutazione del rischio e del pregiudizio, al fine di ridurre letture e prassi eccessivamente disomogenee tra territori e servizi;
- il potenziamento della raccolta e dell'utilizzo dei dati, in particolare relativi ai minorenni in carico ai servizi e collocati fuori famiglia, rendendo più chiari, completi e utilizzabili i flussi informativi (in particolare SISAM), rafforzandone il ruolo nell'indirizzo delle politiche, nel monitoraggio e nella valutazione degli interventi;
- il rafforzamento dell'integrazione operativa tra servizi sociali, servizi sanitari e sistema dell'accoglienza (affido, adozione e comunità), attraverso modalità di lavoro condivise e stabili (équipe multiprofessionali, protocolli operativi, momenti strutturati di confronto sui casi

complessi), al fine di garantire valutazioni congiunte, progetti educativi e di cura coerenti, continuità degli interventi nei passaggi tra domicilio, affidamento e comunità e una presa in carico unitaria dei minorenni e delle loro famiglie. Percorsi adottivi inoltre con un intervento integrato e qualificato di Assistente Sociale e Psicologo e, a seconda delle fasi specifiche dell'iter adottivo, anche di concerto con gli altri soggetti coinvolti nel percorso adottivo: in primis gli Enti autorizzati per l'adozione internazionale, quindi la Scuola e le associazioni di famiglie adottive, con un focus particolare sul post adozione, ai fini della prevenzione degli allontanamenti adottivi; modalità operative omogenee e qualificate dei Servizi sul territorio regionale.

- il rafforzamento del coordinamento tra tutti i soggetti coinvolti nella tutela dei minorenni (servizi sociali e sanitari, enti del terzo settore, comunità di accoglienza, famiglie affidatarie, associazioni di famiglie adottive, enti autorizzati per l'adozione internazionale, Scuola e Ufficio Scolastico Regionale, area penale minorile, MSNA), anche mediante il rafforzamento delle collaborazioni con l'Autorità Giudiziaria, al fine di rendere i percorsi più omogenei sul territorio regionale, ridurre frammentazioni organizzative e differenze applicative tra contesti locali e facilitare il lavoro degli operatori. In tale prospettiva, promuovere cornici di riferimento chiare e condivise sui principali ambiti di intervento (affido, adozione, accoglienza in comunità, MSNA, minori nel circuito penale) e prevedere momenti strutturati e continuativi di confronto tra servizi, enti gestori e terzo settore

Azioni da svolgere

- Accompagnamento e sostegno alla realizzazione del programma finalizzato "Azioni a sostegno degli interventi a favore delle persone di minore età e delle loro famiglie e di qualificazione del sistema di accoglienza, in attuazione delle Linee guida nazionali per l'affidamento familiare", con monitoraggio delle attività realizzate dai distretti.
- Coordinamento regionale sul tema dell'affido, mediante confronti strutturati con gli enti pubblici, del terzo settore ed altri enti coinvolti nel sistema di accoglienza, implementando le Linee guida nazionali sull'affidamento.
- Revisione della disciplina regionale relativa all'affido familiare e all'inserimento di minorenni in comunità (D.G.R. n. 1904/2011 e ss. mm. ii.), mediante confronto e concertazione con i soggetti ed enti coinvolti nel sistema di accoglienza, implementando le Linee guida nazionali sulle strutture residenziali.
- Coordinamento regionale sul tema delle adozioni, mediante confronti strutturati con gli enti coinvolti nelle procedure di adozione nazionale e internazionale (referenti territoriali delle équipe adozioni, Enti autorizzati per le adozioni internazionali, associazioni di famiglie adottive, Ufficio Scolastico Regionale e referenti degli Uffici di Ambito territoriale), anche attraverso momenti di formazione e aggiornamento.
- Realizzazione di momenti strutturati di confronto con Autorità Giudiziaria minorile sui temi dell'affido e dell'adozione, anche al fine di definire prassi operative condivise ed omogenee sul territorio regionale.
- Accompagnamento e monitoraggio delle attività delle équipe di secondo livello di cui all'art. 18 L.R. 14/2008 e D.G.R. n. 1627/2021, per valutazioni più efficaci dei rischi e pregiudizi, nonché monitoraggio dell'utilizzo delle risorse dedicate.
- Monitoraggio dell'attuazione della D.G.R. n. 1102/2014, anche attraverso il gruppo di lavoro regionale costituito con determina n. 4397 del 2.3.2023.
- Accompagnamento ai servizi territoriali per la raccolta dati nel sistema SISAM, mediante indicazioni operative uniformi e supporto ai territori, con particolare attenzione ai minorenni in carico ai servizi e collocati fuori famiglia.
- Supporto all'implementazione e utilizzo del Sistema Informativo Presenze e Vigilanza delle Comunità per Minori (SipsMinori) e predisposizione della reportistica regionale periodica.

- Attività di monitoraggio delle strutture di accoglienza per minorenni, anche tramite il Nucleo regionale di monitoraggio.
- Revisione e aggiornamento delle cornici regionali di riferimento per l'accoglienza in comunità, in connessione con le Linee guida nazionali.
- Promozione di modalità di lavoro condivise e stabili tra servizi sociali, sanitari e sistema dell'accoglienza (équipe multiprofessionali, protocolli operativi, momenti strutturati di confronto sui casi complessi), per garantire progetti educativi e di cura coerenti, continuità degli interventi e presa in carico unitaria dei minorenni e delle loro famiglie.
- Funzionamento e Coordinamento del tavolo regionale sulla tutela, articolato in sottogruppi tematici (Affido, Adozione, Intervento di tutela).
- Coordinamento del Gruppo Regionale per la tutela minori in ambito sanitario (det. 25481/2024)
- Aggiornamento e formazione degli Esperti Giuridici operanti nei servizi territoriali e supporto ai territori rispetto ai nuovi scenari normativi.
- Promozione di momenti strutturati di confronto e formazione sul tema della tutela e cura, anche in raccordo con l'Autorità Giudiziaria minorile, per rendere i percorsi più omogenei sul territorio regionale, ridurre frammentazioni organizzative e differenze applicative tra contesti locali e facilitare il lavoro degli operatori.
- Promozione di quanto appreso attraverso la sperimentazione *Care leaver* e diffusione dei principali dispositivi a livello regionale per l'accompagnamento verso l'autonomia dei neomaggiorenni in uscita da percorsi di tutela

Beneficiari

- Minorenni: in particolare quelli in contesti familiari disfunzionali o multiproblematici, allontanati dalla famiglia (anche adottiva), in affido, inseriti in comunità o in percorsi adottivi; neomaggiorenni usciti dai percorsi di protezione; minori in area penale e MSNA.
- Famiglie: genitori, adulti significativi, famiglie affidatarie e adottive, con vulnerabilità personali o sociali.
- Operatori: servizi sociali, sanitari ed educativi, équipe di secondo livello, équipe adozioni, Esperti Giuridici e operatori dei centri affido.
- Enti e soggetti del terzo settore: gestori di comunità, associazioni, realtà educative e di supporto, Enti autorizzati per l'adozione internazionale.
- Istituzioni giudiziarie e Autorità Giudiziaria minorile: beneficiari indiretti dei percorsi più coerenti e dei dati completi.
- Scuole e contesti educativi: indirettamente beneficiari della stabilità dei percorsi dei minorenni e destinatari delle Linee di indirizzo per il diritto allo studio degli alunni che sono stati adottati dal Ministero dell'Istruzione e del Merito e diffuse a livello regionale.
- Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza: figura di connessione tra servizi, territori e autorità, per garantire la tutela dei diritti dei minorenni e il monitoraggio dei percorsi.