

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 752 del 18/05/2026

Seduta Num. 23

Questo lunedì 18 **del mese di** Maggio
dell' anno 2026 **si è riunita in** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) de Pascale Michele	Presidente
2) Colla Vincenzo	Vicepresidente
3) Allegni Gessica	Assessore
4) Baruffi Davide	Assessore
5) Conti Isabella	Assessore
6) Frisoni Roberta	Assessore
7) Mammi Alessio	Assessore
8) Mazzoni Elena	Assessore
9) Paglia Giovanni	Assessore

Funge da Segretario: Colla Vincenzo

Proposta: GPG/2026/753 del 29/04/2026

Struttura proponente: SETTORE POLITICHE SOCIALI, SOCIOSANITARIE, PARI OPPORTUNITÀ
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORA A WELFARE, TERZO SETTORE, POLITICHE PER L'INFANZIA,
SCUOLA

Oggetto: PROGRAMMA ANNUALE 2026: RIPARTIZIONE DELLE RISORSE DEL
FONDO SOCIALE REGIONALE AI SENSI DELLA L.R. N. 2/2003 E
SS.MM.II..INDIVIDUAZIONE DELLE AZIONI PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI
OBIETTIVI DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DELL'ASSEMBLEA LEGISLATIVA
N. 120/2017 E AL DECRETO INTERMINISTERIALE DEL 02 APRILE 2025.
PROGRAMMA ATTUATIVO POVERTÀ 2026 E AGGIORNAMENTO SCHEDE
INTERVENTO DI CUI ALLA DGR N. 1423/2017

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Monica Raciti

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- la legge 8/11/2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- il Decreto legislativo 147/2017 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà, come modificato dall'art. 1, comma 195, della Legge 27 dicembre 2017, n. 205, nonché dall'art. 11 del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2019, n. 26;
- la L.R. 12/3/2003, n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", ed in particolare gli artt. 19, 27 e 29;
- la L.R. 23/12/2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale";
- la L.R. 30/07/2015 n. 13 "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su città metropolitana di Bologna, province, comuni e loro unioni";

Considerato che l'art. 27 della L.R. 2/2003 stabilisce la durata e l'efficacia del Piano regionale e delinea il percorso per la sua adozione;

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

- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 120 del 12 luglio 2017 con la quale si è approvato il vigente Piano sociale e sanitario 2017-2019 e in particolare i capitoli 3, 5 e 6;
- la propria deliberazione n. 1423 del 02 ottobre 2017 "Attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale";
- la propria deliberazione n. 695 del "Programma annuale 2020: ripartizione delle risorse del Fondo sociale regionale ai sensi della L.R. n. 2/2003 e ss.mm.ii.. Individuazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi di cui alla deliberazione dell'assemblea legislativa n. 120/2017 e al decreto interministeriale del 4 settembre 2019. Programma attuativo povertà 2020. Integrazione alla delibera di giunta regionale n. 1423/2017.

- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 104 del 26 ottobre 2022 di approvazione del Programma 2022-2024 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri;
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 110 del 23 novembre 2022 "Piano regionale per il contrasto alla povertà 2022 - 2024. (Delibera della Giunta 1253 del 25 luglio 2022)";
- la propria deliberazione n.1046/2025 "Programma annuale 2025: ripartizione delle risorse del Fondo Sociale Regionale ai sensi della L.R. n. 2/2003 e ss.mm.ii.. Individuazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi di cui alla deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 120/2017 e al Decreto Interministeriale del 22 ottobre 2021. Programma attuativo povertà 2025".

Richiamato il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 02 aprile 2025, registrato alla Corte dei conti in data 5 maggio 2025 al n. 500, che approva il "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024- 2026 e riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali e del Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale per il triennio 2024-2026." e ripartisce, tra l'altro, il Fondo nazionale politiche sociali per il medesimo triennio, assegnando alla Regione Emilia-Romagna, per l'annualità 2025, la somma complessiva di euro 27.786.648,82;

Preso atto, che con il citato Decreto del 02 aprile 2025, sono stati approvati, il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali e del Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale per il triennio 2024-2026, il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026 e che quest'ultimo costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al Fondo nazionale politiche sociali (FNPS) e individua, nel limite di tali risorse, lo sviluppo degli interventi e dei servizi necessari alla progressiva definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) da garantire su tutto il territorio nazionale.

Preso atto, altresì, che nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, spetta alle Regioni la programmazione delle risorse complessivamente loro destinate in coerenza con il Piano sociale nazionale;

Dato atto che si provvederà nei tempi previsti dal decreto medesimo ad adempiere alle condizioni prescritte dall'art. 3 commi 1 e 2 del citato decreto del 02 aprile 2025, con riferimento al riparto del FNPS annualità 2025;

Valutato, in accordo con le autonomie locali, di destinare il 90 %, delle risorse del Fondo nazionale Politiche sociali assegnate alla Regione Emilia-Romagna alle misure ed interventi in favore di infanzia, adolescenza e famiglie e il rimanente 10% ai programmi finalizzati come da decreto interministeriale 2 aprile 2025;

Considerato che il Decreto interministeriale 2 aprile 2025, relativamente al Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale:

- assegna alla Regione Emilia-Romagna per l'annualità 2025 risorse pari a euro 21.471.190,16 per il finanziamento, tra gli altri, dei servizi per l'accesso, la valutazione e i sostegni da individuare nel progetto individualizzato come sotto meglio esplicitato (quota servizi);

- rimanda alla Tabella 3 "Somme assegnate per interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora, sezioni a) e b)" del decreto interministeriale del 18/5/2018 e che pertanto le risorse per l'annualità 2025 ammontano a 558.400,00 euro per il Comune di Bologna e a 1.181.600,00 euro alla Regione Emilia-Romagna (quota povertà estrema);

Visto il "Piano regionale per il contrasto alle povertà 2025 - 2027" approvato con DAL n. 32/2025 e richiamata la nota del Ministero del Lavoro e politiche sociali n. 15249 del 19/11/2025, conservata agli atti della struttura competente per materia che, tra l'altro, specifica, le quote minime da destinare per i Leps e gli obiettivi di servizio e nello specifico:

- Leps **Pronto intervento sociale:** 4,14% della quota servizi assegnata per l'annualità 2025 e 12,5% della quota povertà estrema;
- Leps **Servizi di Posta e per la Residenza virtuale:** 12,5% della quota povertà estrema;
- **Housing first:** 25% della quota povertà estrema;

Dato atto che per le suddette risorse gli Ambiti Distrettuali hanno già completato la programmazione sulla apposita piattaforma Multifondo del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 1526 del 29/09/2025 "Recepimento dell'intesa approvata in sede di Conferenza Unificata e decreto di riparto concernente l'utilizzo delle risorse stanziato sul Fondo per le politiche della famiglia per l'anno 2025. Programmazione e utilizzo delle risorse" con cui si è provveduto a destinare agli Enti territoriali, ivi indicati, la somma complessiva di euro 2.725.600,00 per

l'anno 2026, di cui euro 2.225.600,00 provenienti dal Fondo politiche per la famiglia anno 2025, ed euro 500.000,00 provenienti dal bilancio regionale di previsione anno 2026;

- n. 163 del 09/02/2026 "Iniziativa sperimentale promossa dal Dipartimento per le Politiche della famiglia sul "Rafforzamento della rete dei centri per la famiglia" codice procedimento CPF 2025. programmazione e utilizzo delle risorse" con cui si è provveduto a destinare la somma complessiva di euro 3.960.000,00, di cui il 70% nel 2026 e il 30% nel 2027;
- n. 294/2026 "Assegnazione, concessione e impegno di quota parte del Fondo Sociale Regionale relativamente alla prosecuzione delle azioni del progetto triennale "Territori per il Reinserimento Emilia-Romagna", CUP E41H23000150003. Stralcio alla programmazione del Fondo Sociale 2026" con cui si è provveduto a destinare per l'annualità 2026 euro 640.000,00 ai Comuni sede di Istituto penitenziario partner del Progetto TPR Emilia-Romagna, cofinanziato da Cassa delle Ammende e prorogato al 31/12/2026, al fine di garantire la continuità delle azioni;

Ritenuto opportuno, al fine di ricomporre il quadro complessivo delle risorse del Fondo sociale regionale destinate alla programmazione dei Piani di Zona, includere nel programma annuale 2026 in Allegato A al presente provvedimento nell'ambito del punto 4 "Fondi finalizzati: sostegno ai Comuni e alle forme associative di cui all'art. 16 LR 2/2003":

- al punto 4.3, le risorse destinate ai Centri per le famiglie con la citata propria deliberazione n.1526 del 29/09/2025, già oggetto di concessione e impegno con determinazione dirigenziale n. 22380/2025, quanto ad € 2.225.600,00 al cap. U57237 anno di previsione 2025, reimputate ad FPV nel 2026 (DD 25606/2025), quanto ad € 500.000,00 al cap. U57233 anno 2026;
- al punto 4.3, le risorse destinate ai Centri per le famiglie con la citata propria deliberazione n.163 del 09/02/2026, già oggetto di concessione e impegno con determinazione dirigenziale n. 4184/2026 al cap.U57237 anno 2026 per complessivi € 3.960.000,00;
- al punto 4.2, le risorse destinate con la citata propria deliberazione n.294/2026 al cofinanziamento del progetto denominato "Territori per il reinserimento Emilia-Romagna" approvato e finanziato da Cassa delle Ammende, oggetto di concessione e impegno con il medesimo provvedimento al cap. U57191 anno 2026 per € 640.000,00;

Ritenuto:

- di procedere all'aggiornamento di 28 delle 39 schede intervento di cui alla propria deliberazione n. 1423/2017, in considerazione dell'evoluzione della normativa in ambito sociale e sanitario intervenuta nel corso degli anni, nonché dell'introduzione della nuova piattaforma regionale (<https://sireus.lepida.it/common>) per il monitoraggio dei Piani di Zona per la salute e il benessere sociale che richiede l'inserimento dei contenuti delle schede attuative;
- di eliminare 6 delle 39 schede intervento di cui alla propria deliberazione n. 1423/2017, in quanto non più attuali, perché superate dall'evoluzione normativa o accorpate ad altre schede intervento;
- di mantenere invariate 5 schede intervento, delle 39 schede approvate con la DGR n. 1423/2017, oltre alla scheda n. 40 introdotta con la DGR n. 695/2020 e successivamente aggiornata con la DGR n. 1046/2025.
- di mantenere invariata la numerazione che individua le singole schede attribuita con la DGR 1423/2017 e con DGR 695/2020 per quel che riguarda la scheda n. 40;

Confermato che le risorse del Fondo sociale locale - fondi regionali, sono dedicate a sostegno dell'attuazione dei contenuti e delle priorità inserite nel PSSR 2017/2019 e nelle schede attuative di intervento di cui alla propria deliberazione n. 1423/2017 aggiornate dal presente provvedimento, da declinarsi nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale distrettuali 2018-2020 per l'anno attuativo 2026;

Rilevato che al programma annuale 2026, concorrono risorse per complessivi Euro **60.899.248,82** così costituite:

- Euro **25.787.000,00** di mezzi regionali (di cui **25.602.000,00** anno 2026, **125.000,00** anno 2027 e **60.000,00** per il 2028);
- Euro **27.786.648,82** di mezzi statali provenienti dal Fondo Nazionale Politiche Sociali, annualità 2025, stanziati nel bilancio di previsione regionale per l'anno 2026;
- Euro **6.685.600,00** già oggetto di destinazione con le citate proprie deliberazioni n. 1526 del 29/09/2025 e n. 163 del 09/02/2026, come più sopra meglio precisato;
- Euro **640.000,00** anch'esse già oggetto di destinazione con deliberazione n.294/2026 quale cofinanziamento del Progetto triennale per l'esecuzione penale finanziato da Cassa delle Ammende, come più sopra meglio precisato;

Ritenuto opportuno in esito alle valutazioni effettuate dal servizio competente sulla base dell'avanzamento complessivo delle attività ricomprese nelle azioni previste - provvedere con il presente atto a deprogrammare le risorse per complessivi euro **177.000,00** a suo tempo programmate con la propria deliberazione n.1046/2025 e destinate agli interventi riferiti a "Promozione sociale e iniziative formative" rimaste inutilizzate, allocate ai seguenti capitoli del bilancio di previsione 2026 - 2027:

Anno di previsione 2026

Euro 75.000,00 capitolo U57150

Euro 22.000,00 capitolo U57154

Anno di previsione 2027

Euro 30.000,00 capitolo U57150

Euro 50.000,00 capitolo U57154

Dato atto che nell'ambito del Fondo Sociale Regionale, di cui all'art. 46 della L.R. n. 2/2003 e ss.mm.ii., le risorse finanziarie, come sopra determinate, destinabili alle azioni individuate per il perseguimento degli indirizzi del Piano regionale di cui all'art. 27 della L.R. n. 2/2003 e ss.mm.ii. medesima, per complessivi Euro **53.573.648,82** (di cui Euro **27.786.648,82** di mezzi statali ed Euro **25.787.000,00** di mezzi regionali) risultano allocate ai seguenti capitoli di spesa del Bilancio finanziario gestionale 2026, 2027 e 2028, come di seguito dettagliato:

Anno di previsione 2026

Mezzi Statali

quanto a Euro 14.893.324,41 al capitolo U57107

quanto a Euro 12.893.324,41 al capitolo U57187

Mezzi Regionali

quanto a Euro 6.650.000,00 al capitolo U57120

quanto a Euro 8.860.000,00 al capitolo U57191

quanto a Euro 9.200.000,00 al capitolo U57193

quanto a Euro 25.000,00 al capitolo U57233

quanto a Euro 395.000,00 al Capitolo U57150

quanto a Euro 472.000,00 al Capitolo U57154-

Anno di previsione 2027

Mezzi Regionali

quanto a Euro	50.000,00 al Capitolo U57150
quanto a Euro	50.000,00 al Capitolo U57154
quanto a Euro	25.000,00 al capitolo U57233

Anno di previsione 2028

Mezzi Regionali

quanto a Euro	30.000,00 al Capitolo U57150
quanto a Euro	30.000,00 al Capitolo U57154

Valutato opportuno rappresentare nel Programma annuale 2026, paragrafo 3, di cui all'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, a mero scopo descrittivo, anche il quadro complessivo delle risorse provenienti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali- Fondo per la Lotta alla povertà e all'esclusione sociale, con la finalità di promuovere l'integrazione nell'utilizzo delle risorse a livello distrettuale. Tali risorse sono articolate come segue:

- Quota servizi pari a euro 21.471.190,16 trasferita dal MLPS direttamente agli ambiti distrettuali;
- Quota povertà estrema di cui euro 558.400,00 trasferite direttamente dal MLPS al Comune di Bologna ed euro 1.181.600,00 assegnati dal MLPS alla Regione che a sua volta provvederà ad effettuarne il riparto sulla piattaforma Multifondo del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali agli ambiti distrettuali in cui vi sia un Comune con popolazione superiore a 50.000 abitanti (salvo diverse indicazioni assunte nell'ambito del nuovo Piano triennale regionale per il contrasto alle povertà) e che provvederà con successivo atto alla concessione e impegno a favore dei suddetti Ambiti;

Ritenuto con il presente provvedimento di approvare il *"Programma annuale 2026: ripartizione delle risorse del Fondo sociale regionale ai sensi dell'art. 47, comma 3 della L.R. 2/2003; individuazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi di cui alla deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 120/2017 e del Decreto interministeriale del 02 aprile 2025. Programma attuativo povertà 2026"*, come riportato nell'**Allegato A)**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Preso atto dei seguenti pareri, acquisiti e conservati agli atti d'ufficio del Settore Politiche Sociali, di inclusione e Pari Opportunità - Area programmazione sociale, integrazione e inclusione, contrasto alle povertà, della Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare:

- del Consiglio delle Autonomie locali - CAL, espresso in sede di Commissione deliberante in data 12 maggio 2026;
- della Commissione Politiche per la salute e Politiche sociali espresso in data 11 maggio 2026;

Dato atto che sono stati sentiti la Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali di cui alla propria deliberazione n. 1443/2016 in data 16 aprile 2026 le Organizzazioni sindacali in data 06 maggio 2026, il consiglio del terzo settore il 07 maggio 2026;

Ritenuto di dover provvedere, per quanto sopraesposto, alla ripartizione delle soprariportate risorse per complessivi € 53.601.648,82 all'individuazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi, nonché alla definizione del percorso amministrativo procedurale per l'assegnazione, la concessione, l'impegno e la liquidazione della spesa come definito nell'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Visti per gli aspetti contabili:

-il D.lgs. n. 118/2011 e s.m.i. "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge n. 42/2009";

-la L.R. 40/2001, "Ordinamento contabile della Regione Emilia-Romagna, abrogazione delle L.R. 6 luglio 1977, n. 31 e 27 marzo 1972, n. 4", per quanto applicabile;

-la L.R. 29 dicembre 2025, n. 11 "Disposizioni collegate alla Legge regionale di stabilità per il 2026";

-la L.R. 29 dicembre 2025, n. 12 "Disposizioni per la formazione del Bilancio di Previsione 2026-2028 (Legge di stabilità regionale 2026)";

-la L.R. 29 dicembre 2025, n. 13 "Bilancio di Previsione della Regione Emilia-Romagna 2026-2028";

-la propria deliberazione n. 2251 del 29 dicembre 2025 "Approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio finanziario gestionale di previsione della Regione Emilia-Romagna 2026-2028" e ss.mm.;

Visti e richiamati:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" e ss.mm.ii.;

- la L.R. n. 43/2001 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;

Richiamate le seguenti deliberazioni di Giunta Regionale:

- n. 279 del 27 febbraio 2025 ad oggetto "Conferimento incarico di Direttore Generale cura della persona, salute e welfare a dirigente regionale";
- n. 2224 del 22 dicembre 2025 avente ad oggetto "XII Legislatura. Riorganizzazione dell'Ente in vigore dal 1° marzo 2026. Prima fase.";
- n. 100 del 30 gennaio 2026 ad oggetto "XII legislatura. Riorganizzazione dell'Ente in vigore dal 1° marzo 2026. Seconda fase" e succ.mod.;
- n. 101 del 30 gennaio 2026 ad oggetto "Piano integrato di attività e organizzazione 2026-2028. Approvazione";
- n. 263 del 23 febbraio 2026 avente ad oggetto "XII Legislatura. Riassegnazione degli organici tra le Direzioni generali e le Agenzie regionali e disposizioni attuative a completamento della riorganizzazione in vigore dal 1° marzo 2026";
- n. 278 del 27 febbraio 2026 avente ad oggetto "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° marzo 2026";
- n. 656 del 27 aprile 2026 recante "Piano integrato di attività e organizzazione 2026-2028: primo aggiornamento";

Richiamate infine le determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 9 febbraio 2022, avente ad oggetto "Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto legislativo n. 33 del 2013. Anno 2022";
- n. 4297 del 27 febbraio 2026 ad oggetto "Conferimento di incarichi dirigenziali nell'ambito della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";
- n. 2272 del 05 febbraio 2026 ad oggetto "Micro-organizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";

- n. 4259 del 27 febbraio 2026 ad oggetto "Conferimento incarichi dirigenziali nell'ambito della Direzione Generale Politiche Finanziarie";

Dato atto che il dirigente, responsabile del procedimento, ha dichiarato di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Dato atto dell'attestazione di copertura finanziaria resa dal Responsabile del Settore programmazione, Bilancio e Ragioneria, anch'essa allegata alla presente deliberazione;

Su proposta dell'Assessora a Welfare, Terzo settore, Politiche per l'infanzia, Scuola Isabella Conti e dell'Assessora a Agenda digitale, Legalità, Contrasto alle povertà Elena Mazzoni;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare il "Programma annuale 2026: ripartizione delle risorse del Fondo Sociale Regionale ai sensi dell'art. 47, comma 3 della L.R. 2/2003; individuazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi di cui alla deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 120/2017, del Decreto interministeriale 02 aprile 2025. Programma attuativo povertà 2026", di cui all'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di includere nel programma annuale 2026 di cui all'Allegato A, nell'ambito del punto 4 "Fondi finalizzati: sostegno ai Comuni e alle forme associative di cui all'art. 16 LR 2/2003":
 - le risorse destinate ai Centri per le famiglie con la citata propria deliberazione n.1526 del 29/09/2025, già oggetto di concessione e impegno con determinazione dirigenziale n. 22380/2025, quanto ad € 2.225.600,00 al cap. U57237 anno di previsione 2025, reimputate ad FPV nel 2026 (DD 25606/2025), quanto ad € 500.000,00 al cap. U57233 anno 2026;
 - le risorse destinate ai Centri per le famiglie con la citata propria deliberazione n.163 del 09/02/2026, già oggetto di concessione e impegno con determinazione dirigenziale n. 4184/2026 al cap.U57237 anno 2026 per complessivi € 3.960.000,00;
 - le risorse destinate con la citata propria deliberazione n.294/2026 al cofinanziamento del progetto denominato

"Territori per il reinserimento Emilia-Romagna" approvato e finanziato da Cassa delle Ammende, oggetto di concessione e impegno con il medesimo provvedimento al cap. U57191 anno 2026 per € 640.000,00;

3. di precisare che nel Programma annuale 2026, paragrafo 3, di cui all'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento è rappresentato, a mero scopo descrittivo, anche il quadro complessivo delle risorse provenienti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Fondo per la Lotta alla povertà e all'esclusione sociale, con la finalità di promuovere l'integrazione nell'utilizzo delle risorse a livello distrettuale;
4. di deprogrammare risorse, per complessivi Euro 177.000,00 destinate con propria deliberazione n. 1046/2025 ad interventi riferiti a "Promozione sociale e iniziative formative", allocate ai seguenti capitoli di spesa del bilancio finanziario gestionale 2026-2027:

Anno di previsione 2026

Euro 75.000,00 capitolo U57150

Euro 22.000,00 capitolo U57154

Anno di previsione 2027

Euro 30.000,00 capitolo U57150

Euro 50.000,00 capitolo U57154

al fine di assicurare adeguata copertura finanziaria ad iniziative ricomprese nel programma qui approvato, rispondenti alle finalità di cui al paragrafo 5 "Promozione sociale ed iniziative formative" dell'allegato A, parte integrante del sostanziale del presente provvedimento;

5. di precisare che all'ammontare delle risorse destinate al programma annuale 2026, concorrono risorse per complessivi Euro **60.899.248,82** così costituite:
 - Euro **25.787.000,00** di mezzi regionali (di cui **25.602.000,00** anno 2026, **125.000,00** anno 2027 e **60.000,00** per il 2028);
 - Euro **27.786.648,82** di mezzi statali provenienti dal Fondo Nazionale Politiche Sociali per l'annualità 2025;
 - Euro **6.685.600,00** già oggetto di destinazione con le citate proprie deliberazioni n. 1526 del 29/09/2025 e n. 163 del 09/02/2026, indicate al punto 2) che precede;
 - Euro **640.000,00** già oggetto di destinazione con deliberazione n.294/2026 quale cofinanziamento del

Progetto triennale per l'esecuzione penale finanziato da Cassa delle Ammende, indicate al punto 2) che precede;

6. di specificare che le risorse finanziarie complessivamente programmate con il presente provvedimento per euro **53.573.648,82**, sono allocate ai capitoli del Bilancio finanziario gestionale regionale 2026-2028 come rappresentato nella tabella sotto riportata:

Schema risorse programmate da ripartire				
Capitolo	Azione di cui all'allegato A FSR	Importi 2026	Importo 2027	Importo 2028
057107 "FONDO SOCIALE REGIONALE. QUOTA PARTE DESTINATA AI COMUNI SINGOLI E ALLE FORME ASSOCIATIVE PER L'ATTUAZIONE DEI PIANI DI ZONA PER INTERVENTI RIVOLTI ALL'INFANZIA E AI MINORI (ART. 47, COMMA 1, LETT.B), L.R. 12 MARZO 2003, N.2 E L. 8 NOVEMBRE 2000, N.328; ART. 1, COMMA 1252, L.296/2006 E ART. 19, COMMA 3, D.L. 4 LUGLIO 2006, N.223 CONVERTITO IN L. DALL'ART. 1 L. 4 AGOSTO 2006, N.248; D.LGS. 15 SETTEMBRE 2017, N. 147) - MEZZI	2.2	13.231.836,41		
	4.4	1.121.488,00		
	4.9	540.000,00		
	Totale cap. U57107	14.893.324,41		
057120 "FONDO SOCIALE REGIONALE. QUOTA PARTE DESTINATA AI COMUNI SINGOLI E ALLE FORME ASSOCIATIVE PER L'ATTUAZIONE DEI PIANI DI ZONA, INTERVENTI PER L'INFANZIA E I MINORI (ART. 47, COMMA 1, LETT.B), L.R. 12 MARZO 2003, N.2)."	2.2	6.650.000,00		
Totale cap. U57120		6.650.000,00		
057150 "FONDO SOCIALE REGIONALE. QUOTA PARTE DESTINATA AI COMUNI SINGOLI E LORO FORME ASSOCIATIVE E ALLE AUSL PER IL SOSTEGNO DELLE ATTIVITA' DI CUI ALL'ART. 47, COMMA 2, L.R. 12 MARZO 2003, N.2."	5	395.000,00	50.000,00	30.000,00
Totale cap. U57150		395.000,00	50.000,00	30.000,00
057154 "FONDO SOCIALE REGIONALE. QUOTA PARTE DESTINATA ALLE ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE SENZA SCOPO DI LUCRO PER IL SOSTEGNO DELLE ATTIVITA' DI CUI ALL'ART. 47, COMMA 2, L.R. 12 MARZO 2003, N.2."	5	472.000,00	50.000,00	30.000,00
Totale cap. U57154		472.000,00	50.000,00	30.000,00
057187 "FONDO SOCIALE REGIONALE. QUOTA PARTE DESTINATA AI COMUNI SINGOLI E ALLE FORME ASSOCIATIVE PER L'ATTUAZIONE DEI PIANI DI ZONA PER LA PROGRAMMAZIONE E IL GOVERNO DELLA RETE DEI SERVIZI (ART. 47, COMMA 1, LETT.B), L.R. 12 MARZO 2003, N.2 E L. 8 NOVEMBRE 2000, N.328; ART. 1, COMMA 1252, L.296/2006 E ART. 19, COMMA 3, D.L. 4 LUGLIO 2006, N.223 CONVERTITO IN L. DALL'ART. 1 L. 4 AGOSTO 2006,	2.2	10.733.324,41		
	4.6	720.000,00		
	4.7	1.440.000,00		
	Totale cap. U57187	12.893.324,41		
057191 "FONDO SOCIALE REGIONALE. QUOTA PARTE DESTINATA AI COMUNI SINGOLI E ALLE FORME ASSOCIATIVE PER L'ATTUAZIONE DEI PIANI DI ZONA, INTERVENTI PER SOGGETTI A RISCHIO ESCLUSIONE SOCIALE (ART. 47, COMMA 1, LETT.B), L.R. 12 MARZO 2003, N.2)."	2.2	1.060.000,00		
	4.1	1.500.000,00		
	4.5	3.600.000,00		
	4.8	2.350.000,00		
	4.10	350.000,00		
Totale cap. U57191		8.860.000,00		
057193 "FONDO SOCIALE REGIONALE. QUOTA PARTE DESTINATA AI COMUNI SINGOLI E ALLE FORME ASSOCIATIVE PER L'ATTUAZIONE DEI PIANI DI ZONA, INTERVENTI PER LA PROGRAMMAZIONE E IL GOVERNO DELLA RETE DEI SERVIZI (ART. 47, COMMA 1, LETT.B), L.R. 12 MARZO 2003, N.2).	2.2	9.200.000,00		
Totale cap. U57193		9.200.000,00		
057233 "FONDO SOCIALE REGIONALE. QUOTA PARTE DESTINATA ALL'ISTITUZIONE ED AL FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA' DEI CENTRI PER LE FAMIGLIE PREVISTE DAGLI ARTT. 11 E 12 DELLA L.R. 14 AGOSTO 1989, N.27 ARTICOLI ABROGATI; ART. 15, L.R. 28 LUGLIO 2008, N.14 "	4.3	25.000,00	25.000,00	
Totale cap. U57233		25.000,00	25.000,00	
Totale per anno		53.388.648,82	125.000,00	60.000,00
TOTALE 53.573.648,82				

di precisare che nell'ambito del Programma annuale 2026 è rappresentato anche il quadro complessivo delle risorse provenienti dal MLPS - Fondo per la Lotta alla povertà e all'esclusione sociale, con la finalità di promuovere l'integrazione nell'utilizzo delle risorse a livello distrettuale.

7. di approvare l'Allegato B, denominato "Aggiornamento delle schede intervento di cui alla DGR n. 1423/2017", che contiene, come analiticamente riportato nel medesimo allegato: l'elenco e il relativo contenuto delle 28 schede aggiornate, l'elenco delle 6 schede intervento rimaste invariate, il cui contenuto è quello già approvato con la DGR n. 1423/2017 e l'elenco delle 6 schede intervento eliminate, per le quali si rinvia, quanto al contenuto, alla medesima DGR n. 1423/2017.
8. di stabilire nel **31 luglio 2026** il termine per la presentazione alla Regione del Piano Attuativo 2026;
9. di precisare che i destinatari delle risorse del presente programma sono individuati nelle singole azioni dell'allegato A) e secondo le indicazioni del Piano sociale e sanitario 2017/2019 e in particolare al paragrafo 3.2 del capitolo 3;
10. di stabilire che la quota di risorse provenienti dal FNPS sia destinata per oltre il 90% ai servizi e agli interventi a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle famiglie in coerenza con il PSSR 2017/2019, con le schede regionali di cui alla propria deliberazione n. 1423/2017 e aggiornate con il presente provvedimento, come da allegato B), con le macro-attività, nonché gli interventi e servizi così come individuati nel Piano sociale nazionale e nel Decreto interministeriale del 2 aprile 2025;
11. di confermare, come previsto dal decreto interministeriale del 2 aprile 2025, i tre programmi finalizzati "Supervisione del personale dei servizi sociali" e "Dimissioni protette" e "Sostegno ai Comuni per 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" in continuità con quanto previsto dalla programmazione sociale nazionale e come meglio indicato ai par. 4.6 e 4.7 e 4.9 dell'allegato A)

parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

12. di confermare che le risorse del Fondo sociale locale - fondi regionali, sono dedicate a sostegno dell'attuazione dei contenuti e delle priorità inserite nel PSSR 2017/2019 e nelle schede attuative di intervento di cui alla propria deliberazione n. 1423/2017 così come aggiornate dal presente provvedimento, da declinarsi nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale distrettuali 2018-2020 per l'anno attuativo 2026;
13. di stabilire che all'attuazione del presente atto, provvederanno i dirigenti regionali competenti in conformità alle norme e ai principi contabili del D.lgs 118/2011 e ss.mm. e delle disposizioni della propria DGR n. 278/2026 (nuova disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale);
14. di stabilire, infine, che:
 - a) eventuali ulteriori risorse statali e regionali che si rendessero disponibili, compatibilmente con i vincoli di destinazione, saranno assegnate secondo le finalità e i criteri di cui all'Allegato A);
 - b) compatibilmente con le risorse a disposizione, qualora si rendesse necessario prevedere eventuali nuovi obiettivi di spesa, questi saranno definiti con successivo atto di integrazione al presente programma contenente la specifica delle risorse ad essi destinate;
15. di precisare che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
16. di provvedere alle ulteriori pubblicazioni previste dal PIAO, nonché dalla Direttiva di Indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione, ai sensi dell'art. 7 bis, del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33;
17. di pubblicare infine la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

ALLEGATO A

Programma annuale 2026 ripartizione delle risorse del Fondo Sociale Regionale ai sensi dell'art. 47, comma 3 della L.R. 2/2003; individuazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi di cui alla deliberazione dell'Assemblea Legislativa n 120/2017 e del Decreto interministeriale del 2 aprile 2025. Programma attuativo povertà 2026.

Premessa e contesto di riferimento

A-Quadro complessivo delle risorse

B-Programmazione quota nazionale FNPS

1 Fondo sociale regionale di cui all'art.46 della L.R. 2/2003: quadro delle risorse

2. Fondo Sociale Locale: Sostegno ai Comuni quale concorso regionale all'attuazione dei piani di zona per la salute e il benessere sociale - Programma attuativo annuale 2026

2.1 Programma attuativo annuale 2026

2.2 Finalità del Fondo Sociale Locale

3. Programma attuativo povertà: povertà estrema e quota servizi Fondo Povertà nazionale di cui al Decreto Legislativo 147/2017

4. Fondi finalizzati: sostegno ai Comuni e alle forme associative di cui all'art. 16 L.R. 2/2003

4.1 Sostegno ai Comuni quale concorso regionale finalizzato ad agevolare la mobilità delle persone in condizione di fragilità sociale.

4.2 Interventi e servizi per il reinserimento sociale delle persone sottoposte a provvedimenti privativi o limitativi della libertà personale

4.3 Consolidamento, sviluppo e qualificazione dei Centri per le famiglie.

4.4 Implementazione delle Linee di indirizzo nazionali sull'intervento con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità- P.I.P.P.I.

4.5 Sostegno ai Comuni per *"azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla vulnerabilità sociale (Scheda 40)" di cui DGR 695/2020 e DGR 1046/2025.*

4.6 Sostegno ai Comuni quale concorso finalizzato all'azione di *"Supervisione personale servizi sociali"*.

4.7 Sostegno ai Comuni quale concorso finalizzato all'azione *"Dimissioni protette"*.

4.8 Sostegno ai Comuni quale concorso regionale finalizzato ad *"Azioni di contrasto alla povertà minorile, educativa, relazionale e a contrasto del fenomeno del ritiro sociale di pre adolescenti ed adolescenti"*.

4.9 Sostegno ai Comuni per *"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"*.

4.10 Azioni di prevenzione sociosanitaria nell'ambito del sistema di interventi regionali *"Oltre la strada"*.

5. Iniziative formative e di promozione sociale a titolarità regionale.

Premessa e contesto di riferimento

Il Piano Sanitario e Sociale Regionale (PSSR) è lo strumento di programmazione integrata dei servizi e degli interventi sociali e sanitari, nonché il principale riferimento per la definizione dei Piani di zona. Il PSSR 2017-2019 è attualmente ancora in vigore e resterà valido fino all'approvazione del nuovo Piano, previsto tra gli obiettivi prioritari della nuova Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, insediatasi nel dicembre 2024, entro il primo triennio della legislatura.

È inoltre tuttora in vigore la Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 104 del 26 ottobre 2022, che approva il Programma 2022-2024 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri "Emilia-Romagna plurale, equa, inclusiva". Il Programma costituisce uno strumento di indirizzo pluriennale e trasversale per promuovere l'inclusione sociale delle persone provenienti da Paesi terzi.

Con il Decreto interministeriale del 2 aprile 2025 è stato adottato il **Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (PNISS) per il triennio 2024-2026**. Il decreto prevede anche il riparto delle risorse del Fondo nazionale politiche sociali e del Fondo povertà per il triennio 2024-2026.

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 ha avuto il merito di individuare, dopo oltre 20 anni dalla Legge 328, un quadro complessivo di LEPS -livelli essenziali delle prestazioni- e anche una serie di obiettivi di servizio quali standard da perseguire su tutto il territorio nazionale. La definizione di Livelli essenziali delle prestazioni promuove qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità su tutto il territorio nazionale con carattere di universalità. In termini di garanzia di equità e contrasto alle disuguaglianze delle politiche territoriali i LEPS rappresentano un passo in avanti estremamente significativo.

Il PNISS 2024-2026 conferma e consolida le linee tracciate dal piano 2021-2023, con un rinnovato focus sui minori e il sostegno alla genitorialità, rafforzando i servizi per l'affidamento familiare (in previsione di un nuovo leps).

Il Piano sociale nazionale svolge una funzione importante di promozione di maggiore omogeneità territoriale nell'erogazione delle prestazioni/servizi e definisce linee guida nazionali quali importanti riferimenti per gli interventi da attuarsi in tutto il Paese.

Come noto, il Piano sociale nazionale prevede l'utilizzo di diverse fonti di finanziamento (FNPS, Fondo non autosufficienza PON; Fondo povertà nazionale, altri fondi nazionali, PNRR, Fondi comunitari) che devono essere ricomposte, in ottica sinergica ed integrata, in un quadro unitario di risorse destinate a finanziare in ottica modulare le diverse azioni previste (vedi il quadro riepilogativo al paragrafo successivo).

Importante richiamare in questa sede che la Legge di bilancio 2021 (L. 178/2020) all'articolo 1, comma 797 e seguenti, ha disposto il potenziamento del sistema dei servizi sociali comunali attraverso l'erogazione di un contributo economico riconosciuto agli Ambiti sociali territoriali (ATS) in ragione del numero di assistenti sociali impiegati in proporzione alla popolazione residente. L'obiettivo è il raggiungimento di un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti e di un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti. Ciò ha permesso di investire sulla **infrastrutturazione del servizio sociale professionale**, garantendo un sostegno finanziario significativo per le realtà distrettuali virtuose che hanno investito su **Assistenti sociali assunti a tempo indeterminato**. Nella nostra Regione non solo è stato superato il LEPS di 1/5000 abitanti

ma anche l'obiettivo di servizio migliorativo di 1 assistente sociale ogni 4.000 abitanti, infatti, lo standard raggiunto nel 2025 in ER corrisponde a **1 assistente sociale ogni 3.168 abitanti**. La scelta di investire in maniera così significativa sul lavoro sociale, sulla presa in carico dei soggetti vulnerabili, sulla possibilità di lavorare in prevenzione e di lavorare con le comunità è da riconoscere come uno sforzo molto significativo realizzato a livello nazionale. La sicurezza offerta dall'esistenza di un sistema di servizi sociali strutturato, come dalle altre componenti del sistema di welfare, costituisce infatti il riconoscimento che il diritto di tutti alla piena partecipazione sociale deve essere reso effettivo.

Il nuovo Piano nazionale rinforza ulteriormente la **centralità dell'ambito territoriale** richiamando espressamente, tra le priorità, la coincidenza tra gli ambiti sociali e quelli sanitari e del lavoro e riproponendo, quindi, il modello di governance che, in Emilia-Romagna, già dal 2016, vede la perfetta coincidenza tra ambito sanitario, sociale e del lavoro.

Tra le priorità del Piano Nazionale rientra anche il **rafforzamento della gestione associata dei servizi sociali** a livello distrettuale, finalizzata all'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). Si tratta di un obiettivo strategico già individuato dal PSSR 2017-2019 e disciplinato dalla Legge Regionale n. 12/2013, nonché dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1012/2014 contenente le *Linee guida sul Servizio Sociale Territoriale*.

In un contesto segnato da sfide sociali, economiche, demografiche e climatiche sempre più complesse, è necessario disporre di un sistema di servizi sociali territoriali strutturato su dimensioni omogenee, in grado di superare la frammentazione esistente, razionalizzare la spesa pubblica e migliorare l'efficienza degli interventi.

Si evidenzia, inoltre, come la gestione associata dei servizi sociali a livello distrettuale rivesta un ruolo strategico anche nell'ambito del percorso di qualificazione dell'Area tutela minori, delineato dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1444/2020.

Il MLPS ha, inoltre, recentemente pubblicato le ***Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni***, con l'obiettivo di perseguire il rafforzamento dell'infrastruttura dei servizi anche attraverso la promozione di modelli organizzativi omogenei tra gli ATS sul territorio nazionale.

Oltre alla infrastrutturazione degli/delle assistenti sociali, realizzata grazie alle risorse nazionali, è importante sottolineare la rilevanza di investire sul personale afferente al Servizio sociale territoriale in tutte le sue componenti: sia sul versante di operatori/trici sociali (educatori, operatori socio-sanitari, operatori dedicati all'attività di sportello, mediatori etc...), sia sul versante amministrativo, anche in considerazione degli importanti oneri di programmazione e rendicontazione. Proprio sulla base di questa consapevolezza con Decreto del Capo Dipartimento n. 268 del 7 agosto 2024, è stato approvato l'Avviso pubblico "**Manifestazione di interesse per le azioni di incremento della capacità degli ATS di rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo adeguati servizi sociali alla persona e alla famiglia, in un'ottica di integrazione con i vari livelli di governo e del rispetto del principio di sussidiarietà**" per l'assunzione di diverse figure professionali (Funzionari amministrativi e contabili, Psicologi, educatori, pedagogisti): al momento del presente atto sono in corso le procedure di assunzione nei diversi ATS della Regione Emilia- Romagna . .

Infine, richiamo essenziale è il **Piano Nazionale di ripresa e Resilienza (PNRR)**. Il PNRR si inserisce all'interno del programma Next Generation EU (NGEU), la cui principale componente è il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza, che prevede una durata dal 2021 al 2026. Tutte le attività devono essere completate entro il 30 giugno 2026.

Nell'ambito della complessa articolazione del PNRR, che si sviluppa in Assi strategici e Missioni, ciascuna Missione è ulteriormente suddivisa in Componenti e Sottocomponenti, queste ultime si articolano a loro volta in Riforme e Investimenti. La Missione riferita ai Servizi Sociali è la **Missione 5 "Inclusione e Coesione"** in cui ricadono gli interventi di competenza del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in tre distinte componenti, all'interno delle quali rientra la Componente M5C2 "*Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore*" che presenta i seguenti obiettivi:

- ❖ rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come le persone con disabilità
- ❖ migliorare il sistema di protezione e delle azioni di inclusione a favore di persone in condizioni di
- ❖ estrema emarginazione (es. persone senza dimora) e di deprivazione abitativa attraverso una più ampia offerta di strutture e servizi anche temporanei
- ❖ integrare politiche e investimenti nazionali per garantire un approccio per garantire un approccio
- ❖ multiplo che riguardi sia la disponibilità di case pubbliche e private più accessibili, sia la rigenerazione urbana e territoriale
- ❖ riconoscere il ruolo dello sport nell'inclusione e integrazione sociale come strumento di contrasto alla marginalizzazione di soggetti e comunità locali.

Dalla Componente M5C2 discende la Sottocomponente "*Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale*" che si articola a sua volta in tre Investimenti. Gli investimenti rispondono agli obiettivi sotto riportati e in particolare:

- investimento 1.1 **"Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti"** è diretto al rafforzamento del ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, alla definizione di modelli di cura personalizzati per le famiglie, le persone di minore età, gli adolescenti e gli anziani, nella loro dimensione individuale, familiare e sociale per assicurare il recupero della massima autonomia.
- investimento 1.2 **"Percorsi per l'autonomia per le persone con disabilità"** ha come obiettivo generale l'accelerazione del processo di de-istituzionalizzazione delle persone con disabilità al fine di migliorare la loro autonomia e offrire opportunità di accesso nel mondo del lavoro anche attraverso la tecnologia informatica.
- investimento 1.3 **"Housing temporaneo e stazioni di posta"** ha come obiettivo generale del presente finanziamento di interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema o senza dimora, promuovendo la loro autonomia di vita. I destinatari dell'intervento possono essere individui singoli o interi nuclei familiari.

Quadro complessivo delle risorse

Come noto, il Fondo nazionale politiche sociali - FNPS – costituisce solamente una delle fonti di finanziamento nazionale del sistema dei servizi sociali territoriali. Le risorse nazionali e comunitarie destinate al finanziamento dei servizi sociali territoriali si sono infatti negli ultimi anni diversificate e rafforzate nell'ottica di una pluralità di fondi che concorrono a perseguire i medesimi obiettivi di rafforzamento dei servizi di welfare, è sufficiente richiamare il FNA Fondo per la non autosufficienza, la quota servizi del Fondo nazionale povertà e dal 2021 anche le risorse specificatamente destinate al rafforzamento dei servizi sociali territoriali dalla legge di bilancio 2021(L.178 2020) all'interno del Fondo di solidarietà comunale. Oltre alle risorse dei

Programmi operativi nazionali PON e regionali riferiti all'obiettivo tematico della lotta alla povertà e alla promozione dell'inclusione sociale. Il concorso delle risorse comunitarie al finanziamento nazionale permette anche di confermare e potenziare il sostegno alla capacità amministrative intrapresa a livello nazionale negli ultimi anni nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sociali: il Piano Nazionale Inclusione e lotta alla povertà 2021 – 2027 prevede infatti un nuovo avviso Rebuilding.

Appare vieppiù evidente come in questo complesso quadro in cui confluiscono risorse provenienti da varie fonti ma tutte destinate agli interventi in ambito sociale, debba essere considerata come priorità imprescindibile **l'adozione di un approccio il più possibile integrato**, dove la disciplina dei singoli interventi assume sempre più la necessità dell'integrazione. A tal fine si ritiene sempre più auspicabile una azione di omogeneizzazione ed armonizzazione degli strumenti di monitoraggio e rendicontazione così come richiamato in varie sedi nazionali e regionali.

Il quadro attuale dei LEPS, così come identificato dal precedente Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, che già tengono conto delle progettualità proposte nell'ambito del PNRR nell'ottica di una programmazione integrata, sono sintetizzabili nella tabella 1.1 LEPS.

LEPS	Norma di riferimento	Atto di programmazione di riferimento	Fonti di finanziamento*
Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)	Dpcm 5 dicembre 2013, n. 159		
Servizio sociale professionale	Legge di bilancio 178/2020, art. 1, commi 797 -802	Piano nazionale interventi e servizi sociali	Fondo povertà, FNPS
Pronto intervento sociale	Legge 234/2021, art. 1, comma 170	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo povertà, FNPS, PN inclusione,
Percorso personalizzato di inclusione sociale e lavorativa e sostegni in esso previsti	D.L. 48/2023, art. 6, comma 8	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo povertà, FNPS, PN INCLUSIONE; Piano operativo complementare (POC)
Supervisione del personale dei servizi sociali	Legge 234/2021, comma 170	Piano nazionale interventi e servizi sociali	PNRR, FNPS
Servizi sociali per le dimissioni protette	Legge 234/2021, comma 170	Piano sociale nazionale e Piano per le non autosufficienze	PNRR, FNPS, FNA
Prevenzione dell'allontanamento familiare	Legge 234/2021, comma 170	Piano nazionale interventi e servizi sociali	PNRR, FNPS, PN Inclusione
Servizi per la residenza fittizia	La definizione di livello essenziale è riportata nelle schede allegate al piano lotta alla povertà che cita come norma di riferimento la Legge n. 1228/1954 art. 2 e il Dpr 223/1989	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo povertà; PNRR, PN Inclusione
Offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate definite dalle Regioni e province autonome	D.Lgs. 147/2017 art. 23 comma 54	Piano sociale nazionale punto 1.6 "la governance di sistema e il ruolo degli Ambiti	FNPS
Incremento Sad	Legge 234/2021, comma 162 lett. a)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA
Servizi di sollievo alle famiglie	Legge 234/2021, comma 162 lett. b)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA
Servizi di sostegno	Legge 234/2021, comma 162 lett. c)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) e citato nel Piano nazionale interventi e servizi sociali come "servizi per la non autosufficienza"	FNA-FNPS
Pua integrati e Uvm: incremento operatori sociali	Legge 234/2021, comma 163 (potenziamento risorse professionali)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA
Integrazione dell'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162	L. 234/2021 Comma 164	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA

*Fonti di finanziamento che integrano le risorse regionali e locali, trattandosi di interventi e servizi in settori che rientrano tra le funzioni fondamentali dei Comuni.

Il finanziamento PNRR, insieme alle risorse provenienti dal FSE e dai fondi sociali nazionali e regionali, devono essere pianificati in modo integrato e coordinato, prevedendo **modularità delle diverse programmazioni e complementarità nell'utilizzo dei diversi fondi**.

A questo proposito è fondamentale richiamare al rispetto di quanto espresso dalla circolare n. 33 del 31.12.2021 del Ministero dell'economia e delle Finanze in merito al "doppio finanziamento" e al "cumulo" delle risorse provenienti da fonti diverse e utilizzate per finanziare un unico intervento:

*".... E' opportuno precisare che le due nozioni si riferiscono a due principi distinti e non sovrapponibili, in particolare il divieto di **"doppio finanziamento"** previsto espressamente dalla normativa europea, prescrive che: il medesimo costo non possa essere rimborsato due volte a valere su fonti di finanziamento pubbliche anche di natura diversa, si tratta di un principio generale di sana gestione finanziaria applicabile non soltanto al bilancio dell'Unione europea, ma anche al nostro ordinamento interno. Il concetto di **"cumulo"**, viceversa si riferisce alla possibilità di stabilire una sinergia tra le diverse forme di sostegno pubblico di un intervento che vengono in tal modo cumulate a copertura di diverse quote parti di un progetto/investimento. La fattispecie del cumulo è prevista dal PNRR all'art. 9 del Reg. (UE) 2021/241 che prevede di poter aggiungere alle risorse destinate al PNRR quelle provenienti dagli altri programmi comunitari purché sia rispettato il divieto del doppio finanziamento."*

E' infine importante sottolineare quanto esplicitato nel nuovo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026 nel caso in cui il raggiungimento dei LEPS sia garantito in modo completo, pieno e uniforme da ogni singolo ATS, anche attraverso l'utilizzo di altre fonti di finanziamento assegnate per le medesime finalità, fermo restando l'obbligo per l'ATS di dichiarare l'avvenuto raggiungimento del LEPS, **eventuali risorse assegnate e non spese possono essere investite dallo stesso ATS, in altre aree di intervento del Fondo, seguendo le indicazioni di programmazione contenute nel paragrafo 2 del presente allegato.**

Programmazione quota nazionale FNPS

Nel contesto complesso descritto in precedenza, la Regione Emilia-Romagna, seguendo quanto stabilito dal Decreto interministeriale del 2 aprile 2025 — che anche per la nuova programmazione ribadisce l'obbligo di destinare almeno il 50% delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) agli interventi rivolti alle persone di minore età — **conferma la sua decisione di destinare quasi tutte le risorse disponibili, oltre il 90%, al rafforzamento di misure e interventi a favore di bambini, adolescenti e famiglie.**

Tali interventi saranno programmati nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale – Programma attuativo 2026.

La scelta strategica di dedicare la quasi totalità delle risorse del FNPS all'area infanzia, adolescenza e famiglie consente, inoltre, di dare continuità e consolidamento alle azioni già avviate a supporto dell'Area minori e infanzia, e di perseguire i seguenti obiettivi prioritari:

- prevenire l'allontanamento dei minorenni dalla famiglia ove possibile;
- potenziare il sistema di valutazione e gestione delle situazioni di potenziale pregiudizio per il minore;
- migliorare ed integrare il sistema di raccolta dei dati e delle informazioni;
- potenziare un approccio integrato per la tutela dei minori sia sotto il profilo sociosanitario, sia multidisciplinare/istituzionale, sia nella relazione con il sistema di accoglienza.

Sempre nell'ambito delle risorse per il rafforzamento di misure ed interventi in favore di infanzia, adolescenza e famiglie sono individuate anche quelle destinate al programma **P.I.P.I.**, che, nell'ottica del riconoscimento quale Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali (LEPS), sono integrate dai fondi del PNRR dedicati ad interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e a supportare le famiglie e i/le bambini/e in condizioni di vulnerabilità.

Le restanti risorse, come da indicazioni vincolanti da Decreto interministeriale del 2 aprile 2025, sono destinate a finanziare i due programmi finalizzati dedicati alle funzioni di **supervisione del personale dei servizi sociali** per contrastare il fenomeno del burn out degli operatori/trici e a garantire il potenziamento delle **dimissioni protette** in accordo con quanto nel Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2024-2026 ed in coerenza con il PNRR e con quanto previsto dalla programmazione regionale in materia (vedi programmazione finalizzata di cui ai successivi paragrafi 4.6 e 4.7 del presente Allegato). Ai quali si è aggiunto, con questa programmazione, il finanziamento di un ulteriore 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”**, come indicato al successivo paragrafo 4.9.

1. Fondo sociale regionale di cui all'art.46 della L.R. 2/2003: quadro delle risorse

Le risorse complessivamente quantificate per la programmazione 2026 e ripartite in questa sede, ammontano a **Euro 59.847.248,82** e sono destinate al perseguimento degli obiettivi individuati in premessa riferiti in linea generale al supporto al sistema dei servizi e degli interventi e servizi sociali, ed in particolare, per quanto attiene le risorse statali, all'attuazione del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026 ed agli indirizzi stabiliti a livello nazionale con il Decreto interministeriale del 2 aprile 2025, e per quanto attiene le risorse regionali, all'attuazione del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019, da realizzare

attraverso reti territoriali di soggetti pubblici e privati nell'ambito della programmazione dei Piani di zona per la salute e il benessere distrettuali.

Nello specifico le risorse sono finalizzate come segue:

1. **Euro 40.875.160,82** per il sostegno al **Fondo Sociale Locale** dei Comuni di cui all'art.45 della L.R. 2/03, quale concorso regionale alla realizzazione dei Piani di Zona;
2. **Euro 18.997.088,00** per sostegno ai Comuni e alle forme associative di cui all'art. 16 L.R. 2/2003, quale concorso regionale alla realizzazione dei **programmi finalizzati** (art. 47, comma 1, lett. b) della L.R. n. 2/2003).

Inoltre, Euro **1.027.000,00** sono destinati al sostegno dei **programmi e delle iniziative volte alla promozione sociale e alle iniziative formative** (articolo 47, comma 2 della L.R. n. 2/2003) da parte della Regione Emilia-Romagna.

Le risorse sopra indicate ai punti 1 e 2 sono destinate al finanziamento del Programma attuativo **2026** nello specifico:

- **Finanziamento al "Fondo Sociale Locale"**, quale riconoscimento del ruolo centrale dell'ambito distrettuale nella programmazione e regolazione del sistema degli interventi sociali e sanitari e per l'attuazione degli obiettivi e delle attività contenute nel Piano sociale e sanitario regionale di cui alla DAL 120/2017 e nelle schede attuative di intervento di cui alla DGR 1423/2017; oltre che del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2024-2026;
- Programmazione di ambito distrettuale per l'agevolazione della **"mobilità per le persone in condizione di fragilità sociale"**, in considerazione del rinnovo delle tariffe agevolate previste dall'accordo regionale "Mi muovo insieme".
- Risorse per il **cofinanziamento del Progetto regionale triennale "Territori per il reinserimento Emilia-Romagna"**, finanziato da Cassa delle Ammende validato dalla Cabina di regia e approvato con propria deliberazione n. 941 del 12/06/2023
- Risorse a favore delle famiglie per qualificazione e sviluppo della rete dei **"Centri per le Famiglie"**, in coerenza con deliberazione della Giunta regionale n. 391/2015 e di quanto previsto dal D.M. 23 dicembre 2024, sviluppo e potenziamento di azioni innovative, sostegno ai primi mille giorni di vita, alfabetizzazione mediatica e digitale dei minori, alfabetizzazione alle famiglie sulla prevenzione e sugli effetti dell'assunzione di sostanze psicotrope e valorizzazione della pratica dell'invecchiamento attivo;
- Implementazione delle Linee di indirizzo nazionali sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità – **"programma P.I.P.I."**;
- Sostegno ai Comuni quale concorso regionale finalizzato ad **"Sostegno ai Comuni per azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla vulnerabilità sociale "**, di cui alla Scheda 40 del PSSR, prevista nella DGR 695/2020 e aggiornata con DRG 1046/2025.
- Sostegno ai Comuni per il programma finalizzato **"Supervisione personale servizi sociali"**
- Sostegno ai Comuni per il programma finalizzato **"Dimissioni protette"**.
- Sostegno ai Comuni quale concorso regionale finalizzato ad **"Azioni di contrasto alla povertà minorile, educativa, relazionale e a contrasto del fenomeno del ritiro sociale di pre adolescenti ed adolescenti"**
- Sostegno ai Comuni per **"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"**.
- Sostegno ai Comuni quale concorso regionale finalizzato ad **Azioni di prevenzione sociosanitaria nell'ambito del sistema di interventi regionali "Oltre la strada"**

Per le finalità sopra indicate vengono di seguito riportati: la ripartizione delle risorse tra i singoli programmi, le azioni per il perseguimento degli obiettivi, il percorso amministrativo procedurale per l'assegnazione, la concessione, l'impegno e la liquidazione della spesa.

Spetterà alla struttura regionale competente verificare, nella fase istruttoria di assegnazione dei finanziamenti, la corretta applicazione della normativa in materia di "Codice unico di progetto" di cui all'art.11 della L. 3/2003, o eventualmente rinviare la verifica agli ambiti territoriali beneficiari di tali finanziamenti.

Come anticipato in premessa sono riportate di seguito anche le risorse dedicate al contrasto alla povertà in quanto, sebbene erogate in prevalenza (ad eccezione fatta per quota parte delle risorse dedicate alle povertà estreme) direttamente agli ambiti distrettuali, concorrono a comporre il quadro delle risorse a disposizione degli ambiti distrettuali.

PROGRAMMAZIONE RISORSE PIANI DI ZONA 2026 PER MACROVOCI	
POLITICHE DI WELFARE 2026 - PIANI DI ZONA	
	<i>anno 2026</i>
Fondo sociale locale (mezzi regionali) quota indistinta sulla base del PSSR	16.910.000,00
Fondo sociale locale (mezzi statali da FNPS)	23.965.160,82
FONDO SOCIALE LOCALE	40.875.160,82
Programma finalizzato <i>"Sostegno ai comuni quale concorso regionale per agevolare la mobilità delle persone in condizione di fragilità sociale"</i> (mezzi regionali)	1.500.000,00
Progetto regionale triennale <i>"Territori per il reinserimento Emilia-Romagna"</i> (quota cofinanziamento regionale al progetto di C.A.) impegnati con D.D.18276/2023	640.000,00
Centri per le Famiglie (mezzi regionali) Risorse già impegnate: euro 500.000. Da impegnare: euro 25.000 per informafamiglie	525.000,00
Centri per le Famiglie (mezzi statali) Risorse già impegnate	2.225.600,00
Centri per le Famiglie (mezzi statali) Risorse già impegnate	3.960.000,00
Implementazione P.I.P.P.I (Mezzi statali FNPS)	1.121.488,00
Programma finalizzato <i>"Sostegno ai Comuni per azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla vulnerabilità sociale (Scheda 40)"</i> (mezzi regionali)	3.600.000,00
Programma finalizzato <i>"Azioni di contrasto alla povertà minorile, ritiro sociale...."</i> (mezzi regionali)	2.350.000,00
Programma finalizzato <i>"Supervisione personale servizi sociali"</i> (mezzi statali da FNPS)	720.000,00
Programma finalizzato <i>"Dimissioni protette"</i> (mezzi statali da FNPS)	1.440.000,00
Programma finalizzato al <i>"Sostegno ai Comuni per gli interventi a favore delle persone di minore età e delle loro famiglie e di qualificazione del sistema di accoglienza"</i> (mezzi statali FNPS)	540.000,00
Programma finalizzato -"	350.000,00
Totale Fondi finalizzati	18.972.088,00
Totale Fondo Sociale Regionale	59.847.248,82

2. Fondo Sociale Locale: sostegno ai Comuni quale concorso regionale all'attuazione dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale triennale 2018-2020 -Programma attuativo annuale 2026

2.1 Programma attuativo annuale 2026

I programmi attuativi annuali 2026 dovranno riportare:

la conferma o la modifica di quanto programmato nell'ambito del Piano di zona triennale 2018-2020 relativamente all'anno 2026

Il preventivo di spesa- quadro riepilogativo della spesa per l'anno 2026

lo schema di programmazione delle risorse afferenti al Fondo sociale locale quota nazionale (FNPS annualità 2025), secondo le macro-attività di cui al successivo paragrafo 2.2

lo schema di programmazione delle risorse Fondo sociale locale - quota regionale

la compilazione di apposita scheda per il Programma finalizzato *"Sostegno ai comuni quale concorso regionale per agevolare la mobilità delle persone in condizione di fragilità sociale"*, di cui al successivo paragrafo 4.1

la compilazione di apposita scheda per il Programma attuativo 2024 *"Interventi e servizi per il reinserimento sociale delle persone sottoposte a provvedimenti privativi o limitativi della libertà personale"*, di cui al successivo paragrafo 4.2.

la compilazione di apposita scheda per il Programma finalizzato *"Sostegno ai Comuni per azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla vulnerabilità sociale"*, di cui alla Scheda 40 del PSSR, approvata con DGR 695/2020 e come indicato al successivo paragrafo 4.5

la compilazione di apposita scheda per il programma finalizzato *"Supervisione personale servizi sociali"* all'interno della scheda, di cui al successivo paragrafo 4.6. La programmazione dettagliata delle attività di supervisione andrebbe effettuata su piattaforma Multifondo compilando la scheda del Piano operativo annuale (POA), ma, al momento della stesura del presente atto il MLPS non ha ancora fornito indicazioni in merito alla compilazione del POA 2026 che non è ancora compilabile sulla piattaforma.

la compilazione di apposita scheda programma finalizzato *"Dimissioni protette"*, di cui al successivo paragrafo 4.7

la compilazione di apposita scheda per il programma finalizzato *"Azioni di contrasto alla povertà minorile, educativa, relazionale e a contrasto del fenomeno del ritiro sociale di pre adolescenti ed adolescenti"*, di cui al successivo paragrafo 4.8.

la compilazione apposita scheda per il programma finalizzato *"Programma 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"* di cui al successivo paragrafo 4.9

La compilazione di apposita scheda per il programma finalizzato *"Azioni di prevenzione sociosanitaria nell'ambito del sistema di interventi regionali "oltre la strada"* di cui al successivo paragrafo 4.10

Il Programma attuativo annuale 2026 dovrà essere approvato dal Comitato di Distretto, tramite specifico verbale, o dalla Giunta dell'Unione, assicurando la partecipazione del Direttore di Distretto Ausl relativamente alla programmazione degli interventi sociosanitari.

La data di presentazione alla Regione Emilia-Romagna è fissata al 31 luglio **2026**.

Per la presentazione alla Regione del Programma attuativo annuale 2026 sarà necessario procedere tramite caricamento della documentazione richiesta sull'applicativo web disponibile

al seguente indirizzo: <https://sireus.lepida.it/common/>. Qualora, per motivi tecnici la piattaforma non fosse utilizzabile, la documentazione richiesta andrà inviata tramite pec all'indirizzo: politichesociali@postacert.regione.emilia-romagna.it.

2.2 Finalità del fondo sociale locale

Come anticipato in premessa, le risorse del Fondo sociale locale sono da utilizzare:

- per quanto attiene le risorse **statali**, per sostenere i servizi e gli interventi a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle famiglie nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere, in coerenza con le indicazioni del livello nazionale inserite nel Piano sociale nazionale e le macro-attività indicate nel Decreto interministeriale del 2 aprile 2025, nonché con le schede attuative di intervento n° 15, 16, 17, 36 e 37 di cui alla DGR 1423/2017 e aggiornate con la presente Delibera in Allegato B;
- per la quota di risorse **regionali**, per la realizzazione di quanto programmato nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020 - Programma attuativo 2026, garantendo coerenza con l'impianto, i contenuti e le trasversalità individuate nel PSSR 2017-2019 e nelle schede attuative regionali a declinazione distrettuale di cui alla DGR 1423/2017 e DGR 695/2020 e aggiornate con la presente Delibera in Allegato B

Fondo sociale locale - mezzi statali: interventi a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle famiglie

La scelta della Regione Emilia- Romagna, in coerenza anche con le indicazioni del Decreto interministeriale del 2 aprile 2025 è quella di dedicare, in continuità con gli ultimi anni, oltre il **90 % delle risorse del Fondo nazionale politiche sociali all'area dell'infanzia, adolescenza e a sostegno delle famiglie**, da programmare nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale- Programma attuativo 2026.

A sostegno di questa scelta vi è la considerazione che in una situazione di crisi economica, le famiglie, spesso già provate da conflitti e povertà materiale ed educativa, versano in una situazione di forte vulnerabilità. Pertanto, risulta prioritario continuare a investire su un **sistema di interventi integrati**, preventivi e tutelanti

Tale situazione ha richiesto, e comporterà per il futuro prossimo, un grande sforzo al sistema dei servizi pubblici, in particolare ai servizi sociali, sanitari ed educativi, al fine di accompagnare famiglie e singoli in un momento tanto delicato e i cui effetti si protrarranno nel medio e lungo periodo. Vi è quindi un'oggettiva necessità di sostenere, attraverso le risorse del Fondo nazionale politiche sociali, politiche attive di aiuto alle famiglie con figli/e piccoli/e o adolescenti e più in generale il sistema dei servizi regionale e territoriale sviluppatosi in questi anni, nell'ottica di promuovere il benessere e la coesione nella nostra comunità regionale.

Questa scelta si pone in coerenza con il percorso a regia regionale e definito in accordo con i servizi territoriali e le rappresentanze delle comunità e degli affidatari per la qualificazione del sistema di cura e accoglienza dei minori, con particolare riferimento a ragazze e ragazzi seguiti dai servizi territoriali, anche collocati in affidamento familiare o comunità (DGR n. 1444 del 2020).

Gli obiettivi del percorso di qualificazione erano stati così individuati: prevenire l'allontanamento dei minorenni dalla famiglia ove possibile; potenziare il sistema di valutazione e gestione delle situazioni di potenziale pregiudizio per il minore; migliorare ed integrare il sistema di raccolta dei dati e delle informazioni; potenziare un approccio integrato per la tutela

dei minori sia sotto il profilo sociosanitario, che multidisciplinare/istituzionale, che nella relazione con il sistema di accoglienza.

Tale percorso ha consentito la realizzazione di importanti obiettivi, quali la strutturazione e l'attivazione delle équipes di secondo livello multidisciplinari (di cui all'art. 18 L.R. n. 14 del 2008 e D.G.R. n. 1627 del 2021) su tutto il territorio regionale; l'attivazione del board regionale di monitoraggio dell'attività delle équipes di secondo livello, istituito con determina n. 18040 del 23.09.2022; il miglioramento e la semplificazione del data set del sistema regionale di raccolta ed elaborazione dati sui/sulle minorenni in carico ai servizi e collocati fuori famiglia (SISAM-ER); il rafforzamento e la diffusione della figura dell'esperto giuridico in materia di infanzia e adolescenza nei servizi sociali e sanitari territoriali; consolidamento dei rapporti con le Autorità giudiziarie.

In riferimento alle specifiche finalizzazioni del Fondo nazionale, si specifica quanto segue.

- Alla macro attività A) **Accesso, valutazione e progettazione** (di cui allo Schema seguente) sono dedicate le risorse per il **rafforzamento del servizio sociale territoriale** realizzando in primis la gestione associata dei servizi sociali territoriali per ambito distrettuale (**35%** del totale- inteso come il totale del Fondo sociale locale- quota FNPS- con margine di flessibilità pari a + o - 10%).

All'interno di questa macro-attività si ritiene opportuno sostenere il servizio sociale professionale nelle funzioni di accesso, valutazione, presa in carico quale supporto all'attività dell'area tutela minori e dell'équipe multiprofessionali e definizione di percorsi integrati a sostegno delle famiglie in difficoltà. In particolare, si ritengono elementi importanti da sostenere, in stretto raccordo e integrazione con il sistema dei servizi sanitari ed educativi, il rafforzamento delle équipe territoriali e la promozione delle équipe di secondo livello multidisciplinari.

Sarà inoltre facoltà degli ambiti distrettuali, laddove ritenuto opportuno e necessario, utilizzare le risorse afferenti alla macro-attività A, per il **rafforzamento ed il potenziamento del Servizio Sociale Territoriale nelle sue componenti di sportello sociale e servizio sociale professionale in ottica trasversale**.

- Alla macro attività B **Misure per il sostegno e l'inclusione sociale in area infanzia, adolescenza e famiglie** è dedicata la quota percentuale più elevata di risorse, pari al **40%** del totale (- inteso come il totale del Fondo sociale locale- quota FNPS con margine di flessibilità pari a + o - 10%).

All'interno di questa area rientrano le azioni di sostegno al contesto familiare in cui vivono bambini/e e ragazzi/e, tra cui rientrano le azioni di *sostegno socio-educativo domiciliare*, il *sostegno alla genitorialità* ed il servizio di mediazione familiare, il potenziamento degli *interventi nei primi 1000 giorni di vita* nei contesti familiari, di accudimento e nei servizi; il *sostegno alle famiglie affidatarie e adottive*, i percorsi per l'integrazione sociale e lavorativa dei *careleavers* (neomaggiorenni in uscita dal sistema di protezione e tutela).

Il potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, si sviluppa attraverso azioni incentrate sui primi tre anni di vita dei bambini e delle loro famiglie e si avvale della collaborazione tra servizi educativi, centri per le famiglie, servizi sanitari e sociali. L'attenzione deve essere volta a intercettare le maggiori fragilità o gli ambiti di maggiore difficoltà e l'approccio di intervento è basato su attività di counseling (ascolto partecipativo, osservazione, sostegno, ecc.) e di prossimità (servizi per la prima infanzia, interventi domiciliari, home visiting, accompagnamento all'utilizzo dei servizi, ecc.) e sono orientati a identificare i fattori di rischio ed a supportare la famiglia nell'identificazione delle risorse proprie, della rete familiare e del contesto sociale e delle modalità per far fronte alle difficoltà.

All'interno di questa macro-attività sarà importante sperimentare *approcci innovativi nel lavoro con le famiglie "negligenti"* che favoriscano un loro protagonismo, sviluppino empowerment, promuovano la cura di situazioni di sofferenza psico-patologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie (es. Programma Ministeriale di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione P.I.P.P.I., Approccio dialogico, Family Group Conference, Famiglie aiutano Famiglie, ecc.).

In coerenza con il Piano nazionale 2024-2026, la Regione individua quale obiettivo prioritario la *promozione e sensibilizzazione della comunità territoriale rispetto all'affidamento familiare e alle forme di vicinanza solidale*, l'adeguata preparazione agli affidatari mediante gli specifici percorsi previsti, e, una volta attivato l'affido, il supporto a tutti i soggetti coinvolti (affidatari, famiglia d'origine e minori).

Inoltre, si richiama la necessità di accompagnare i neomaggiorenni Care Leavers intendendo massimizzare l'investimento sociale che il sistema dei servizi ha fatto su bambine e bambini in difficoltà. La sperimentazione (avviata nell'ambito del Fondo povertà che ha finanziato le triennali 2018-20 e 2021-23) ha coinvolto neomaggiorenni provenienti sia da famiglie affidatarie sia da percorsi in strutture residenziali. I dispositivi fondamentali della Sperimentazione sono: il progetto individualizzato per l'autonomia; un sostegno economico (Assegno di inclusione o borsa per l'autonomia); un supporto socioeducativo dedicato tramite i tutor per l'autonomia; la partecipazione ad attività di gruppo per lo sviluppo di competenze trasversali. A questo si aggiunge il lavoro di un'équipe multidisciplinare che coordina e potenzia il contributo di ogni soggetto, in primis il neomaggiorenne. Il tutor per l'autonomia è una figura professionale che ha un innovativo posizionamento tra il giovane e i servizi, indicatore di un cambio di paradigma che implica il superamento di una prospettiva assistenziale e di tutela a vantaggio di un orientamento basato sull'empowerment e l'autonomia del soggetto ormai adulto. La Sperimentazione con i suoi dispositivi è un modello replicabile anche per i ragazzi e le ragazze che arrivano alla maggiore età con un provvedimento di affidamento al servizio sociale senza la previsione di un allontanamento, attorno ai quali il servizio potrà costruire un percorso di accompagnamento all'autonomia da progettare prima del compimento della maggiore età.

Infine, rientrano in questa macro-attività gli interventi in attuazione del "*Progetto Adolescenza*" (di cui alla DGR n. 590 del 2013 "*LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE E LA PREVENZIONE DEL RISCHIO IN ADOLESCENZA: "PROGETTO ADOLESCENZA"*") e del *Piano pluriennale per l'adolescenza 2018-2020*, che si propone di sviluppare in modo più diffuso interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti.

-L'altra macro attività che si ritiene di dover sostenere con specifico finanziamento è la **macro attività E strutture comunitarie e residenziali (25%** - inteso come il totale del Fondo sociale locale- quota FNPS- con margine di flessibilità pari a + o – 15%).

Il sistema di accoglienza e cura si trova oggi ad affrontare situazioni di sempre maggiore complessità. I servizi segnalano infatti un crescente disagio di bambini/e e ragazzi/e che presentano vulnerabilità sociali, educative, psicopatologiche e di dipendenza e che richiedono risposte complesse da parte dell'intera rete dei servizi. La disciplina regionale (DGR n. 1904/2011 e ss.mm., DGR n. 1677/2013, DGR n. 1102/2014 e DGR n. 1627/2021) ha delineato specifiche modalità di intervento integrato e di accoglienza. Nell'ambito di tali indicazioni è necessario: sostenere e qualificare ulteriormente le strutture per l'accoglienza anche attraverso la formazione degli operatori, da realizzarsi in stretto raccordo tra area sociale-educativa e area sanitaria; implementare i percorsi specifici per far fronte alle situazioni di particolare complessità che richiedono intensità di cura, tempestività e alta specializzazione; monitorare l'evoluzione dei bisogni anche al fine di adeguare l'offerta di interventi e servizi.

PROGRAMMAZIONE FONDO SOCIALE LOCALE -QUOTA STATALE FNPS -ANNO 2026

ALLEGATO FSL - mezzi statali (FNPS)										
Attività				Aree Assistenziali						
Macroattività		Interventi servizi sociali		Area 1		Area 2		Area 3		Area 3
				Famiglia e minori	Anziani autosufficienti	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Povertà	Disagio adulti (dipendenze,	Multituenza
A.	Accesso, valutazione e progettazione	A.1.	Segretariato sociale							
		A.2.	Servizio sociale professionale	35% (+ o - 10%)						
		A.3.	Centri anti violenza							
B.	Misure per il sostegno e l'inclusione sociale	B.1.	Integrazioni al reddito							
		B.2.	Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare							
		B.3.	Sostegno socio-educativo scolastico							
		B.4.	Supporto alle famiglie e alle reti familiari	40%(+ o - 10%)						
		B.5.	Attività di mediazione							
		B.6.	Sostegno all'inserimento lavorativo							
		B.7.	Pronto intervento sociale e interventi per le povertà estreme							
		B.8.	Altri interventi per l'integrazione e l'inclusione sociale							
C.	Assistenza Domiciliare	C.1.	Assistenza domiciliare socio-assistenziale							
		C.2.	Assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari							
		C.3.	Altri interventi per la domiciliarità							
		C.4.	Trasporto sociale							
D.	Centri servizi, diurni e semi-residenziali	D.1.	Centri con funzione socio-educativa-ricreativa							
		D.2.	Centri con funzione socio-assistenziale							
		D.3.	Centri e attività a carattere socio-sanitario							
		D.4.	Centri servizi per povertà estrema							
		D.5.	Integrazione retti/voucher per centri diurni							
E.	Strutture comunitarie e residenziali	E.1.	Alloggi per accoglienza di emergenza							
		E.2.	Alloggi protetti							
		E.3.	Strutture per minori a carattere familiare							
		E.4.	Strutture comunitarie a carattere socio-assistenziale	25% (+ o -15%)						
		E.5.	Strutture comunitarie a carattere socio-sanitario							
		E.6.	Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema							
		E.7.	Servizi per Aree attrezzate di sosta per comunitari rom, sintie caminanti							
		E.8.	Integrazione retti/voucher per strutture residenziali							
F.	"Supervisione degli assistenti sociali"				euro 720.000,00					
G.	"Dimissioni protette "				euro 1440.000,00					
H	Programma finalizzato "Azioni a sostegno degli interventi 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"				euro 540.000,00					
*Per la definizione puntuale degli interventi servizi riferibili alle macroattività, si veda il decreto attuativo del sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, di cui all'art. 24, comma 8, del decreto legislativo n. 147 del 2017										

*Per la definizione puntuale degli interventi servizi riferibili alle macroattività, si veda il decreto attuativo del sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, di cui all'art. 24, comma 8, del decreto legislativo n. 147 del 2017

Descrizione macro-attività, interventi e servizi (Decreto attuativo del Sistema dell'offerta dei servizi sociali SIOSS 103 del 22 agosto 2019)

Macro attività		Interventi servizi		Descrizione
A	Accesso valutazione e progettazione	A.1	Segretariato sociale	Servizio di informazione rivolto a tutti cittadini – Centri di ascolto e sportelli sociali tematici - Telefonia sociale
		A.2	Servizio sociale professionale	Attività svolte dalla figura professionale dell'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio. Interventi di valutazione, di consulenza e di presa in carico, progettazione individuale e attività di supporto alle persone in difficoltà al fine di individuare e attuare possibili soluzioni ai loro problemi. Include inserimento in centri diurni e strutture residenziali
		A.3	Centri anti violenza	Strutture nelle quali sono accolte e ascoltate, a titolo gratuito e indipendentemente dal luogo di residenza, le donne vittime o esposte alla minaccia di ogni forma di violenza fisica e/o psicologica, eventualmente esercitata anche in presenza o verso i figli minorenni. Offrono servizi di ascolto, tutela, accoglienza, assistenza psicologica e/o legale, supporto psicologico educativo ai minori vittime di violenza assistita, orientamento al lavoro ed all'autonomia abitativa, nell'ambito di un percorso personalizzato di sostegno elaborato insieme alla donna.
B	Misure per il sostegno e l'inclusione sociale	B.1	Integrazioni al reddito	Sussidi economici, anche una tantum, ad integrazione del reddito di persone bisognose (non sono ricompresi contributi per l'attivazione di servizi ovvero contributi ad integrazioni di rete).
		B.2	Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare	Interventi di sostegno destinati soggetti a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogata domicilio, in strutture o in luoghi di aggregazione spontanea.
		B.3	Sostegno socio-educativo scolastico	Interventi mirati a favorire il processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche dei minori con problemi sociali.
		B.4	Supporto alle famiglie e alle retifamiliari	Sostegno alla genitorialità - Mediazione familiare - Centri per le famiglie - Affidamento de- minori - Adozione nazionale e internazionale
		B.5	Attività di mediazione	Mediazione sociale - Mediazione culturale - Supporto per il reperimento di alloggi.
		B.6	Sostegno all'inserimento lavorativo	Interventi mirati per l'inserimento e il reinserimento lavorativo di soggetti disabili o a rischio di fragilità o di emarginazione.
		B.7	Pronto intervento sociale e Interventi per le povertà estreme	Interventi mirati per offrire sostegno e soccorso a specifici target in situazioni di emergenza sociale, anche attraverso unità mobili – Distribuzione beni prima necessità (esclusa distribuzione presso centri servizi) - Servizio residenza anagrafica
		B.8	Altri interventi per l'integrazione e l'inclusione sociale	Attività socio-ricreative - Corsi di lingua per stranieri - Interventi per l'invecchiamento attivo - Attività di informazione, sensibilizzazione e prevenzione: campagne informative promozione dell'amministrazione di sostegno etc.
C	Interventi per la domiciliarità	C.1	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Compresi Voucher
		C.2	Assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari	Compresi Voucher - Assegno di cura - Buono socio-sanitario
		C.3	Altri interventi per la domiciliarità	Servizi di prossimità/buon vicinato/gruppi di auto-aiuto - Telesoccorso e teleassistenza - Distribuzione paste/o lavanderia a domicilio
		C.4	Trasporto sociale	Mezzi di trasporto (pubblici o privati) volta garantire lo spostamento di persone a ridotta mobilità.
D	Centri servizi, diurni e semiresidenziali	D.1	Centri con funzione socio- educativa-ricreativa	Ludoteche / laboratori - Centri di aggregazione / sociali - Centri diurni estivi
		D.2	Centri con funzione socio- assistenziale	Centri diurni con funzione di protezione sociale e prevenzione dei rischi
		D.3	Centri e attività a carattere socio-sanitario	Assistenza sanitaria: medio-alta.
		D.4	Centri servizi per povertà estrema	Centri diurni per persone senza dimora - Mensa sociale - Distribuzione abiti medicinali Servizi per l'igiene personale ('albergo diurno') - Laboratori
		D.5	Integrazione rete/voucher per centri diurni	
E	Strutture comunitarie e residenziali	E.1	Alloggi per accoglienza di emergenza	Alloggi di varie dimensioni atti a rispondere con immediatezza ai bisogni urgenti temporanei di ospitalità e tutela per evitare l'esposizione a particolari fattori di rischio, in attesa dell'individuazione di soluzioni più adeguate da parte dei servizi sociali territoriali.
		E.2	Alloggi protetti	Alloggi di piccole dimensioni (max. 5 utenti) con funzione di protezione tutelare osservazione e accompagnamento all'autonomia (include gruppi appartamento per disabili a bassa intensità, alloggi per persone con problemi di salute mentale e dipendenze patologiche, strutture per il dopo di noi, housing first, co-housing, alloggi per care leavers)
		E.3	Strutture per minori a carattere familiare	Carattere: familiare per via della presenza di uno o due adulti che svolgono funzioni genitoriali
		E.4	Strutture comunitarie a carattere socio-assistenziale	Carattere: comunitario. Funzione: prevalente accoglienza abitativa / tutelare / socio-educativa / emergenza. Assistenza sanitaria: assente.
		E.5	Strutture comunitarie a carattere socio-sanitario	Carattere: comunitario. Funzione: integrazione socio-sanitaria. Assistenza sanitaria: bassa o medio-alta.
		E.6	Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema	Dormitori, piano freddo per accoglienza di emergenza
		E.7	Servizi per Aree attrezzate di sosta per comunità rom, sintie caminanti	Aree di insediamento dotate di infrastrutture e servizi
		E.8	Integrazione rete/voucher per strutture residenziali	

Fondo Sociale Locale - mezzi regionali: interventi in attuazione del PSSR

La quota di **risorse regionali del Fondo sociale locale** è dedicata alla realizzazione di quanto programmato nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020 -Programma attuativo 2026, garantendo coerenza con l'impianto, i contenuti e le trasversalità individuate nel PSSR 2017-2019 e nelle schede attuative regionali a declinazione distrettuale di cui alla DGR 1423/2017 e aggiornate con la presente Delibera in allegato B.

Per la quota di risorse regionale si richiede la programmazione secondo lo schema seguente, in coerenza con la programmazione delle risorse statali e con le modalità di rendicontazione individuate.

PROGRAMMAZIONE FONDO SOCIALE LOCALE -QUOTA REGIONALE -ANNO 2026

ALLEGATO FSL mezzi regionali								
Attività				Aree Assistenziali				
Macroattività		Interventi e servizi sociali		Area 1		Area 2		Area 3
				Famiglie e minori	Anziani autosufficienti	Personne con disabilità	Anziani non autosufficienti	Povertà
								Disagio adulti (dipendenze, salute mentale)
								Multituenza
A.	Accesso, valutazione e progettazione	A.1.	Segretariato sociale					
		A.2.	Servizio sociale professionale					
		A.3.	Centri antiviolenza					
B.	Misure per il sostegno e l'inclusione sociale	B.1.	Integrazioni al reddito					
		B.2.	Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare					
		B.3.	Sostegno socio-educativo scolastico					
		B.4.	Supporto alle famiglie e alle reti familiari					
		B.5.	Attività di mediazione					
		B.6.	Sostegno all'inserimento lavorativo					
		B.7.	Pronto intervento sociale e interventi per le povertà estreme					
		B.8.	Altri interventi per l'integrazione e l'inclusione sociale					
C.	Assistenza Domiciliare	C.1.	Assistenza domiciliare socio-assistenziale					
		C.2.	Assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari					
		C.3.	Altri interventi per la domiciliarità					
		C.4.	Trasporto sociale					
D.	Centri servizi, diurni e semi-residenziali	D.1.	Centri con funzione socio-educativa-ricreativa					
		D.2.	Centri con funzione socio-assistenziale					
		D.3.	Centri e attività a carattere socio-sanitario					
		D.4.	Centri servizi per povertà estrema					
		D.5.	Integrazione retta/voucher per centri diurni					
E.	Strutture comunitarie e residenziali	E.1.	Alloggi per accoglienza di emergenza					
		E.2.	Alloggi protetti					
		E.3.	Strutture per minori a carattere familiare					
		E.4.	Strutture comunitarie a carattere socio-assistenziale					
		E.5.	Strutture comunitarie a carattere socio-sanitario					
		E.6.	Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema					
		E.7.	Servizi per Aree attrezzate di sosta per comunità rom, sinti e caminanti					
		E.8.	Integrazione retta/voucher per strutture residenziali					
F.		F.1.	Azioni di sistema e spese di organizzazione - Ufficio di piano - Sistema informativo multituenza - Formazione trasversale					
G.		G.1.	Altro - Voce residuale per spese non imputabili alle altre voci (es. contributi per favorire investimenti terzo settore)					
H.	Programmi finalizzati	H.1.	Sostegno ai Comuni per azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla vulnerabilità sociale (Scheda 40)					
		H.2.	Azioni di Sostegno ai comuni quale concorso regionale per agevolare la mobilità delle persone in condizione di fragilità sociale					
		H.3.	Interventi e servizi per il reinserimento sociale delle persone sottoposte a provvedimenti privativi o limitativi della libertà personale (cofinanziamento)					
		H.4.	Azioni di contrasto alla povertà minorile, educativa, relazionale e a contrasto del fenomeno del ritiro sociale di pre adolescenti ed adolescenti					
		H.5.	Azioni di prevenzione sociosanitaria nell'ambito del sistema di interventi regionali "Oltre la strada"					

*Per la definizione puntuale degli interventi e servizi riferibili alle macroattività, si veda il decreto attuativo del sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, di cui all'art. 24, comma 8, del decreto legislativo n. 147 del 2017

Modalità di rendicontazione

Per quanto attiene le **risorse della quota statale del Fondo sociale locale**, afferenti al **Fondo nazionale politiche sociali**, si riporta, come indicato all'art. 3 del Decreto interministeriale del 2 aprile 2025, quanto segue:

“comma 4. L'erogazione delle risorse di ciascuna annualità è condizionata alla rendicontazione, nella specifica sezione del SIOSS, da parte degli Ambiti territoriali dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse ripartite nel secondo anno precedente, secondo le modalità di cui alla scheda della piattaforma SIOSS denominata “Rendicontazioni FNPS”, fatta salva la facoltà della Regione di curare direttamente la raccolta delle informazioni e alimentare direttamente il SIOSS per conto degli Ambiti territoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 103 del 22 agosto 2019. Eventuali somme non rendicontate devono comunque essere esposte entro la successiva erogazione.

Comma 5. Ai sensi dell'articolo 46, comma 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, il mancato utilizzo delle risorse da parte degli enti destinatari comporta il relativo versamento all'entrata del bilancio dello Stato per la successiva riassegnazione al Fondo stesso.”

Per quanto attiene la **quota regionale del Fondo sociale locale** si richiedono le medesime modalità di rendicontazione, **assicurando l'effettivo utilizzo di almeno il 75% dell'ammontare concesso, nell'ambito dell'anno di assegnazione.**

La **rendicontazione** delle tre quote distinte sarà da effettuarsi come segue:

- **per la quota regionale**, da parte degli ambiti distrettuali tramite alimentazione della specifica sezione Consuntivo Fondo sociale regionale - Consuntivo Fondo sociale locale - quota regionale, presente nella **piattaforma regionale web dedicata**.
- **per la quota statale**, da parte degli ambiti distrettuali tramite alimentazione dello specifico modulo FNPS nell'ambito della **piattaforma SIOSS**.

Per quanto attiene i **programmi finalizzati**, inseriti nella presente DGR, saranno oggetto di specifica rendicontazione dedicata sempre nell'ambito della **piattaforma regionale web dedicata**, ad eccezione dei programmi finalizzati finanziati tramite il FNPS: **P.I.P.I., Supervisione operatori sociali, Dimissioni protette e “Azioni a sostegno degli interventi a favore delle persone di minore età e delle loro famiglie e di qualificazione del sistema di accoglienza”** che dovranno essere rendicontati nell'ambito della **piattaforma SIOSS, modulo FNPS**, indicando nelle apposite voci di spesa la somma utilizzata per ogni tipologia di intervento;

Risorse

Le risorse destinate alle finalità del presente punto 2.2 ammontano a complessivi **Euro 40.875.160,82** trovano allocazione ai seguenti capitoli del bilancio finanziario gestionale 2025-2027, anno di previsione 2026:

-quanto a **Euro 6.650.000,00** al capitolo U57120 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai Comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona, interventi per l'infanzia e i minori (art. 47, comma 1, lett. b), L.R. 12 marzo 2003, n.2)"

-quanto a **Euro 1.060.000,00** al capitolo U57191 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai Comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona, interventi per soggetti a rischio esclusione sociale (art. 47, comma 1, lett. b), L.R. 12 marzo 2003, n.2)"

-quanto a **Euro 9.200.000,00** al capitolo U57193 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai Comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona, interventi

per la programmazione e il governo della rete dei servizi (art. 47, comma 1, lett. b), L.R. 12 marzo 2003, n.2)"

- quanto a **Euro 13.231.836,41** al capitolo U57107 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona per interventi rivolti all'infanzia e ai minori (art. 47, comma 1, lett.b.) L.R. 12 marzo 2003, n. 2 e L. 8 novembre 2000, n. 328; art. 1, comma 1252, L. 296/2006 e art. 19, comma 3, D.L. 4 luglio 2006, n. 223 convertito in L. dall'art. 1 L. 4 agosto 2006, n. 248, D.lgs. 15 settembre 2017, n. 147) -Mezzi statali";
- quanto a **Euro 10.733.324,41** al capitolo U57187 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona per interventi per la programmazione e il governo della rete dei servizi (art. 47, comma 1, lett.b.) L.R. 12 marzo 2003, n. 2 e L. 8 novembre 2000, n. 328; art. 1, comma 1252, L. 296/2006 e art. 19, comma 3, D.L. 4 luglio 2006, n. 223 convertito in L. dall'art. 1 L. 4 agosto 2006, n. 248, D.lgs. 15 settembre 2017, n. 147) -Mezzi statali";

Destinatari

Comune o altro Ente, tra quelli individuati dall'art. 16 della L.R. 2/03, individuato quale ente capofila dell'ambito distrettuale, da apposita convenzione ai sensi del vigente Piano sociale e sanitario regionale.

Criteri di riparto

Le risorse complessive pari a **euro 40.875.160,82** saranno ripartite:

- una quota pari al 3% del totale pari a **euro 1.226.254,82** sulla base della popolazione residente nei Comuni classificati montani ai fini Istat all'01/01/2025;
- il restante 97% del totale pari a **euro 39.648.906,00** sulla base della popolazione residente al **01/01/2025**, pesata per fasce di età, secondo lo schema seguente:
 - 0 – 24 valore 2
 - 25 – 64 valore 1
 - >= 65 valore 2

Atti successivi

- Il Dirigente competente provvederà con propri atti formali, in conformità alle norme e ai principi contabili del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm., delle disposizioni della deliberazione di G.R. n.278/2026 (disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale), ad esecutività del presente atto;
- all'assegnazione dei contributi sulla base dei criteri sopra riportati, nonché alla contestuale concessione dei contributi assegnati e all'assunzione dei relativi impegni contabili sui sopracitati capitoli di spesa del Bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026;
- alla liquidazione dei contributi regionali, previa valutazione da parte del Servizio competente della congruità delle azioni programmate agli obiettivi sopra descritti, a seguito dell'approvazione del Programma attuativo per l'anno 2026, da parte degli ambiti distrettuali e della sua presentazione alla Regione nei tempi e nei modi stabiliti dalla presente deliberazione;
- alla liquidazione delle risorse statali, ad esecutività del provvedimento di concessione e comunque non oltre i 60 giorni dall'effettivo versamento delle stesse alle regioni da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

3. Programma attuativo povertà 2024: povertà estrema e quota servizi Fondo Povertà nazionale di cui al Decreto Legislativo 147/2017.

Al fine di promuovere l'integrazione nell'utilizzo delle risorse a livello distrettuale, si riportano in questa sede anche quelle afferenti al Fondo nazionale povertà 2025 - **quota servizi**, sebbene tali somme siano trasferite direttamente agli ambiti distrettuali dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Inoltre, si richiamano per finalità comuni anche la quota del Fondo nazionale povertà 2025 dedicata ai servizi e interventi a favore delle persone in **povertà estrema e senza dimora**.

Premessa

Il Fondo nazionale povertà 2025 rientra nel ciclo di programmazione triennale varato con il nuovo Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali il cui terzo capitolo è dedicato al **Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026** (da qui Piano nazionale povertà 2024 – 2026), approvato con 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.

Il Piano nazionale povertà 2024-2026 si colloca in sostanziale continuità con il precedente piano per quello che riguarda i livelli essenziali delle prestazioni e gli interventi previsti, sia a favore dei beneficiari della misura nazionale di sostegno al reddito, sia a favore della povertà estrema. Come per il precedente ciclo di programmazione è prevista una forte integrazione tra i fondi nazionali con quelli comunitari.

Rispetto all'impostazione iniziale del decreto lavoro sono intervenute due importanti modificazioni:

- con la Legge di bilancio 2025 è stata ampliata la platea dei destinatari finali non limitandola ai soli percettori del sostegno al reddito nazionale come meglio specificato nel paragrafo seguente;
- con la legge n. 118 dell'8 agosto 2025 è stato posticipato al 2027 l'avvio della condizionalità al trasferimento annuale delle risorse (introdotta dall'articolo 89, comma 1 del DL n. 34/2020) che prevede vincoli di rendicontazione delle risorse delle annualità pregresse. Nello specifico a decorrere dal 2027 il trasferimento sarà subordinato alla rendicontazione su base regionale del 75% della quota relativa al Fondo nazionale 2025. Nel 2028 il trasferimento sarà subordinato alla rendicontazione del 100% della quota 2025 e del 75% della quota 2026, in analogia quindi con quanto già avviene per le risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali. Tale condizionalità si applicherà sia alla quota servizi che alla quota povertà estrema.

Risorse, destinatari e finalità

1. Quota servizi

La quota servizi per il 2025 ammonta complessivamente a **21.471.190,16 euro** ed il suo **riparto** a favore degli Ambiti distrettuali è stato effettuato come da consuetudine dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali sulla piattaforma Multifondo sulla base dei seguenti criteri:

- quota regionale sul totale nazionale dei nuclei familiari beneficiari dell'Assegno di Inclusione sulla base del dato comunicato dall'INPS, aggiornato al 31 settembre 2024, cui è attribuito un peso del 60%;

- quota di popolazione regionale residente sul totale della popolazione nazionale, secondo i dati Istat aggiornati al 1° gennaio 2024, cui è attribuito un peso del 40%.

A tali risorse si aggiungeranno quelle riservate del **contributo assistenti sociali** che non sono state prenotate nonché le risorse prenotate e non considerate liquidabili, che quindi rientrano nella disponibilità della quota servizi. Tali “residui” vengono infatti successivamente ripartiti tra gli Ambiti tramite decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sulla base dei seguenti indicatori:

- quota regionale sul totale nazionale dei nuclei familiari beneficiari dell’Assegno di Inclusione sulla base del dato comunicato dall’INPS, aggiornato al 31 dicembre del precedente anno, cui è attribuito un peso del 20%;
- quota di popolazione regionale residente sul totale della popolazione nazionale, secondo i dati Istat aggiornati al 1° gennaio dell’anno di riparto, cui è attribuito un peso del 20%;
- quota regionale sul totale nazionale di nuclei familiari beneficiari ADI presi in carico dai servizi sociali cui è attribuito un peso del 60%, secondo i dati di monitoraggio dell’ADI aggiornati al 1° gennaio dell’anno di riparto.

Destinatari finali degli interventi sono, per quanto riguarda la “quota servizi” nuclei e persone percettori dell’Assegno di Inclusione (introdotto dal “Decreto lavoro” – D.L. n. 48 del 4 maggio 2023, convertito con Legge 85 del 3 luglio 2023 e ss.mm) e coloro che si trovano “in simili condizioni di disagio economico”, situazione identificata da un ISEE entro i 10.140,00 euro. Per costoro, come chiarito dalla nota del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 1033 del 19 gennaio 2024, occorre inoltre che vi sia una presa in carico sociale come definita dal DM 160 del 29/12/2023 che ha approvato le *“Linee di indirizzo sugli elementi fondanti la presa in carico, sociale integrata e il progetto personalizzato”*.

Il **contributo Assistenti sociali** è, come noto, finalizzato al potenziamento del servizio sociale professionale, come previsto dalla Legge di bilancio 2021 all’art. 1, comma 797 e segg., per il raggiungimento del LEPS rappresentato dal rapporto tra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5000. Il LEPS è stato pensato sia nell’ottica del rafforzamento del sistema dei servizi sociali comunali, gestiti in forma singola o associata, sia nell’ottica di garantire i livelli essenziali collegati alla misura nazionale di sostegno al reddito. È inoltre previsto un ulteriore obiettivo di servizio nel range tra il rapporto 1:5000 e 1:4000¹.

Le assunzioni di assistenti sociali attraverso il contributo nazionale e il Fondo speciale per l’equità del livello dei servizi (FELS) possono essere effettuate in deroga ai vincoli di contenimento delle spese di personale che invece grava su tutte le altre figure.

Sul tema è intervenuta anche la legge 4 luglio 2024, n. 104 “Disposizioni in materia di politiche sociali e di enti del Terzo settore che con l’articolo 1 ha provveduto a modificare la sostanziale lacuna presente all’articolo 1, comma 801, della L. 178/2020 ed estendere la deroga ai vincoli di contenimento della spesa di personale per le assunzioni di assistenti sociali alle forme associative comunali.

Tali assunzioni devono avvenire necessariamente nell’ambito delle risorse di cui al comma 799 e al comma 792 della Legge di Bilancio 2021, nel rispetto degli obiettivi del pareggio di bilancio.

Il meccanismo individuato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali prevede che entro il 28 febbraio di ogni anno, gli Ambiti territoriali inseriscano sulla piattaforma SIOSS (Sistema Informativo dell’Offerta dei Servizi Sociali) i dati relativi alle/gli AS assunte/i a tempo indeterminato in termini di equivalente a tempo pieno (*FTE, Full Time Equivalent, ndr*), sia già in forze nell’anno precedente, sia relativamente alle nuove assunzioni per l’anno in corso. Questo consente al Ministero, entro il 30 giugno di ogni anno, di “prenotare” le somme per l’anno successivo a valere sulla quota del Fondo nazionale povertà “congelata” per questa

¹ Si veda la scheda tecnica 3.7.1 del Piano Nazionale Povertà 2024-2026

finalità sulla base delle previsioni indicate dagli Ambiti, e di liquidare a consuntivo le somme prenotate l'anno precedente.

Il contributo viene erogato nella misura di 40.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto/a a tempo indeterminato dall'Ambito in termini di equivalente a tempo pieno, in numero eccedente il rapporto di 1 a 6.500 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 5.000 mentre ammonta a 20.000 euro annui per ogni assistente sociale in numero eccedente il rapporto di 1 a 5.000 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 4.000.

N.B. L'accesso al contributo è consentito solo agli Ambiti che abbiano raggiunto almeno il rapporto 1:6500: al di sopra di tale soglia devono essere utilizzate le risorse del Fondo di solidarietà comunale.

Le risorse del Fondo nazionale povertà, quota servizi 2025, sono finalizzate al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali a favore dei **beneficiari dell'Assegno di Inclusione (AdI)** e di **nuclei familiari e agli individui in simili condizioni di disagio economico**.

Con la quota servizi, quindi, vengono finanziati i seguenti livelli essenziali delle prestazioni sociali: **servizio sociale professionale** per la presa in carico, **valutazione multidimensionale**, **Patto per l'inclusione**, **sostegni previsti nel Patto**, **Pronto intervento sociale**.

Il **Pronto intervento sociale**² in particolare è tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali richiamati all'articolo 1, comma 170 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 e ss. mm, rientrando così tra quegli interventi, servizi e prestazioni assicurate con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale.

Il Pronto Intervento Sociale si caratterizza come un servizio multiutenza, con implicazioni trasversali a tutta l'offerta di servizi sociali e, anche in collegamento con le Unità di strada, un importante ruolo di conoscenza del fenomeno e aggancio delle persone in povertà estrema e senza dimora; non a caso rappresenta una priorità comune sia al Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali e al Piano Nazionale Povertà e alla sua realizzazione *concorrono sia le risorse della quota servizi del Fondo povertà in favore di beneficiari dell'Assegno di inclusione e di nuclei e individui in simili condizioni di disagio economico sia le risorse della componente povertà estrema del Fondo povertà nonché quelle del PN Inclusione*. Per quanto riguarda la quota servizi 2025 per ogni Ambito distrettuale: la quota minima da destinare è pari al 4,14%.³

La quota servizi inoltre può inoltre essere destinata a finanziare:

- il rafforzamento dei **servizi per l'accesso o segretariato sociale**;
- gli oneri per l'attivazione e la realizzazione dei **PUC**;
- l'adeguamento dei **sistemi informativi** in termini di interoperabilità con la piattaforma Gepi nel limite del 2%.

2. Quota per interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora ("quota povertà estrema")

Il decreto interministeriale del 2 aprile 2025, in attuazione dell'articolo 7, comma 9 del decreto legislativo n. 147 del 2017, conferma per l'intero triennio 2024-2026 una quota annua nazionale di 20 milioni da destinare al finanziamento degli **interventi e dei servizi sociali in favore delle persone in condizione di povertà estrema e senza dimora**, secondo le indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta, oggetto di un

² Per la scheda tecnica occorre fare riferimento al precedente Piano Nazionale

³ La variazione di anno in anno della percentuale minima di risorse da destinare al Pronto intervento sociale deriva dal fatto che il decreto ministeriale 30/12/2021 destina annualmente a livello nazionale una quota minima fissa, pari a 20 milioni di euro, a tale LEPS. Modificandosi annualmente l'importo complessivo della quota servizi, si modifica anche tale percentuale minima di risorse da utilizzare da parte di ogni Distretto per garantire il servizio in questione.

apposito accordo in sede di Conferenza Unificata del 5/11/2015 tra Governo, Regioni, Province Autonome e Comuni.

Il Decreto Interministeriale, inoltre, all'articolo 10 comma 5 rimanda al riparto di cui alla Tabella 3, sezioni a) e b) allegata dall'analogo decreto del 18/5/2018 che riserva una "quota povertà estrema" ai Comuni capoluogo di Città Metropolitana, e una quota alle Regioni. La somma destinata al Comune di Bologna ammonta quindi anche per il 2025 a **euro 558.400,00** e viene trasferita direttamente dal Ministero del Lavoro e politiche sociali. Per la restante quota, pari a complessivi **euro 1.181.600,00** euro, la Regione effettua la ripartizione direttamente sulla piattaforma Multifondo del MLPS, sulla base del criterio indicato nel Piano regionale povertà circa i distretti beneficiari (fino ad oggi, in analogia con quanto avviene a livello nazionale, hanno ricevuto questa quota i Distretti in cui vi è un Comune con popolazione superiore a 50.000 abitanti).

Il criterio utilizzato a livello nazionale è infatti legato alla dimensione del fenomeno, stimato sulla base di una elaborazione ISTAT di una indagine campionaria del 2014. Secondo questa stima il fenomeno si concentra prevalentemente nei grossi centri urbani, dove storicamente esistono più servizi a favore di questa popolazione, soprattutto per iniziativa del terzo settore.

La quota povertà estrema è la componente del Fondo nazionale povertà 2024-2026 maggiormente soggetta a vincoli di destinazione. Le Amministrazioni beneficiarie, individuate dal nuovo Piano regionale per il contrasto alla povertà, dovranno riservare le seguenti quote minime:

- 12,5% sopra al pronto intervento sociale (nb che si aggiunge al 4,14% a valere sulla quota servizi)⁴ ;
- 25% all'housing first;
- 12,5% ai servizi di posta e residenza virtuale.

Solo la restante parte potrà essere programmata liberamente, ad esempio per finanziare attività come i centri servizi, i servizi di strada/prossimità/contatto, la presa in carico, gli interventi di contrasto alla povertà alimentare e deprivazione materiale.

Per l'attuazione di questi interventi si rimanda alle seguenti schede tecniche:

- pronto intervento sociale: n. 3.7.1 del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 (è in fase di ridefinizione),
- centro servizi per il contrasto alla povertà: n. 3.7.2. del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026,
- housing first/housing led: n. 3.7.3 del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026,
- housing temporaneo: n. 3.7.4 del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026.

Destinatari degli interventi sono le persone in condizione di povertà estrema e senza dimora ed in specifico coloro che:

- vivono in strada o in sistemazioni di fortuna;
- ricorrono a dormitori o strutture di accoglienza notturna;
- sono ospiti di strutture, anche per soggiorni di lunga durata, per persone senza dimora;
- sono in procinto di uscire da strutture di protezione, cura o detenzione, e non dispongono di una soluzione abitativa.

Tali risorse sono complementari a quelle provenienti dal **progetto INtegra**, finanziato nell'ambito del Piano Nazionale Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027 a valere sul FSE+, di

⁴ Il Piano Nazionale Povertà 2021 - 2023 alla sezione 3.7.1 prevede che "gli specifici interventi in emergenza a favore delle persone senza dimora o in situazione di grave marginalità devono essere disponibili almeno dei Comuni con più di 50.000 abitanti".

cui la Regione è capofila e partner sono i medesimi Comuni che accedono alla quota povertà estrema del Fondo nazionale povertà. Si tratta di 7.893.888,81 euro con cui verranno coperte le attività fino a giugno 2029.

Tabella di riepilogo delle risorse del Fondo nazionale povertà 2025 – quota servizi e quota povertà estrema

Quota servizi		Quota povertà estrema	
Tutti gli ambiti territoriali in base alla popolazione residente all'1.1.2024 (40%) e ai beneficiari AdI al 30.09. 2024 (60%)		Ambiti con Comune > 50.000 residenti	Comune di Bologna
Somme complessive	21.471.190,16 €	1.181.600,00 €	558.400,00 €
<i>di cui, quote minime da programmare per:</i>			
Pronto intervento sociale	890.403,52 €	147.700,00 €	69.800,00 €
Housing first		295.400,00 €	139.600,00 €
Servizi di posta e residenza virtuale		147.700,00 €	69.800,00 €

Complementarità con fondi comunitari

Nel quadro delle fonti di finanziamento finalizzate al contrasto della povertà a disposizione degli ambiti distrettuali rientrano, oltre alle risorse per interventi a favore delle persone in povertà estrema già sopra richiamate del Progetto INTEGRA:

- 1) Le risorse del **PNRR**, Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore, sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”, **linea di investimento 1.3 “Housing temporaneo e stazioni di posta”** (fino al 30/06/2026).
- 2) Le risorse del **Programma FSE +** di cui si richiamano le Priorità previste nel Programma Nazionale Inclusione e Lotta alla povertà 2021 – 2027:
 - a) sostegno all’inclusione sociale e lotta alla povertà, che ricomprende i seguenti obiettivi specifici:
 - b) o.s. h) [ESO4.8], dedicato all’inclusione attiva dei soggetti svantaggiati (tra cui detenuti ed ex detenuti),
 - c) o.s. j) [ESO4.10], dedicato all’inclusione attiva delle comunità emarginate (tra cui rom e sinti),
 - d) o.s. l) [ESO4.12], dedicato all’integrazione sociale di poveri/indigenti (tra cui le persone senza dimora);
 - e) Child Guarantee che ricomprende l’obiettivo specifico l) per l’integrazione sociale di minori poveri/indigenti;
 - f) contrasto alla deprivazione materiale che realizza l’obiettivo specifico m) [ESO4.13], dedicato al contrasto alla deprivazione materiale ricomprendendo tanto il contrasto alla povertà materiale quanto la distribuzione di beni alimentari e materiali a favore delle persone senza dimora e misure di accompagnamento ai servizi;
 - g) interventi infrastrutturali per l’inclusione socioeconomica in cui rientra la realizzazione di interventi di riqualificazione di immobili da adibire ad assistenza alloggiativa (housing first); costituzione e potenziamento di centri di servizio per il contrasto alla povertà a livello territoriale (stazioni di posta)

Assegnazione, programmazione, concessione e liquidazione

Per quanto riguarda la quota servizi, che ammonta per le attività da realizzare nel 2026 (quota 2025) a 21.471.190,16 euro, l'assegnazione avviene direttamente da parte del Ministero.

La **programmazione finanziaria** è già stata effettuata dai Distretti sulla piattaforma Multifondo, nel quadro degli obiettivi e dei criteri definiti dal Piano regionale povertà, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 14 del D.lgs 147/2017 ed in sintonia con l'analogo Piano triennale nazionale e sulla base delle nuove Linee guida.

Il trasferimento verrà attuato direttamente dal Ministero nei confronti degli Ambiti mentre la rendicontazione viene effettuata sempre attraverso la piattaforma Multifondo.

Anche la quota dedicata alla povertà estrema, dopo il riparto operato direttamente dalla Regione sulla piattaforma Multifondo, è già stata **programmata** dagli Ambiti beneficiari; conseguentemente si è già provveduto all'assegnazione e concessione della quota di 1.181.600,00 euro con atto dirigenziale n. 5096 del 13/03/2026. La **liquidazione** avverrà con successivo atto dirigenziale entro 60 giorni dall'effettivo versamento delle risorse stesse da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Il Comune capoluogo della Città metropolitana di Bologna per la quota di sua competenza, pari a 558.400,00 euro riceverà il trasferimento direttamente dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali.

La **programmazione degli interventi** verrà inoltre descritta nelle apposite schede attuative dedicate alla povertà e alla povertà estrema.

4. Fondi Finalizzati: sostegno ai comuni e alle forme associative di cui all'art. 16 L.R. 2/2003

Le risorse destinate ai fondi finalizzati ammontano ad **Euro 18.997.088,00**. La quota di euro 7.325.600,00 è stata già concessa agli EE.LL. come segue:

- Euro 2.725.600,00 con D.D. n. 22380/2025 in attuazione della DGR 1526 del 29/09/2025;
- Euro 3.960.000,00 con D.D. n. 4184/2026 in attuazione della DGR 163/2026;
- Euro 640.000,00 con DGR 294/2026.

Le rimanenti risorse per euro **11.671.488,00** trovano allocazione ai seguenti capitoli di spesa del bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026 e 2027:

- quanto a **Euro 7.800.000,00** al capitolo U57191 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei Piani di Zona interventi per soggetti a rischio esclusione sociale (art. 47, comma 1, lett. b), L.R. 12 marzo 2003, n.2";
- quanto a **Euro 1.661.488,00** al capitolo U57107 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona per interventi rivolti all'infanzia e ai minori (art. 47, comma 1, lett.b.) L.R. 12 marzo 2003, n. 2 e L. 8 novembre 2000, n. 328; art. 1, comma 1252, L. 296/2006 e art. 19, comma 3, D.L. 4 luglio 2006, n. 223 convertito in L. dall'art. 1 L. 4 agosto 2006, n. 248, D.lgs. 15 settembre 2017, n. 147) -Mezzi statali".
- quanto a **Euro 2.160.000,00** allocati al capitolo U57187 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona per interventi per la programmazione e il governo della rete dei servizi (art. 47, comma 1, lett.b.) L.R. 12 marzo 2003, n. 2 e L. 8 novembre 2000, n. 328; art. 1, comma 1252, L. 296/2006 e art. 19, comma 3, D.L. 4 luglio 2006, n. 223 convertito in L. dall'art. 1 L. 4 agosto 2006, n. 248, D.lgs. 15 settembre 2017, n. 147) -Mezzi statali".
- quanto a **Euro 50.000,00** allocati al capitolo U57233 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata all'istituzione ed al finanziamento delle attività dei centri per le famiglie previste dagli artt. 11 e 12 della L.R. 14 agosto 1989, n.27 articoli abrogati; art. 15, L.R. 28 luglio 2008, n.14." di cui 25.000,00 anno di previsione 2026 e 25.000,00 anno di previsione 2027

4.1 Sostegno ai comuni quale concorso regionale per agevolare la mobilità delle persone in condizione di fragilità sociale

Obiettivi

Le risorse destinate agli Enti locali nelle modalità di seguito indicate, sono destinate *in via prioritaria* ad interventi e contributi finalizzati ad agevolare la fruizione del trasporto pubblico locale da parte di persone in condizione di fragilità sociale, con priorità alle persone indigenti senza dimora, ai componenti delle famiglie numerose.

In considerazione del fatto che il fenomeno della grave emarginazione adulta e senza dimora, tende a concentrarsi prevalentemente nelle aree urbane di maggiori dimensioni ed al fine di assicurare adeguata implementazione del Programma finalizzato in oggetto secondo le finalità indicate, si richiede ai Comuni capoluogo di assicurare la misura a favore delle persone senza dimora in carico ai servizi, sulla base della valutazione dell'effettivo bisogno ed in una logica di complementarietà con altri interventi, utilizzando le risorse del presente programma al fine di garantirne l'accesso da parte dei beneficiari. In considerazione della specificità di questa utenza caratterizzata da elevata fragilità e generalmente da assenza di reddito, l'aumento delle risorse serve a coprire interamente il costo dell'abbonamento a tariffa agevolata, i cui costi altrimenti non risulterebbero sostenibili direttamente dall'utenza.

In merito agli abbonamenti agevolati per il TPL "Mi Muovo Insieme", sono confermati anche nel 2026 fino a nuova deliberazione i criteri di accesso e le tariffe previsti dalla DGR 211/2021 e la DGR 1605/2024.

<https://mobilita.regione.emilia-romagna.it/agevolazioni-per-gli-utenti-del-trasporto-pubblico/mi-muovo-insieme>

Azioni

Le azioni che possono essere avviate in ogni ambito territoriale sono:

1. Accordo con Azienda di Trasporto per integrazioni tariffarie Mi muovo insieme (ulteriori sconti già disponibili in biglietteria);
2. Acquisto diretto da parte di Comune/Unione di titoli di viaggio per persone indigenti senza dimora;
3. Acquisto diretto da parte di Comune/Unione di titoli di viaggio per altri beneficiari indicati nella DGR 211/2021;
4. Bando per rimborso di titoli di viaggio già acquistati dai cittadini rientranti nelle categorie di cui alla DGR 211/2021;
5. Altri interventi per la mobilità ed il trasporto sociale

Risorse

Le risorse destinate alle finalità della presente iniziativa ammontano a complessivi **Euro 1.500.000,00** e trovano allocazione al capitolo U57191 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai Comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona, interventi per soggetti a rischio esclusione sociale (art. 47, comma 1, lett. b), L.R. 12 marzo 2003, n.2)" del bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026.

Beneficiari

La DGR 211/2021 e la DGR 1605/2024 definiscono le categorie di beneficiari delle misure del programma finalizzato relativo alla Mobilità delle persone in condizione di fragilità sociale, ovvero Famiglie numerose con 4 o più figli e con ISEE fino a 28.000 euro; le persone con disabilità, ciechi, invalidi e mutilati; le persone anziane con almeno 65 anni e con ISEE fino a 15.000 euro; i titolari di protezione internazionale; le vittime di tratta e grave sfruttamento; le

persone indigenti senza dimora che necessitano di utilizzare il TPL nell'ambito di un percorso di inserimento sociale e/o di una presa in carico da parte degli Enti Locali.

Destinatari

Comune o altro Ente, tra quelli individuati dall'art.16 della L.R. 2/03, individuato quale ente capofila dell'ambito distrettuale, da apposita convenzione ai sensi del vigente Piano sociale e sanitario regionale.

Criteri di ripartizione

Le risorse pari ad euro **1.500.000,00 di euro** sono ripartite:

- a) per il 70% ai 13 ambiti territoriali in cui sono collocati i Comuni con una popolazione superiore ai 50.000 abitanti in ragione dell'articolazione del sistema del TPL di cui:
 - il 40% sulla base della ripartizione della spesa di cui all'Accordo regionale di cui alla DGR 2034/07 e s.m.i., con riferimento ai riparti effettuati con DGR 1999/2015 e DGR 187/2016;
 - il restante 60% sulla base della popolazione residente al 01/01/2025;
- b) per il 30% delle risorse ai restanti 25 ambiti distrettuali sulla base della popolazione residente al 1/1/2025.

Modalità di rendicontazione

L'utilizzo delle risorse di cui al presente Programma finalizzato sarà monitorato tramite apposita scheda dedicata da compilarsi da parte degli ambiti distrettuali su applicativo web regionale <https://sireus.lepida.it/common>, nei tempi e nei modi stabiliti dalla presente Deliberazione

Atti successivi

Il dirigente competente provvederà con propri atti formali, in conformità alle norme e ai principi contabili del D.lgs 118/2011 e ss.mm., nonché delle norme di gestione previste dalle disposizioni della deliberazione G.R. n. 278/2026 (disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale):

- alla concessione dei contributi regionali sulla base dei criteri sopra indicati e all'assunzione dei relativi impegni contabili sui sopracitati capitoli di spesa del Bilancio finanziario gestionale 2026- 2028, anno di previsione 2026;
- alla liquidazione previa valutazione della congruità delle azioni programmate agli obiettivi descritti nel presente Programma finalizzato, a seguito di compilazione di apposita scheda intervento dedicata da inserire sull'applicativo web disponibile al seguente indirizzo: <https://sireus.lepida.it/common>, nei tempi e nei modi stabiliti dalla presente Deliberazione

4.2 Programma attuativo “Interventi e servizi per il reinserimento sociale delle persone sottoposte a provvedimenti privativi o limitativi della libertà personale”

Anche per quanto concerne gli interventi volti al reinserimento sociale, lavorativo e abitativo delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria si intende fornire il quadro delle risorse e delle azioni al fine di una più agevole integrazione a livello di programmazione distrettuale.

Premessa

Nel **2026** si è proseguito nell'attuazione degli importanti documenti sottoscritti nel 2022, che, congiuntamente al Decreto legislativo n. 150 del 10 ottobre 2022, hanno ridisegnato le prospettive e gli strumenti di intervento nel campo del reinserimento delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale:

- l'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 28 aprile 2022, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, volto all'attuazione delle “Linee di indirizzo per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali per il reinserimento delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale”, con l'obiettivo di rafforzare la programmazione sociale regionale, migliorare la qualità dei servizi e favorire la sicurezza e la coesione sociale;
- il Protocollo di Intesa del 28 giugno 2022, siglato tra il Ministero della Giustizia, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e la Cassa delle Ammende, in attuazione del suddetto Accordo, per dare concreta operatività alle linee di indirizzo attraverso un sistema integrato di interventi e servizi per il reinserimento sociale delle persone interessate.

Inoltre, nel solco delle riforme introdotte dalla Riforma Cartabia, anche nel 2026 è proseguito il consolidamento della Conferenza Nazionale della Giustizia Riparativa e delle Conferenze Locali della Giustizia Riparativa, organismi previsti per favorire il coordinamento tra i diversi livelli istituzionali e promuovere lo sviluppo uniforme di pratiche riparative sul territorio nazionale. **In tale ambito, sono stati individuati i Comuni di Bologna e Reggio Emilia quali sedi dei Centri di giustizia riparativa.** Le Conferenze rappresentano un ulteriore passo verso l'attuazione sistemica della giustizia riparativa, in linea con i principi ispiratori della riforma e con l'obiettivo di garantire percorsi complementari al sistema penale, orientati alla responsabilizzazione, alla riconciliazione e alla ricostruzione del legame sociale.

In attuazione di tali atti, la Regione Emilia-Romagna ha continuato nel **2026** a implementare le misure previste, operando in continuità con quanto avviato nel 2022 con la deliberazione n. 2002 del 21/11/2022, che aveva istituito la Cabina di Regia regionale in materia. Questa Cabina, composta dai referenti delle Amministrazioni comunali sedi di Istituti Penitenziari, dalle articolazioni regionali del Ministero della Giustizia, dalle Direzioni regionali competenti e da ANCI Emilia-Romagna, ha proseguito i propri lavori anche nel **2026**.

Sempre in un'ottica di integrazione ed implementazione delle azioni, in seno alla stessa è stata ulteriormente sviluppata la proposta progettuale “Una giustizia più inclusiva – Emilia-Romagna – AMA ES AMA DE”, **attualmente in fase di attuazione**, presentata in risposta ad un avviso pubblico della Direzione Generale per il Coordinamento delle Politiche di Coesione (DGCP), finanziato con fondi del Programma Nazionale Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027.

Il **progetto Territori per il reinserimento Emilia-Romagna** approvato da Cassa delle Ammende nel 2023, al fine di garantire la continuità degli interventi e il pieno utilizzo delle risorse assegnate, è stato prorogato al 31/12/2026; a tal fine, le risorse regionali sono state ulteriormente implementate per un importo pari a euro 650.000,00, al fine di assicurare la copertura degli interventi anche per l'anno 2026 di cui 640.000, a favore dei Comuni sede di IIPP, già impegnati con DGR n. 294/2026, mentre ulteriori 10.000 euro verranno

successivamente impegnati a favore di ANCI Emilia-Romagna in qualità di partner attuatore delle azioni di sistema.

Finalità e interventi

Nel progetto TPR E-R confluiscono le linee di intervento che negli ultimi anni hanno caratterizzato il lavoro sviluppato sui territori a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria.

Il progetto, infatti, si articola in 5 aree:

1. Percorsi di inclusione sociale, abitativa e inserimento lavorativo a favore delle persone in esecuzione penale esterna per tutto il territorio regionale (ex progetto TPR azione 2 ed ex Finalizzato esecuzione penale);
2. Interventi all'interno degli II.PP. ad esempio sportelli informativi, sportelli dimittendi, attività formative, scolastiche, culturali, sportive, socio-ricreative (ex Finalizzato esecuzione penale);
3. Sviluppo di servizi pubblici per il sostegno agli interventi erogati dai Centri di giustizia riparativa per tutto il territorio regionale (ex progetti TPR azione 4 e TPR mediazione penale e Finalizzato esecuzione penale);
4. Progetti sperimentali di formazione-lavoro e di inclusione sociale di persone internate presso la Casa di reclusione di Castelfranco e in misura di sicurezza presso le REMS di Reggio Emilia; interventi per l'inclusione dei giovani adulti ristretti presso l'IPM di Bologna;
5. Azioni di sistema regionali di supporto al Piano d'Azione triennale di supporto e accompagnamento alla programmazione e gestione degli interventi su base territoriale e ai compiti incardinati della Cabina di Regia regionale.

Il progetto triennale TPR E-R da un lato garantisce continuità agli interventi già in corso (esecuzione penale esterna, negli II.PP., attività intramurarie per il miglioramento della qualità della vita dei detenuti, servizi per la giustizia riparativa), dall'altro introduce alcune novità, tra cui risorse regionali extraquota per finanziare interventi di giustizia riparativa a favore di minori e per accompagnare e supportare il lavoro delle Amministrazioni. A questi si aggiungono gli interventi sperimentali sopra descritti che hanno l'obiettivo di intervenire in ambiti quali le REMS e l'IPM di Bologna su cui non erano fino ad oggi mai state investite risorse.

Programmazione, concessione, rendicontazione e liquidazione delle risorse

Le risorse assegnate e concesse ai Comuni sede di II.PP con propria DGR n. 294/2026 di cui al presente paragrafo, per complessivi euro, 640.000,00, vengono qui rappresentate unicamente al fine di ricomporre il quadro complessivo del Fondo sociale regionale destinato alla programmazione dei Piani di Zona; per la definizione dei destinatari, dei criteri di ripartizione e le modalità di rendicontazione si rinvia a quanto stabilito nel citato provvedimento.

Con successivo atto dirigenziale verranno inoltre concesse e impegnate le ulteriori risorse pari a 10.000,00 euro e, nel medesimo provvedimento, verranno indicate le modalità e le tempistiche di rendicontazione.

4.3 Consolidamento, sviluppo e qualificazione dei Centri per le famiglie

Le risorse destinate alle finalità del presente punto, ammontano ad euro **6.710.600,00** nel 2026 e **25.000,00** nel 2027, per complessivi euro 6.735.000,00 e ad esse concorrono:

- a euro **2.225.600,00** per le azioni di consolidamento, sviluppo e qualificazione dei Centri per le Famiglie, si rimanda a quanto stabilito dalla DGR n. 1526/2025 e DD n. 22380/2025;
- a euro **500.000,00** per azioni finalizzate in particolare alla realizzazione di interventi particolarmente innovativi come stabilito dalla DGR n. 1526/2025 e DD n. 22380/2025;
- a euro **1.500.000,00** alle azioni previste dall'art. 1 comma 2 dell'Avviso pubblico sul potenziamento (per i CPF esistenti alla data di pubblicazione del presente avviso) e avvio e consolidamento (per quelli di nuova attivazione) del ruolo informativo dei Centri sui servizi, risorse e opportunità istituzionali e informali (educative, sociali, sanitarie, economiche, scolastiche e del tempo libero) per la famiglia, che siano attivi nel territorio e offerti a livello nazionale, migliorandone la fruizione anche attraverso l'attivazione di sportelli informativi dedicati, accessibili non esclusivamente per via informatica come stabilito dalla DGR n. 163/2026 e DD n. 4184/2026;
- a euro **900.000,00** alle azioni previste dall'art. 1 comma 3 lett. i dell'Avviso pubblico sull'erogazione di servizi per l'ascolto e il counseling dedicati agli adolescenti e ai loro genitori come stabilito dalla DGR n. 163/2026 e DD n. 4184/2026;
- a euro **1.560.000,00** alle azioni previste dall'art. 1 comma 3 lett. iii dell'Avviso pubblico sulla promozione dell'utilizzo di figure di sostegno alla maternità e alla famiglia, nei primi mille giorni, quali, ad esempio, l'assistente materna, le cui funzioni sono, in ambito sociale,
di sostegno relazionale alla donna in gravidanza e alla famiglia fino al primo anno di vita del bambino, offrendo presenza e vicinanza anche a domicilio, con l'ascolto, il supporto, l'aiuto nella quotidianità e l'orientamento non direttivo, nel pieno rispetto delle scelte delle persone che accompagna come stabilito dalla DGR n. 163/2026 e DD n. 4184/2026
- a euro **50.000,00** (di cui euro 25.000,00 per l'anno 2026 ed euro 25.000,00 per l'anno 2027) per le azioni a sostegno al sito regionale Informafamiglie;

Obiettivi:

Come previsto dalle Linee Guida approvate con DGR 391/2015, i Centri per le famiglie operano per:

- a) la promozione del benessere delle famiglie, prioritariamente con figli di minore età, sia in relazione alle attività della vita quotidiana, sia con riferimento allo sviluppo ed al sostegno delle competenze genitoriali;
- b) l'integrazione e potenziamento dell'attività dei servizi territoriali e specialistici finalizzati a sostenere le famiglie nei momenti critici o nelle fasi di cambiamento della vita familiare, allo scopo di prevenire o ridurre le esperienze di disagio familiare, infantile, adolescenziale;
- c) la promozione della cultura della partecipazione, dell'accoglienza, della solidarietà e del mutuo aiuto tra le famiglie, attraverso un'attenzione ravvicinata ai microcontesti della comunità, nei quali mobilitare e valorizzare le risorse presenti, promuovere lo sviluppo di aggregazioni e di reti famigliari, sostenere attivamente iniziative e progetti che valorizzino il protagonismo delle famiglie, anche in una logica multiculturale e intergenerazionale.

Il presente finanziamento, qui complessivamente richiamato, è orientato a sostenere e qualificare l'attività dei Centri per le Famiglie, nonché a promuoverne la diffusione e lo sviluppo sul territorio regionale al fine di raggiungere la completa copertura di tutti gli ambiti distrettuali, anche sviluppando e diffondendo le loro attività in maniera più capillare ed aprendo sedi periferiche (spoke), in una prospettiva di promozione dell'equità e prossimità.

Considerato l'obiettivo di sostenere le crescenti sfide che i genitori e le famiglie si trovano ad affrontare, sia a livello sociale che economico, l'intenzione è di offrire maggiori servizi di supporto e consulenza gratuita per genitori, a sostegno della genitorialità e delle dinamiche familiari, anche attraverso le risorse del Fondo per le Politiche della famiglia. Si intende promuovere, anche con risorse regionali, iniziative innovative di prevenzione specificamente destinate alle famiglie con bambini e adolescenti, con l'intento di favorire il benessere e la coesione all'interno della nostra comunità regionale.

Oltre alle azioni di consolidamento, sviluppo e qualificazione dei Centri per le Famiglie esistenti, il D.M. 27 giugno 2025 "Riparto del Fondo per le Politiche della famiglia, anno 2025" ha individuato anche la necessità di assicurare, tramite i Centri per le Famiglie, consulenza e servizi in merito all'alfabetizzazione mediatica e digitale dei minori, con particolare attenzione alla loro tutela rispetto all'esposizione a contenuti pornografici e violenti. Inoltre, in attuazione dell'art.14, comma 2, del decreto-legge 15 settembre 2023, n. 123, convertito con legge n.159/2023, i Centri per le Famiglie devono erogare altresì servizi di alfabetizzazione alle famiglie sulla prevenzione e sugli effetti dell'assunzione di sostanze psicotrope, attraverso l'utilizzo dei materiali resi disponibili dal Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del consiglio dei ministri, e servizi finalizzati alla valorizzazione pratica dell'invecchiamento attivo, anche attraverso il coinvolgimento volontario delle persone anziane in attività di accompagnamento, assistenza e consulenza alle famiglie.

Attraverso le risorse dell'avviso pubblico CPF 2025, destinate alla Regione Emilia-Romagna, si sosterranno inoltre: **potenziamento** per i CPF esistenti e l'avvio e consolidamento (per quelli di nuova attivazione) del **ruolo informativo** dei Centri sui servizi, risorse e opportunità istituzionali e informali (educative, sociali, sanitarie, economiche, scolastiche e del tempo libero) per la famiglia; l'erogazione di servizi per **l'ascolto e il counseling dedicati agli adolescenti e ai loro genitori**; la promozione dell'utilizzo di figure di **sostegno alla maternità e alla famiglia**, nei primi mille giorni.

Azioni

- 1) Supportare le attività dei Centri per le Famiglie, come previste dalla DGR 391/2015, con riferimento alle tre aree:
 - area dell'informazione
 - area del sostegno alle competenze genitoriali
 - area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie
- 2) Supportare **azioni** finalizzate in particolare alla realizzazione di progettualità particolarmente **innovative** derivanti dal Programma Straordinario famiglie 2023-24, secondo le seguenti linee di progettazione:
 - Arte e laboratori - sperimentazioni innovative rivolte a bambini e ragazzi e alle loro famiglie nel tempo libero per promuovere "il piacere di fare insieme";
 - Adolescenti e genitori: le fatiche del crescere, speranza ed energia nel futuro;
 - Affiancamento familiare: famiglie che aiutano famiglie;
 - Fare community nel reale, promozione di esperienze di condivisione in gruppo e attività territoriali di prossimità.
- 3) **Realizzare**, in attuazione del D.M. 27 giugno 2025 "Riparto del Fondo per le Politiche della famiglia, anno 2025" e dell'art.14, comma 2, del decreto-legge 15 settembre 2023, n. 123, convertito con legge n.159/2023:
 - consulenza e servizi in merito **all'alfabetizzazione mediatica e digitale dei minori**
 - servizi di alfabetizzazione alle famiglie sulla **prevenzione e sugli effetti dell'assunzione di sostanze psicotrope**
 - servizi finalizzati alla valorizzazione pratica dell'**invecchiamento attivo**

- 4) Potenziare i Centri per le famiglie, **incrementare la prossimità territoriale e preservare la coerenza dell'intervento distrettuale**. Queste esigenze vengono quindi tradotte nel sostenere l'apertura di nuove sedi secondarie (spoke) per aumentare la prossimità dei Centri per le famiglie e potenziare per tutti i Centri già esistenti l'apertura dello sportello prevista dalle linee regionali, aumentando la qualità e la specializzazione del servizio informativo, potenziando il back office, aggiornando le professionalità attraverso momenti di formazione; promuovendo la creazione e la cura di materiali informativi dedicati e uniformi su tutto il territorio di competenza; incrementando le ore di coordinamento e raccordo con altri servizi (educativi, sociali, sanitari, lavoro, ecc.);
- 5) Erogare servizi per l'ascolto e il counseling dedicati agli adolescenti e ai loro genitori." (art. 1 co. 3 lett. i dell'Avviso pubblico), attraverso le seguenti azioni:
- Sportelli di ascolto e counseling per adolescenti e genitori
 - Brevi percorsi di counseling individuale per adolescenti e genitori.
 - attività di gruppo dedicate a adolescenti e genitori.
- 6) Promuovere l'utilizzo di figure di sostegno alla maternità e alla famiglia, nei primi mille giorni, quali, ad esempio, l'assistente materna, le cui funzioni sono, in ambito sociale, di sostegno relazionale alla donna in gravidanza e alla famiglia fino al primo anno di vita del bambino, offrendo presenza e vicinanza anche a domicilio, con l'ascolto, il supporto, l'aiuto nella quotidianità e l'orientamento non direttivo, nel pieno rispetto delle scelte delle persone che accompagna. (art. 1 co. 3 lett. iii dell'Avviso pubblico), attraverso le seguenti azioni:
- Attività informative e di supporto alle famiglie espletate in una logica interdisciplinare rivolte in particolare al periodo prenatale e nei primi mesi di vita del bambino;
 - Sostegno alla genitorialità con competenza e vicinanza attraverso la proposta di interventi domiciliari per mamme, papà e bambini nei primi mesi di vita;
 - Attivazione di gruppi supportati dagli operatori e azioni di sostegno tra famiglie per facilitare l'auto mutuo aiuto.
- 7) Riconoscere una quota a supporto della gestione di funzioni di coordinamento delle redazioni locali e sviluppo e qualificazione del sito regionale Informafamiglie al Comune di Ferrara ed al Comune di Cattolica con riferimento alle annualità 2026 e 2027.

Le risorse di cui al presente paragrafo, indicate ai punti 1,2,3,4,5 e 6 per complessivi euro **6.685.600,00** vengono qui rappresentate unicamente al fine di ricomporre il quadro complessivo del Fondo sociale regionale destinato alla programmazione dei Piani di Zona e dato che si è già provveduto, con proprie DGR n. 1526/2025 e DGR n. 163/2026 a finalizzare e con le D.D. n. 22380/2025 e DD n. 4184/2026 ad assegnare e concedere. Per la definizione dei destinatari, dei criteri di ripartizione e le modalità di rendicontazione si rinvia a quanto stabilito nei citati provvedimenti;

Le risorse di cui al punto 7 del presente paragrafo, euro **50.000,00**, per le azioni a sostegno del sito regionale Informafamiglie, allocate al capitolo 57233 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata all'istituzione ed al finanziamento delle attività dei Centri per le famiglie previste dagli artt. 11 e 12 della L.R. 14 agosto 1989, n.27 articoli abrogati; art. 15, L.R. 28 luglio 2008, n.14", di cui euro 25.000,00 per il 2026 ed euro 25.000,00 per il 2027.

Destinatari

Per l'attività di coordinamento delle redazioni locali e qualificazione e sviluppo del sito regionale Informafamiglie annualità 2026 e 2027 sono individuati: il Comune di Ferrara ed il Comune di Cattolica.

Criteri di ripartizione

Le risorse pari a euro 50.000,00 sono assegnate per gli anni 2026 e 2027, al Comune di Ferrara ed al Comune di Cattolica per l'attività di coordinamento delle redazioni locali e qualificazione e sviluppo del sito regionale Informafamiglie, da svolgere attraverso i loro due Centri per le famiglie e sono suddivise come segue:

anno 2026

- quanto a euro 15.000,00 destinate al Comune di Ferrara
- quanto a euro 10.000,00 destinate al Comune di Cattolica;

anno 2027

- quanto a euro 15.000,00 destinate al Comune di Ferrara
- quanto a euro 10.000,00 destinate al Comune di Cattolica;

Modalità di rendicontazione

Al fine del monitoraggio delle risorse assegnate all'attività di coordinamento delle redazioni locali e qualificazione e sviluppo del sito regionale Informafamiglie, i due Comuni dovranno predisporre una relazione delle attività realizzate rispettivamente nel corso del 2026 e 2027, da inviare al Servizio competente via PEC (politichesociali@postacert.regione.emilia-romagna.it).

Atti successivi

Il dirigente competente provvederà con propri atti formali, in conformità alle norme e ai principi contabili del D.lgs 118/2011 e ss.mm., nonché delle norme di gestione previste dalla L.R. n.40/2001, per quanto ancora applicabili, e in particolare dalle disposizioni della deliberazione G.R. n. 278/2026 (nuova disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale):

- all'assegnazione e concessione dei contributi previsti a favore del Comune di Ferrara e del Comune di Cattolica sulla base di quanto stabilito al precedente punto "criteri di ripartizione", all'assunzione dei relativi impegni contabili sul pertinente capitolo di spesa del Bilancio finanziario gestionale 2026 e 2027;
- alla liquidazione dei contributi regionali concessi per l'anno 2026 ad esecutività dell'atto di concessione e per i contributi concessi per l'anno 2027 a inizio del 2027.

4.4 Implementazione delle Linee di indirizzo nazionali sull'intervento con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità- P.I.P.P.I

Risorse

Le risorse destinate alle finalità del presente punto ammontano a **euro 1.121.488,00** e trovano allocazione, come sopra riportato, al capitolo U57107 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona per interventi rivolti all'infanzia e ai minori (art. 47, comma 1, lett.b.) L.R. 12 marzo 2003, n. 2 e L. 8 novembre 2000, n. 328; art. 1, comma 1252, L. 296/2006 e art. 19, comma 3, D.L. 4 luglio 2006, n. 223 convertito in L. dall'art. 1 L. 4 agosto 2006, n. 248, D.lgs. 15 settembre 2017, n. 147) -Mezzi statali" del bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026.

La quota minima di finanziamento per ciascun ambito per il triennio 2024-2026 è pari a 210.279,00 € (ossia 70.093 € per ciascuna annualità). Gli ambiti individuati dalla Regione sulla base delle domande di adesione pervenute, riceveranno il medesimo finanziamento per ciascuna delle tre annualità nel triennio di finanziamento del Fondo nazionale politiche sociali. Laddove il raggiungimento del LEPS sia garantito in modo completo, pieno e uniforme da ogni singolo ATS, anche attraverso l'utilizzo di altre fonti di finanziamento assegnate per le medesime finalità, fermo restando l'obbligo per l'ATS di dichiarare l'avvenuto raggiungimento del LEPS, eventuali risorse assegnate e non spese possono essere investite dallo stesso ATS in altre aree di intervento del Fondo, seguendo le indicazioni di programmazione contenute nel paragrafo 2 del presente allegato.

Obiettivi:

a) promuovere e diffondere le Linee di indirizzo nazionali sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità del 21/12/2017;

b) innovare le pratiche di intervento per l'accompagnamento della genitorialità vulnerabile 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 e tenendo in ampia considerazione la prospettiva dei genitori e dei bambini stessi nel costruire l'analisi e la risposta a questi bisogni. Obiettivo primario è aumentare la sicurezza dei bambini e migliorare la qualità del loro sviluppo.

Azioni

Realizzazione triennale delle fasi e azioni previste dal programma di implementazione delle Linee di indirizzo sopracitate (P.I.P.P.I) secondo quanto definito dell'art.4 del Decreto interministeriale del 22 ottobre 2021.

Destinatari

Comuni e altri Enti capofila degli ambiti distrettuali aderenti al Piano di lavoro allegato all'Accordo sopracitato, individuati dalla determina n. 16724/2025.

Criteri di ripartizione

Le risorse complessive pari a euro 1.121.488,00 euro sono ripartite ai 16 ambiti aderenti o loro aggregazioni, individuati con Determina n. 16724/25 e stabiliti in euro 70.093 per ogni ambito.

Modalità di rendicontazione

Trattandosi di risorse rientranti nell'ambito del Fondo nazionale politiche sociali, la spesa viene monitorata attraverso le medesime modalità di rendicontazione previste per la quota statale del Fondo sociale locale, nell'ambito della piattaforma SIOSS relativa alla rendicontazione del FNPS, con la specifica indicazione di conservare agli atti i giustificativi delle spese effettuate. Con Decreto Ministeriale n.44 del 28 marzo 2025, nell'allegato A sono individuate le informazioni da rilevare per quei servizi che, ai sensi dell'articolo 1, comma 170 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, costituiscono livelli essenziali delle prestazioni sociali. In particolare, per quanto riguarda la prevenzione dell'allontanamento familiare, è necessario compilare su SIOSS, con riferimento alle attività 2025, la scheda A4 dell'allegato A. Le indicazioni per la corretta compilazione saranno fornite con apposita circolare del MLPS, non ancora pubblicata al momento della stesura del presente documento.

Atti successivi

Il Dirigente competente provvederà con propri atti formali, in conformità alle norme e ai principi contabili del D.lgs 118/2011 e ss.mm. e dalle disposizioni della deliberazione G.R. n. 278/2026 (nuova disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale):

- all'assegnazione e concessione dei contributi previsti a favore dei Destinatari individuati, sulla base dei criteri di ripartizione sopra riportati, all'assunzione dei relativi impegni contabili sui pertinenti capitoli di spesa del Bilancio finanziario gestionale 2026 -2028, anno di previsione 2026;
- alla liquidazione dei contributi per gli ambiti individuati previa valutazione della congruità delle azioni programmate agli obiettivi descritti nel presente Programma finalizzato, a seguito di compilazione nell'apposita scheda intervento (link scheda 37 come aggiornata in allegato B della presente Deliberazione) con riferimento al Programma Pippi da inserire sull'applicativo web disponibile al seguente indirizzo: <https://sireus.lepida.it/common>, nei tempi e nei modi stabiliti dalla presente Deliberazione.

4.5 Sostegno ai Comuni per azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla vulnerabilità sociale (Scheda 40)

Negli ultimi anni, anche in Emilia-Romagna si sono manifestati con crescente evidenza fenomeni di disuguaglianza e fragilità socioeconomica che investono una parte significativa della popolazione, spesso non intercettata dai sistemi di protezione tradizionali. Tali dinamiche sono state acuite da fattori contingenti quali l'aumento dell'inflazione, legato al perdurare della crisi economica internazionale e, più recentemente, dall'impatto della crisi climatica, che ha messo in seria difficoltà numerosi territori della regione, aggravando condizioni già precarie di nuclei familiari e individui.

A fronte di questo contesto, si conferma la necessità di sostenere i Comuni nell'attivazione di interventi flessibili, tempestivi e territorialmente mirati, capaci di rispondere ai bisogni delle persone e dei contesti, con particolare attenzione a cittadini e famiglie in condizioni di vulnerabilità economica, abitativa o relazionale non ancora riconosciute o prese in carico dai servizi.

Per realizzare questo è necessario che i comuni garantiscano attività di mappatura dei bisogni emergenti non ancora riconosciuti dai servizi, in raccordo con i servizi territoriali e il terzo settore. Queste situazioni richiedono una capacità di ascolto diffusa, un'azione di prossimità continua e strumenti operativi capaci di accompagnare, senza etichettare.

In coerenza con gli indirizzi del programma di mandato si intende rafforzare il ruolo dei territori nella lettura dinamica dei bisogni e nella costruzione di risposte personalizzate, promuovendo una visione generativa del welfare capace, cioè di attivare le risorse latenti delle persone e delle comunità, stimolare corresponsabilità, sviluppare legami e costruire percorsi di emancipazione.

Le azioni previste da questo programma potranno essere realizzate anche mediante l'integrazione con risorse provenienti da altri programmi o misure regionali, in una logica di sinergia istituzionale e di progettazione con il terzo settore.

Risorse

Le risorse destinate alla finalità del presente punto 4.5 ammontano a complessivi euro 3.600.000,00 e trovano allocazione nel bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026, al capitolo U57191 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai Comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona, interventi per soggetti a rischio esclusione sociale (art. 47, comma 1, lett. b), L.R. 12 marzo 2003, n.2)".

Destinatari

Comune o altro Ente, tra quelli individuati dall'art. 16 della L.R. 2/03, individuato quale ente capofila dell'ambito distrettuale, da apposita convenzione ai sensi del vigente Piano sociale e sanitario regionale.

Azioni da svolgere

Le azioni previste nell'ambito della scheda 40 potranno comprendere:

- Erogazione di contributi economici, con priorità a persone o nuclei familiari che abbiano subito una riduzione del reddito a causa di licenziamento, cassa integrazione, malattia grave o altri eventi di particolare gravità riconosciuti dai Servizi Sociali Comunali. Sarà necessario tenere conto di eventuali sussidi già concessi o erogati da

altri Enti. Tra i destinatari sono inclusi anche i senza dimora, per i quali il contributo potrà essere finalizzato anche alla cura del proprio animale d'affezione.

- Sostegno al pagamento dell'affitto e delle utenze, rivolto prioritariamente a persone o nuclei familiari in difficoltà economica per le medesime cause, con particolare attenzione all'eventuale percezione di altri contributi pubblici.
- Erogazione di buoni spesa per generi alimentari e di prima necessità, destinati prioritariamente a coloro che non beneficiano di altri sostegni statali analoghi (ad esempio la "Carta dedicata a te"). Anche in questo caso, tra i beneficiari rientrano i senza dimora.
- attivazione di forme di sostegno socioeducativo;
- sostegno alle attività scolastiche e formative, in sinergia con i soggetti locali competenti;
- attivazione di interventi flessibili di accompagnamento sociale e di supporto relazionale, anche a carattere sperimentale, rivolti anche a chi non è seguito da servizi;
- promozione, a regia pubblica, di percorsi di coinvolgimento attivo delle comunità locali, con il supporto di operatori, reti informali e realtà associative del territorio, nell'ottica del welfare di comunità, che valorizza la partecipazione diretta dei cittadini e delle risorse locali nella costruzione condivisa di risposte ai bisogni sociali;
- realizzazione di altre misure di supporto e accompagnamento ad eventuali situazioni emergenziali.

Tutti gli interventi saranno attivati previa valutazione del servizio sociale territoriale, prevedendo modalità di presa in carico leggere e personalizzate. Si favorirà la co-costruzione dei percorsi insieme ai beneficiari, promuovendo l'empowerment e la partecipazione attiva delle persone coinvolte.

Beneficiari

Tutti i cittadini che versano in situazione di impoverimento, che hanno perso i mezzi di sussistenza e che saranno valutati attraverso l'intervento professionale del Servizio sociale territoriale. Particolare attenzione sarà da dedicarsi a coloro che sono in difficoltà economica e non rientrano nelle misure di sostegno al reddito ordinarie o straordinarie previste dal livello nazionale.

Criteri di ripartizione

Le risorse pari a euro 3.600.000,00 sono ripartite con i medesimi criteri di riparto del Fondo sociale locale, pari a:

- una quota pari al 3% del totale pari a 108.000,00 euro sulla base della popolazione residente nei Comuni montani individuati ai fini ISTAT all'01/01/2025;
- il restante 97% pari a 3.492.000,00 sulla base della popolazione residente al 01/01/2025, pesata per fasce di età, secondo lo schema seguente:

- 0 – 24 valore 2
- 25 – 64 valore 1
- >= 65 valore 2

Modalità di rendicontazione

- L'utilizzo delle risorse di cui al presente Programma finalizzato sarà monitorato tramite apposita scheda dedicata da compilarsi da parte degli ambiti distrettuali sull'applicativo web disponibile al seguente indirizzo: <https://sireus.lepida.it/common/> nei tempi e nei modi stabiliti dalla presente Deliberazione

Atti successivi

Il Dirigente competente provvederà con propri atti formali, in conformità alle norme e ai principi contabili del D.Lgs.118/2011 e ss.mm. e delle disposizioni della deliberazione di G.R. n. 278/2026 (nuova disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale):

- alla concessione dei contributi regionali delle risorse regionali sulla base dei criteri sopra indicati e all'assunzione dei relativi impegni contabili sui sopracitati capitoli di spesa del Bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026;
- alla liquidazione previa valutazione della congruità delle azioni programmate agli obiettivi descritti nel presente Programma finalizzato, a seguito di compilazione di apposita scheda intervento dedicata (link scheda 40) da inserire sull'applicativo web disponibile al seguente indirizzo: <https://sireus.lepida.it/common/>, nei tempi e nei modi stabiliti dalla presente Deliberazione.

4.6 Sostegno ai Comuni quale concorso finalizzato all'azione di "Supervisione del personale servizi sociali"

Risorse:

Alla realizzazione del presente programma finalizzato concorrono **euro 720.000,00** quota vincolata prevista nel FNPS ai sensi del Decreto interministeriale del 2 aprile 2025 e trovano allocazione al capitolo U57187 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai Comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona per la programmazione e il governo della rete dei servizi (art. 47, comma 1, lett.b), L.R. 12 marzo 2003, n.2 e L. 8 novembre 2000, n.328; art. 1, comma 1252, L.296/2006 e art. 19, comma 3, D.L. 4 luglio 2006, n.223 convertito in L. dall'art. 1 L. 4 agosto 2006, n.248; D.LGS. 15 settembre 2017, n. 147) - mezzi statali" del bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026.

Come noto al finanziamento dell'attività Supervisione del personale servizi sociali, in qualità di Livello essenziale delle prestazioni, concorrono anche le risorse a valere sul PNRR, specificamente previsti nell'ambito di una delle azioni finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1: *Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti*, sub- investimento 1.1.4 *"Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali"*. Per la Regione Emilia-Romagna gli ambiti ammessi a finanziamento di questo sub-investimento sono pari a 30 ATS su 38, di cui 5 ATS in forma singola, i restanti in forma associata.

Il presente finanziamento (di cui alla quota vincolata del FNPS) nelle forme di Programma finalizzato dovrà essere garantito **da tutti gli ambiti distrettuali** della regione con l'obiettivo di dare attuazione capillare su tutto il territorio regionale del livello essenziale delle prestazioni.

Nel caso di ATS con doppio finanziamento (FNPS e PNRR), nell'ottica della complementarità dei fondi, si richiama espressamente ad una programmazione modulare delle attività, al fine di garantire il corretto utilizzo delle risorse con espresso riferimento a quanto previsto dalla circolare del MEF n° 33 del 31/12/2021, già citata nella premessa della presente deliberazione.

Laddove il raggiungimento dei LEPS sia garantito in modo completo, pieno e uniforme da ogni singolo ATS, anche attraverso l'utilizzo di altre fonti di finanziamento assegnate per le medesime finalità, fermo restando l'obbligo per l'ATS di dichiarare l'avvenuto raggiungimento del LEPS, eventuali risorse assegnate e non spese possono essere investite dallo stesso ATS in altre aree di intervento del Fondo, seguendo le indicazioni di programmazione contenute nel paragrafo 2 del presente allegato.

Obiettivi

Finalità del presente Programma finalizzato è dare piena attuazione a quanto previsto alla scheda 2.7.2 *SCHEDA LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali nell'ambito del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 e ripreso nel Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2024-2026*, paragrafo 2.2.3.3 *Area dei servizi e interventi connessi all'implementazione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali*.

Obiettivo generale è la garanzia di un **servizio sociale territoriale di qualità** attraverso la messa a disposizione degli operatori di una serie di strumenti che ne garantiscano il benessere e ne preservino l'equilibrio. In sintesi, si prevede l'attivazione e/o il sostegno allo sviluppo di percorsi di supervisione del personale dei servizi sociali, al fine di contrastare fenomeni di burn out e/o forme di burocratizzazione dell'intervento professionale.

Compito fondamentale della supervisione è sostenere l'operatore sociale sul piano organizzativo- istituzionale nell'elaborazione teorica, nel collegamento teoria-prassi, nell'identità professionale, nella rielaborazione dell'esperienza professionale e nella capacità di lavorare in gruppo.

La **supervisione degli operatori sociali**, divenendo un livello essenziale delle prestazioni, dovrà articolarsi in:

-un obbligo per l'ente datore di lavoro di fornire la supervisione per l'assistente sociale e per l'operatore sociale che svolge le funzioni di servizio sociale professionale di competenza dell'ambito distrettuale,

-un diritto-dovere per il professionista che svolge le funzioni di servizio sociale professionale di competenza dell'ambito distrettuale.

Laddove, in ragione dei numeri di operatori presenti al livello di ambito distrettuale, sia ritenuto opportuno, la funzione può essere organizzata in forma associata in ottica sovra distrettuale/provinciale.

Azioni

Si prevede l'attivazione in ogni ambito distrettuale (con possibilità di organizzazione sovra distrettuale), di **percorsi di confronto e rielaborazione** delle dinamiche relazionali e dei vissuti degli **operatori singoli, in gruppo e di equipe interprofessionali**.

Rientrano in questo ambito sia percorsi volti a sostenere le difficoltà degli operatori nei confronti dei beneficiari, sia in riferimento al contesto più generale, che all'organizzazione e al gruppo/equipe di lavoro.

I percorsi saranno rivolti ad assistenti sociali impegnati nei servizi sociali territoriali dell'ambito distrettuale, ma anche ad altre figure professionali presenti nei servizi sociali territoriali (psicologi, educatori professionali, pedagogisti, operatori di sportello sociale ...)

Per quanto attiene gli aspetti relativi alle modalità operative e le professionalità coinvolte nei percorsi si rimanda a quanto previsto nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali alla *SCHEDA LEPS 2.7.2 Supervisione del personale dei servizi sociali nell'ambito del Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023*, ripreso nel *Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2024-2026*, paragrafo 2.2.3.3 *Area dei servizi e interventi connessi all'implementazione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali*.

Per accompagnare gli ATS nell'implementazione di questo LEPS è stato inoltre redatto uno strumento di accompagnamento che si propone come una guida di orientamento tecnico all'applicazione del LEPS negli ATS. Il documento, recentemente aggiornato, è disponibile a questo link: <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/strumento-accompagnamento-leps-supervisione-vol-7.pdf>

Destinatari

Comune o altro Ente, tra quelli individuati dall'art. 16 della L.R. 2/03, individuato quale ente capofila dell'ambito distrettuale, da apposita convenzione ai sensi del vigente Piano sociale e sanitario regionale.

Criteri di ripartizione

Le risorse pari a euro **720.000,00** sono ripartite sulla base della popolazione residente all'01/01/2025.

Modalità rendicontazione

Le risorse del presente Programma finalizzato dovranno essere rendicontate nell'ambito della più complessiva rendicontazione del FNPS tramite alimentazione dello specifico modulo nell'ambito della piattaforma SIOSS.

Per ogni annualità, gli ATS dovranno presentare in fase di programmazione delle attività, nei tempi e modalità indicate con apposita circolare del MLPS, un Piano Operativo Analitico (POA) redatto secondo lo schema predisposto dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Il POA

si configura come strumento tecnico in grado di delineare con precisione le azioni messe in atto dagli ATS per il raggiungimento del LEPS. Un'attuazione del LEPS uniforme sull'intero territorio nazionale, può differenziarsi solo nella tipologia di risorse finanziarie utilizzate per l'attuazione, ma non nelle modalità attuative e negli aspetti di contenuto finalizzato a potenziare servizi di qualità, competenze metodologiche e capacità riflessive a tutela delle persone e delle comunità. A tal fine è stato sviluppato uno strumento di ricognizione e monitoraggio delle programmazioni presentate attraverso i POA, già sussistente per il monitoraggio relativo al LEPS sulla linea 1.1.4 del PNRR.

Con Decreto Ministeriale n.44 del 28 marzo 2025, nell'allegato A sono individuate le informazioni da rilevare per quei servizi che, ai sensi dell'articolo 1, comma 170 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, costituiscono livelli essenziali delle prestazioni sociali. In particolare, per quanto riguarda la Supervisione del personale dei servizi sociali, è necessario compilare su SIOSS, con riferimento alle attività 2025, la scheda A2 dell'allegato A entro il 31 maggio 2026

Atti successivi

Il Dirigente competente provvederà con propri atti formali, in conformità alle norme e ai principi contabili del D.Lgs.118/2011 e ss.mm. e alle disposizioni della deliberazione di G.R. n 278/2026 (nuova disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale),

- alla concessione dei contributi regionali sulla base dei criteri sopra indicati e all'assunzione dei relativi impegni contabili sui sopracitati capitoli di spesa del Bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026;
- alla liquidazione previa programmazione delle risorse valutazione della congruità delle azioni programmate agli obiettivi descritti nel presente Programma finalizzato, a seguito di compilazione di apposita scheda intervento dedicata da inserire sull'applicativo web disponibile al seguente indirizzo: <https://sireus.lepida.it/common/>., nei tempi e nei modi stabiliti dalla presente Deliberazione.

4.7 Sostegno ai Comuni quale concorso finalizzato all'azione "Dimissioni protette"

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026 prevede un ulteriore rafforzamento delle azioni volte a garantire le **dimissioni protette** quali **azioni prioritarie** da attivare in **tutti gli Ambiti territoriali**, in quanto **LEPS** (art. 1 commi 170-171 L. 234/21; paragrafo 2.2.3.3, lettera C "LEPS Dimissioni protette" del PN degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026), con riferimento alla **componente direttamente a carico dei servizi sociali territoriali**. Essa è stata finanziata con rilevanti risorse a valere sul PNRR e si prefigura, al di là dell'orizzonte temporale di utilizzo del PNRR, un finanziamento a valere sul Fondo nazionale politiche sociali (FNPS) e sul Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA).

Risorse

Le risorse del Fondo sociale locale (mezzi statali) destinate alle finalità della presente iniziativa per l'anno 2026 ammontano a complessivi Euro **1.440.000,00** che trovano allocazione al capitolo 57187 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona per interventi per la programmazione e il governo della rete dei servizi (art. 47, comma 1, lett. b.) L.R. 12 marzo 2003, n. 2 e L. 8 novembre 2000, n. 328; art. 1, comma 1252, L. 296/2006 e art. 19, comma 3, D.L. 4 luglio 2006, n. 223 convertito in L. dall'art. 1 L. 4 agosto 2006, n. 248, D.lgs. 15 settembre 2017, n. 147) -Mezzi statali del bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026.

Gli obiettivi di cui al presente programma finalizzato si integrano nelle progettualità sviluppate a livello territoriale per la garanzia dei **percorsi integrati di dimissioni protette** cui possono concorrere anche le risorse del PNRR per gli Ambiti territoriali sociali (ATS) titolari di progetti finanziati, del FNA, del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) e dei fondi di ambito sanitario per le cure domiciliari integrate.

Al riguardo, è utile ricordare che la programmazione delle risorse aggiuntive dell'FRNA per il triennio 2025-2027 dovrà garantire la definizione ed operatività di un programma integrato di dimissioni protette per le persone non autosufficienti al domicilio in tutti gli ambiti distrettuali.

Alle progettualità rivolte alle persone senza dimora, possono concorrere le risorse del fondo povertà, quota povertà estrema, del PN Inclusione lotta alla povertà e le risorse del PNRR sub investimento 1.3.1.

Obiettivi

Gli obiettivi dell'azione in oggetto sono:

- contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri e favorire il decongestionamento del Pronto Soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali che possono essere utilizzate per la risposta al bisogno sanitario delle persone fragili (contribuendo a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria);
- promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sanitaria e sociosanitaria;
- aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie assicurando la continuità dell'assistenziale tutelare.

Azioni

Il presente programma può prevedere prestazioni sociali, anche a integrazione delle cure domiciliari sanitarie e prestazioni di assistenza “tutelare” temporanea a domicilio.

Relativamente alle cure domiciliari, si ricorda che i LEA sanitari (art. 22 DPCM 12.1.2017) prevedono diversi livelli assistenziali in relazione al bisogno di salute dell’assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell’intervento assistenziale. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (art. 22, commi 4 e 5) che sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi. Inoltre, le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali e di supporto alla famiglia in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Ai fini della definizione della natura dei bisogni della persona si valutano i seguenti aspetti: modalità di partecipazione alla vita sociale; svolgimento delle attività della vita quotidiana; fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

Pertanto, può essere individuato quale **LEPS in ambito sociale** quello per il quale al paziente in dimissione protetta, a seguito di valutazione multidimensionale, possono essere assicurate, con spesa a carico del Comune per l’intervento del servizio sociale territoriale, oltre alle prestazioni già garantite quale LEA sanitario dal DPCM 12.1.2017 di cui all’art. 22, commi 4 e 5 sopra richiamate, **le prestazioni sociali integrative alle cure domiciliari sanitarie e le prestazioni di assistenza “tutelare” temporanea a domicilio.**

Al fine di migliorare ulteriormente l’assistenza in ambito territoriale e offrire percorsi assistenziali sempre più appropriati e qualificati, è necessario potenziare la capacità di presa in carico, in particolare dei pazienti fragili all’atto della dimissione ospedaliera, garantendo l’approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, predisposto prima che il paziente sia dimesso, con impatti positivi sulla qualità della vita, l’integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti sanitari e sociosanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura e riabilitazione, e sulla riduzione del rischio di istituzionalizzazione nei pazienti anziani, disabili e fragili.

L’attivazione **tempestiva** da parte della struttura ospedaliera per le situazioni di fragilità favorisce il raccordo con il medico di medicina generale, le cure primarie ed il servizio sociale territoriale.

L’obiettivo della **continuità assistenziale**, ovvero la prosecuzione del trattamento nel luogo di cura più appropriato, secondo la complessità e i bisogni del cittadino fragile richiede la funzione di **valutazione multidimensionale** e tiene conto dei nuovi assetti organizzativi definiti con le Centrali operative territoriali (COT) che possono sostituire o integrare le centrali dimissioni protette, in raccordo con i Punti unici di accesso (PUA) e i servizi sociali territoriali, svolgendo la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

È evidente l’importanza fondamentale del Servizio sociale territoriale, che di fatto garantisce la continuità assistenziale con il proprio contributo professionale e ponendosi come riferimento per le famiglie, in raccordo con le strutture ospedaliere e private accreditate e l’AUSL.

Interventi

Nell’ambito della programmazione complessiva dei percorsi di dimissioni protette a livello territoriale, il presente finanziamento può essere finalizzato a tutte le tipologie di intervento previste per garantire il LEPS servizi sociali per le dimissioni protette, fra cui:

- prestazioni di assistenza domiciliare, telesoccorso, consegna dei pasti a domicilio, ad integrazione delle cure domiciliari garantite nell’ambito dei LEA dal sistema sanitario regionale, in base agli esiti della valutazione multidimensionale;
- prestazioni di assistenza tutelare professionale temporanea a domicilio;

- interventi socio-sanitari presso il luogo di temporanea accoglienza delle persone senza dimora;
- ogni altro intervento domiciliare che, in coerenza con il Piano nazionale degli interventi e servizi sociali, si ponga la finalità di supporto alla persona dimessa e alla famiglia nella gestione della vita quotidiana, garantisca il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, consenta la permanenza al domicilio il più a lungo possibile, dia sostegno nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno.

Il servizio erogato ai cittadini è **gratuito** per l'utenza.

I destinatari del servizio in oggetto sono le **persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità** o persone infra-sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio regionale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato.

L'accesso al sostegno a domicilio è subordinato alla valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità che valuta le quattro dimensioni (sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale).

Il programma prevede anche l'individuazione di procedure specifiche per garantire la continuità assistenziale anche alle persone in condizione di grave marginalità e senza dimora, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio regionale, che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, necessitano di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute, nel qual caso gli interventi socio-sanitari saranno prestati presso il luogo di temporanea accoglienza (casa di ospitalità, struttura di accoglienza, comunità, alloggi di autonomia in convivenza).

Destinatari

Comune o altro Ente, tra quelli individuati dall'art. 16 della L.R. 2/2003, individuato quale ente capofila dell'ambito distrettuale, da apposita convenzione ai sensi del vigente Piano sociale e sanitario regionale.

Criteri di ripartizione

Il riparto delle risorse agli ambiti distrettuali è effettuato con i seguenti criteri:

- 30% quota fissa
- 50% in base alla popolazione residente all'01.01.2025 con 75 anni e più;
- 20% in base alla popolazione residente all'01.01.2025 complessiva.

Modalità rendicontazione

Le risorse del presente Programma finalizzato dovranno essere rendicontate nell'ambito della più complessiva rendicontazione del FNPS tramite alimentazione dello specifico modulo nell'ambito della piattaforma nazionale SIOSS. A partire dall'annualità 2021 nella scheda di programmazione su SIOSS è data evidenza degli importi programmati da ciascuna regione per le dimissioni protette a valere sul FNPS, mentre nella scheda flussi finanziari, ove è specificato l'importo attribuito ai singoli ATS, viene fornita indicazione degli importi che ciascun ATS deve destinare alle dimissioni protette.

Si precisa che, con il Decreto del MLPS del 28/03/2025, al fine del monitoraggio dei servizi e degli interventi che costituiscono LEPS ai sensi dell'articolo 1, comma 170, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, è stato disposto l'inserimento su SIOSS anche di uno specifico modulo

di approfondimento relativo al LEPS “servizi sociali per le dimissioni protette” (allegati A3.1 “Dimissioni protette a domicilio” e A3.2 “Dimissioni protette in residenza” del DM sopra citato).

Si ricorda infine che le risorse di cui al presente programma finalizzato sono da rendicontare anche nell’ambito del sistema informativo regionale “Monitoraggio FRNA” che, nel “quadro allargato”, include tutti i canali di finanziamento e tutte le tipologie di intervento erogabili a favore delle persone non autosufficienti e con disabilità, incluso il “programma dimissioni protette” nell’ambito dell’assistenza domiciliare.

Atti successivi

Il Dirigente competente provvederà con propri atti formali, in conformità alle norme e ai principi contabili del D.lgs 118/2011 e ss.mm. e alle disposizioni della DGR n. 278/2026 (nuova disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale):

- alla concessione dei contributi regionali sulla base dei criteri sopra indicati e all’assunzione dei relativi impegni contabili sul sopracitato capitolo di spesa del Bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026;
- alla liquidazione dei contributi regionali previa valutazione da parte dirigente competente o suo delegato della congruità delle azioni programmate agli obiettivi descritti nel presente programma finalizzato, a seguito di compilazione di apposita scheda intervento dedicata da inserire sull’applicativo web disponibile al seguente indirizzo: <https://sireus.lepida.it/common> , nei tempi e nei modi stabiliti dalla presente Deliberazione.

4.8 Sostegno ai Comuni quale concorso regionale finalizzato ad “Azioni di contrasto alla povertà minorile, educativa, relazionale e a contrasto del fenomeno del ritiro sociale di preadolescenti ed adolescenti”

Il contesto sociale in cui si trovano oggi preadolescenti e adolescenti in Emilia-Romagna evidenzia una crescente complessità: povertà educativa, solitudine relazionale, disorientamento emotivo, fenomeni di aggressività, difficoltà scolastiche, fenomeni di ritiro sociale e disagio psichico sono segnali chiari di un bisogno collettivo di ascolto, prossimità e cura.

In linea con il programma di mandato, il presente intervento assume l'obiettivo strategico di costruire una vera alleanza educativa territoriale, rafforzando il protagonismo degli adolescenti e la funzione della scuola come spazio di vita, non solo di istruzione. Si intende promuovere un'azione pubblica fondata sull'ascolto dei bisogni reali, sulla corresponsabilità degli adulti e delle istituzioni e sulla capacità di sostenere i tavoli territoriali permanenti di confronto, coprogettazione e valutazione, coinvolgendo attivamente giovani, famiglie, scuola, terzo settore e servizi.

Al centro dell'intervento vi è anche il riconoscimento del digitale come leva ambivalente: risorsa fondamentale per la conoscenza e la connessione, ma anche fattore che può alimentare isolamento, dipendenza e fragilità emotiva. È quindi necessario promuoverne un uso consapevole e critico, integrando educazione digitale, alfabetizzazione emotiva e socialità reale.

Il progetto si colloca in continuità con le previsioni del Piano sociale e sanitario regionale, del Piano pluriennale per l'adolescenza e delle Linee di indirizzo regionali sul ritiro sociale (DGR 1016/2022), aggiornandone la prospettiva in coerenza con le nuove priorità sociali.

Obiettivi

Il programma sostiene progettualità distrettuali rivolte a preadolescenti e adolescenti, finalizzate a:

- contrastare la povertà educativa, affettiva e relazionale;
- prevenire forme di disagio e affrontare il ritiro sociale;
- sostenere l'inclusione scolastica e la permanenza nei percorsi formativi;
- promuovere benessere, sviluppo personale e protagonismo giovanile;
- promuovere l'uso consapevole e critico del digitale;
- valorizzare la scuola come presidio di comunità e luogo di relazioni significative.

Azioni

Le azioni dovranno fondarsi su un approccio trasversale, integrato e partecipato, attivando le reti locali capaci di intervenire precocemente e con strumenti differenziati sui diversi livelli di bisogno, dal sostegno leggero all'accompagnamento specialistico. **Tutte le azioni devono avere un'attenzione alla promozione dell'uso consapevole del digitale**, al contrasto al cyber-isolamento e a ogni forma di violenza relazionale online o offline, attraverso laboratori, peer education, gruppi di supporto emotivo e percorsi educativi integrati scuola-famiglia-servizi-terzo settore.

In particolare, deve essere garantita la realizzazione di almeno una azione per ciascuno degli **ambiti di intervento di seguito descritti**: scolastico, territoriale e più specifico dell'accompagnamento e cura nelle situazioni di particolare disagio.

a) In ambito **scolastico**:

- **Rafforzamento degli spazi di ascolto scolastici**, con coordinamenti distrettuali permanenti, per accoglienza, orientamento, mediazione relazionale, regolazione emotiva e attivazione precoce di percorsi educativi in linea con quanto previsto dalle Linee di indirizzo sugli spazi d'ascolto scolastici, DGR. n. 2059/25;
- **Prevenzione e aggancio educativo, mediante:**
 - laboratori scolastici per piccoli gruppi e percorsi personalizzati contro la dispersione;
 - sostegno all'inclusione scolastica in presenza di disabilità o fragilità sociali;
 - sperimentazione di scuole aperte alla comunità, animate da attività culturali, sociali, sportive e di cittadinanza attiva, valorizzando i patti educativi territoriali e la coprogettazione;
- **Approvazione di accordi di collaborazione interistituzionali** tra scuola e servizi territoriali per prevenzione del disagio, del ritiro scolastico, intercettazione precoce dei segnali di rischio e di progettazione degli interventi relativi;

b) In ambito del **contesto territoriale**:

- **Creazione o valorizzazione di luoghi informali e intermedi di aggregazione**, accessibili e non etichettanti, gestiti in forma integrata (sociale, educativa, sanitaria), per:
 - fornire orientamento, supporto, consulenza;
 - intercettare il disagio sommerso;
 - accompagnare i ragazzi in percorsi brevi, laboratoriali, di socializzazione o reinserimento scolastico/formativo;
- **Rafforzamento degli interventi di educativa di strada** specialmente in contesti territoriali di maggiore fragilità e complessità, al fine di accompagnare i ragazzi in percorsi di sviluppo personale e inclusione sociale.

c) Nell'ambito della **cura e del trattamento**

- **Percorsi integrati** di presa in carico, tanto con riferimento all'applicazione delle "Linee guida sul ritiro sociale" quanto alle altre tipologie di disagio psico-sociale, prevedendo in particolare:
 - coordinamento sistemico tra scuola, servizi sociali e sanitari, enti del terzo settore nei tavoli adolescenza distrettuali, finalizzati a condividere dati, analisi, buone pratiche e monitorare in modo partecipato l'efficacia degli interventi;
 - facilitazione dell'accesso ai servizi;
 - potenziamento interventi educativi, anche valorizzando le tipologie di cui ai precedenti punti;
 - supporto alle famiglie, anche tramite gruppi di auto-mutuo aiuto.

Risorse

Le risorse destinate alla finalità del presente punto 4.8 ammontano a complessivi **euro 2.350.000,00** e trovano allocazione nel bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026, al capitolo U57191 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai Comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona, interventi per soggetti a rischio esclusione sociale (art. 47, comma 1, lett. b), L.R. 12 marzo 2003, n.2)".

Destinatari

Comune o altro Ente, tra quelli individuati dall'art. 16 della L.R. 2/03, individuato quale ente capofila dell'ambito distrettuale, da apposita convenzione ai sensi del vigente Piano sociale e sanitario regionale

Criteri di ripartizione

Le risorse pari a euro 2.350.000,00 sono ripartite sulla base della popolazione per la fascia di età 11-19 residente all'01/01/2025

Atti successivi

Il Dirigente competente provvederà con propri atti formali, in conformità alle norme e ai principi contabili del D.lgs 118/2011 e ss.mm. e alle disposizioni della deliberazione n. 278/2026 (nuova disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale):

- alla concessione dei contributi regionali sulla base dei criteri sopra indicati e all'assunzione dei relativi impegni contabili sui sopracitati capitoli di spesa del Bilancio finanziario gestionale 2026 - 2028, anno di previsione 2026;
- alla liquidazione previa valutazione della congruità delle azioni programmate agli obiettivi descritti nel presente Programma finalizzato, a seguito di compilazione di apposita scheda intervento dedicata (link scheda 17 come aggiornata con la presente Deliberazione di cui in allegato B) da inserire sull'applicativo web disponibile al seguente indirizzo: <https://sireus.lepida.it/common/>, nei tempi e nei modi stabiliti dalla presente Deliberazione
-

4.9 Sostegno ai Comuni per 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

Contesto

Il Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026, in attuazione a quanto sancito dalle Linee Guida nazionali per l'affidamento familiare e per l'accoglienza nei servizi residenziali, pone fortemente l'accento sulla necessità di qualificare, sostenere e potenziare i Servizi di ambito distrettuale capaci di accompagnare il/la minore e la sua famiglia nei percorsi caratterizzati da un'accoglienza fuori famiglia.

Tale attenzione, ribadita dall'impegno della Regione Emilia-Romagna e concretizzatasi negli anni attraverso una crescente specializzazione da parte dei Servizi socio-sanitari del nostro territorio nel dare risposte flessibili e modulari ai bisogni dei\lle bambini/e, ragazzi/e e delle loro famiglie, viene rafforzata dalle linee guida nazionali sopracitate che sostengono la necessità, nell'ambito del sistema integrato dei Servizi, di promuovere la costituzione ed il consolidamento del Centro o Servizio per l'affidamento familiare, sottolineando il ruolo centrale dell'ATS (distretto socio-sanitario) come sede principale della programmazione locale, della progettazione, concertazione e coordinamento degli interventi e dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

La consapevolezza dell'importanza di costituire un ambito finalizzato ad assicurare il necessario livello qualitativo ed organizzativo per le azioni di sostegno, raccordo, coordinamento e monitoraggio relative all'affidamento familiare, non può prescindere dalla consapevolezza di dedicare attenzione alla cura del processo di affido e di tutte le sue fasi, nonché alla manutenzione e cura della rete allargata di risorse accoglienti, al fine di garantire risposte flessibili, adeguate ed attuali ai bisogni emergenti.

Obiettivi

Attraverso il presente programma finalizzato si vuole dare attuazione alle linee guida nazionali dedicate all'affidamento familiare, rafforzare quanto disciplinato dalla DGR 1904/2011 e ss.mm.ii e potenziare il sistema dei servizi socio-sanitari e del terzo settore dedicato, in un'ottica di tutela dei\lle minori e di supporto delle famiglie di origine.

La diffusione di una cultura dell'accoglienza non può prescindere da azioni di formazione e sensibilizzazione, volte a sollecitare una condivisione di linguaggi, di presupposti culturali ed operativi, oltre che a sostenere prassi virtuose capaci d'intercettare precocemente i bisogni e garantire risposte adeguate.

Per favorire il raggiungimento di questi obiettivi, la Regione attiverà una serie di azioni di accompagnamento rivolte ai servizi sociali, che comprendono il supporto alla progettazione locale, un monitoraggio e una valutazione costanti, anche tramite incontri dedicati con i referenti scheda e le équipe affido dei singoli Distretti; la formazione continua degli operatori, il sostegno metodologico, il rafforzamento della rete di accoglienza, campagne di comunicazione, oltre a promuovere l'integrazione tra servizi sociali, sanitari e scolastici attraverso protocolli condivisi, percorsi di formazione congiunta e l'attivazione di un Tavolo di lavoro regionale sul tema dell'Affidamento familiare, sede di confronto e scambio anche con l'associazionismo familiare.

Azioni

- Costituzione dei Centri/Servizi affido preferibilmente di ambito distrettuale oppure sovradistrettuale, *dimensionato rispetto al fabbisogno territoriale* e in attuazione delle linee guida nazionali e della scheda d'intervento 2.4.2 del Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026.

- Consolidamento di azioni di sensibilizzazione strutturate, finalizzate a promuovere la cultura dell'accoglienza nei vari contesti e in base ai bisogni emergenti che richiedono risposte multiple e flessibili (es. vicinanza solidale ed interventi di prossimità) che affianchino e intersechino i percorsi tradizionali dell'affido familiare e dell'accoglienza in comunità.
- Realizzazione di occasioni di formazione di ambito locale, rivolta al sistema dell'accoglienza (famiglie affidatarie, operatori della tutela, bambine/i, ragazze/i ed operatori delle comunità).
- Realizzazione di azioni di sostegno al processo di affido (post - abbinamento, post - affido, ecc.) e di accoglienza, anche attraverso l'attivazione di percorsi rivolti alle famiglie affidatarie, alle famiglie di origine, ai bambini/e, ragazzi/e.

Risorse

Le risorse destinate alla finalità del presente programma, ammontano a complessivi **euro 540.000,00** e trovano allocazione al capitolo U57107 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona per interventi rivolti all'infanzia e ai minori (art. 47, comma 1, lett.b.) L.R. 12 marzo 2003, n. 2 e L. 8 novembre 2000, n. 328; art. 1, comma 1252, L. 296/2006 e art. 19, comma 3, D.L. 4 luglio 2006, n. 223 convertito in L. dall'art. 1 L. 4 agosto 2006, n. 248, D.lgs. 15 settembre 2017, n. 147) - Mezzi statali" del bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026.

Destinatari

Comune o altro Ente, tra quelli individuati dall'art. 16 della L.R. 2/2003, individuato quale ente capofila dell'ambito distrettuale, da apposita convenzione ai sensi del vigente Piano sociale e sanitario regionale.

Criteri di ripartizione

Le risorse pari a euro 540.000,00 sono ripartite sulla base della popolazione residente al 01/01/2025 per la fascia di età 0 – 18

Atti successivi

Il Dirigente competente provvederà con propri atti formali, in conformità alle norme e ai principi contabili del D.lgs 118/2011 e ss.mm. e alle disposizioni della deliberazione G.R. n. 278/2026 (nuova disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale)

- alla concessione dei contributi regionali sulla base dei criteri sopra indicati e all'assunzione dei relativi impegni contabili sui sopracitati capitoli di spesa del Bilancio finanziario gestionale 2026- 2028, anno di previsione 2026;
- alla liquidazione previa valutazione della congruità delle azioni programmate agli obiettivi descritti nel presente Programma finalizzato, a seguito di compilazione di apposita scheda intervento dedicata (link scheda 37, così come aggiornata con la presente deliberazione in allegato B) da inserire sull'applicativo web disponibile al seguente indirizzo: <https://sireus.lepida.it/common>, nei tempi e nei modi stabiliti dalla presente Deliberazione.

4.10 Azioni di prevenzione sociosanitaria nell'ambito del sistema di interventi regionali "Oltre la strada"

Obiettivi

Prevenzione sociosanitaria allo scopo di favorire percorsi di fuoriuscita da condizioni di sfruttamento anche come esito della tratta di esseri umani e, nel contempo, evitare e contenere i danni alla salute di persone coinvolte nei mercati della prostituzione, prevenendo di conseguenza il diffondersi di malattie sessualmente trasmissibili e contribuendo alla tutela della salute pubblica.

Presidio del territorio, conoscenza e mappatura dei fenomeni sociali, aggancio della popolazione in grave condizione di disagio, prevenzione sanitaria e di riduzione del danno per la salute, anche in connessione con il Pronto Intervento Sociale.

Azioni

Interventi di prossimità e bassa soglia realizzati attraverso:

- unità mobili che operano sul territorio, anche in collaborazione con i servizi sanitari, per il contatto e la tutela delle persone vulnerabili coinvolte nei mercati della prostituzione in strada (progetto "Oltre la strada/Riduzione del danno");
- unità operative per il contatto e la tutela delle persone vulnerabili coinvolte nei mercati della prostituzione al chiuso (progetto "Invisibile"), realizzati attraverso lo sviluppo e la sperimentazione di specifiche metodologie di aggancio.

Aggancio delle persone presenti nei mercati della prostituzione in strada e/o al chiuso in condizione di sfruttamento, o come esito della tratta di esseri umani, nella prospettiva di favorire l'attivazione di percorsi di emersione, assistenza e integrazione sociale (Programma Unico art. 18 d.lgs. 286/98).

Interventi integrati sociosanitari quali, ad esempio, l'accesso ai servizi a bassa soglia (drop-in), gli accompagnamenti ai servizi sanitari, la distribuzione di materiali informativi per la profilassi delle malattie sessualmente trasmissibili e per la tutela della salute in generale.

Risorse

Le risorse destinate alla finalità del presente punto 4.10 ammontano ad **Euro 350.000,00** e trovano allocazione al capitolo U57191 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai Comuni singoli e alle forme associative per l'attuazione dei piani di zona, interventi per soggetti a rischio esclusione sociale (art. 47, comma 1, lett. b), L.R. 12 marzo 2003, n.2)" del bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026.

Per l'attuazione degli interventi territoriali finalizzati alla prosecuzione dei due progetti denominati "Oltre la Strada/Riduzione del danno" e "Invisibile" è prevista per gli enti attuatori una compartecipazione finanziaria pari al 30%.

Destinatari

- Comune di Piacenza
- Comune di Parma
- Comune di Reggio nell'Emilia
- Comune di Modena
- Comune di Bologna
- Comune di Ferrara
- Unione Comuni Valle del Savio
- Comune di Ravenna
- Comune di Rimini

Beneficiari

Persone in condizione di vulnerabilità coinvolte nei mercati della prostituzione in strada e al chiuso.

Criteri di ripartizione

La somma complessiva di euro 350.000,00 verrà ripartita e concessa come segue:

- euro 20.000,00 quale quota assegnata al Comune di Modena per le attività di coordinamento delle misure di accompagnamento e di supporto rivolte a referenti, operatrici e operatori della complessiva area degli interventi di prevenzione sociosanitaria realizzati nell'ambito della prostituzione di strada (progetto "Oltre la strada/Riduzione del danno") e della prostituzione al chiuso (progetto "Invisibile");
- euro 15.000,00 quale quota fissa per ciascuno degli enti attuatori del progetto "Oltre la Strada/Riduzione del danno";
- euro 12.000,00 quale quota fissa per ciascuno degli enti attuatori del progetto "Invisibile";
- la quota restante è ripartita tra gli enti attuatori del progetto "Oltre la Strada/Riduzione del danno" e del progetto "Invisibile" facendo riferimento ai dati di attività relativi al periodo 1/01/2025 – 30/04/2026 estratti dal database regionale OLSER, utilizzando un set di criteri quantitativi di comparazione, desunti dai report annuali di attività forniti dagli enti attuatori medesimi agli uffici dell'Area Programmazione sociale, Integrazione e Inclusione, Contrasto alle povertà, e nello specifico:
 - numero di uscite di contatto e numero uscite di mappatura;
 - numero di contatti effettuati mediamente nell'anno solare;
 - numero di accompagnamenti ai servizi sanitari;
 - numero di telefonate effettuate nell'ambito degli interventi rivolti alle persone coinvolte nei mercati della prostituzione al chiuso.

Modalità di rendicontazione

L'utilizzo delle risorse di cui al presente Programma finalizzato sarà monitorato tramite apposita scheda intervento, da compilarsi da parte degli ambiti distrettuali, sull'applicativo web disponibile al seguente indirizzo: <https://sireus.lepida.it/common>, nei tempi e nei modi stabiliti dalla presente Deliberazione

Atti successivi

Il dirigente competente provvederà con propri atti formali, in conformità alle norme e ai principi contabili del D.lgs 118/2011 e ss.mm., nonché delle norme di gestione previste dalle disposizioni della deliberazione G.R. n. 278/2026 (nuova disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale):

- alla concessione dei contributi regionali sulla base dei criteri sopra indicati e all'assunzione dei relativi impegni contabili sui sopracitati capitoli di spesa del Bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anno di previsione 2026;
- alla definizione in dettaglio e alle tempistiche delle modalità di rendicontazione;
- alla liquidazione - previa valutazione della congruità delle azioni programmate agli obiettivi descritti nel presente Programma finalizzato - a seguito di compilazione di apposita scheda intervento entro il termine indicato nell'atto di concessione dei contributi regionali.

5. Iniziative formative e di promozione sociale a titolarità regionale

Le risorse complessivamente destinate alle finalità di cui al presente punto 5 ammontano a **euro 1.027.000,00** e trovano allocazione ai seguenti capitoli di spesa del bilancio finanziario gestionale 2026-2028, anni di previsione 2026, 2027, 2028:

Anno di previsione **2026**:

Mezzi regionali

- quanto a **Euro 395.000,00** al capitolo U57150 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai Comuni singoli e loro forme associative e alle AUSL per il sostegno delle attività di cui all'art. 47, comma 2, L.R. 12 marzo 2003, n.2)";
- quanto a **Euro 472.000,00** al capitolo U57154 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata alle istituzioni sociali private senza scopo di lucro per il sostegno delle attività di cui all'art. 47, comma 2 L.R. 12 marzo 2003, n. 2";

Anno di previsione **2027**:

- quanto a **Euro 50.000,00** al capitolo U57150 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai Comuni singoli e loro forme associative e alle AUSL per il sostegno delle attività di cui all'art. 47, comma 2, L.R. 12 marzo 2003, n.2)";
- quanto a **Euro 50.000,00** al capitolo U57154 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata alle istituzioni sociali private senza scopo di lucro per il sostegno delle attività di cui all'art. 47, comma 2 L.R. 12 marzo 2003, n. 2";

Anno di previsione **2028**:

- quanto a **Euro 30.000,00** al capitolo U57150 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata ai Comuni singoli e loro forme associative e alle AUSL per il sostegno delle attività di cui all'art. 47, comma 2, L.R. 12 marzo 2003, n.2)";
- quanto a **Euro 30.000,00** al capitolo U57154 "Fondo sociale regionale. Quota parte destinata alle istituzioni sociali private senza scopo di lucro per il sostegno delle attività di cui all'art. 47, comma 2 L.R. 12 marzo 2003, n. 2";

Obiettivi

- a. sostegno di azioni e/o sperimentazioni volte a rispondere a emergenti bisogni sociali;
- b. contributi a programmi di intervento nazionali o di ambito comunitario;
- c. attivazione e promozione di iniziative di comunicazione sociale e convegnistiche, di studio e ricerca, di formazione su temi rilevanti di carattere sociale, socioeducativo e sociosanitario;
- d. promozione di iniziative sperimentali e/o di attività di studio, analisi, documentazione ed informazione anche finalizzate alla costruzione di un quadro conoscitivo relativo a specifici target di popolazione;
- e. Interventi d' inclusione sociale a favore delle persone con disabilità, finalizzati a rafforzare l'autonomia personale, la partecipazione alla vita sociale, l'accesso ai servizi, alla cultura e alle opportunità educative e lavorative e a sperimentare modelli di integrazione in raccordo con i servizi territoriali e il Terzo settore, nonché attività di formazione, informazione, documentazione e consulenza sui temi della disabilità così come previsto anche all'art. 11 della L.R. 29/1997;
- f. promozione dei diritti dei bambini e degli adolescenti in attuazione dell'art.14 della L.R. 14/2008 e anche in riferimento ad interventi in favore di minori inseriti nel circuito penale e incentivazione alla partecipazione dei bambini e dei ragazzi alla vita civile in attuazione della L.R. 10/2004, anche in collegamento con le esperienze di servizio civile, ai sensi della L.R. 20/2003;

- g. promozione di laboratori, di percorsi teatrali e musicali rivolti a minori sottoposti a limitazioni della libertà personale, sia internamente che esternamente all'istituto penale minorile di Bologna;
- h. avvio del percorso di istituzione del Centro regionale sulle discriminazioni e sostegno ad iniziative innovative per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati ai sensi della normativa regionale (L.R. 5/2004), anche in collegamento con le esperienze di servizio civile previste dalla L.R. 20/2003;
- i. promozione e creazione di percorsi ed attività rivolte alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale, sia internamente che esternamente alle carceri, ed ai soggetti in condizione di disagio;
- j. Iniziative per il sostegno del sistema regionale di interventi nel campo della lotta alla prostituzione e alla tratta;
- k. Iniziative di qualificazione e innovazione dei servizi sociali e sociosanitari, basate su metodologie partecipative e sul coinvolgimento attivo di cittadini, comunità e terzo settore.;
- l. monitoraggio e studio dell'attività di accoglienza della rete regionale delle case e dei centri antiviolenza e nuovi progetti sperimentali per la prevenzione della violenza intra-familiare;
- m. promozione e sostegno di interventi a carattere sperimentale volti a favorire l'inclusione sociale mediante attività di volontariato;
- n. promozione e sviluppo di attività nell'ambito del recupero e distribuzione di beni alimentari e non a fini di solidarietà sociale, anche in attuazione della L.R. 12 del 6 luglio 2007;
- o. promozione e sostegno a iniziative, anche a carattere sperimentale, per prevenire e contrastare situazioni di grave emarginazione;
- p. Promozione e sostegno a iniziative, per la diffusione in Regione Emilia-Romagna dei contenuti del paradigma di lavoro per i *Care Leavers*, anche nell'ambito della Sperimentazione avviata dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali.
- q. contributi a programmi di intervento regionali collegati a situazioni di straordinarietà;
- r. Interventi specifici per potenziare la capacità dei servizi di rispondere in modo efficace ai bisogni e assicurare un'adeguata presa in carico.

Destinatari

I soggetti individuati all'art. 47, comma 2, della L.R. 2/2003.

Criteri

Con le risorse destinate alle "Iniziative formative e di promozione sociale a titolarità regionale" potranno essere finanziate iniziative progettuali, rientranti in uno o più degli obiettivi sopra descritti ed aventi almeno una delle seguenti caratteristiche:

- azioni a rilievo regionale
- azioni di sistema
- attuazione di accordi quadro/protocolli di intesa
- azioni sperimentali/innovative
- azioni rispondenti a bisogni emergenziali
- azioni in cui sia richiesta la complementarità con altri fondi (co-finanziamenti)

Atti successivi

Con propri successivi atti si provvederà all'individuazione di azioni e/o sperimentazioni volte a rispondere a emergenti bisogni sociali o iniziative di carattere promozionale e formativo in ambito sociale, ancorché già avviate nel corrente anno, rispondenti agli obiettivi sopra indicati

e ritenute meritevoli dell'intervento regionale, alla quantificazione delle risorse ad esse destinate, stabilendo altresì le modalità attuative, procedurali e gestionali in conformità alle norme e al D.lgs. 118/2011 e ss.mm., delle disposizioni della deliberazione di G.R. n. 278/2026 (nuova disciplina organica in materia di organizzazione e gestione del personale)

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 équipe 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 professionisti/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.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Monica Raciti, Responsabile di SETTORE POLITICHE SOCIALI, SOCIOSANITARIE, PARI OPPORTUNITÀ esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2376/2024 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2026/753

IN FEDE

Monica Raciti

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Lorenzo Broccoli, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2376/2024 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2026/753

IN FEDE

Lorenzo Broccoli

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Simona Lodesani, Responsabile di SETTORE PROGRAMMAZIONE, BILANCIO E RAGIONERIA attesta, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale n. 2376/2024 e s.m.i., la copertura finanziaria in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2026/753

IN FEDE

Simona Lodesani

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 752 del 18/05/2026

Seduta Num. 23

OMISSIS

Il Segretario

Colla Vincenzo

Settore Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi