

Da Casa della Salute a Casa della Comunità

Scheda di progetto

Titolo del progetto per esteso	Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità: partecipazione e coinvolgimento sociale per la promozione della salute e del benessere collettivo e budget di salute come strumento a supporto di forme di domiciliarità protette	
Regione/Provincia autonoma	Emilia-Romagna	
Risorse finanziarie occorrenti alla realizzazione del progetto		
Finanziamento	Riferimento (DGR)	Importo
Risorse assegnate 2020	DGR n. 1232/2020	€ 1.865.000,00
Risorse assegnate 2021	DGR n. 1770/2021 DGR n. 1813/2021	€ 1.865.000,00
Descrizione del contesto di riferimento e di esperienze esistenti a livello regionale	<p>Nella Regione Emilia-Romagna con il DGR 291/2010 è stato dato l'avvio ad una intensa trasformazione territoriale dell'assistenza che ha previsto la pianificazione, la realizzazione e l'organizzazione funzionale delle Case della Salute (CdS).</p> <p>Le CdS costituiscono un'importante innovazione divenendo l'opportunità per le comunità locali di riconoscersi in luoghi e forme nuove di costruzione di risposte ai loro bisogni di salute; successivamente con la DGR 2128 del 2016 la RER fornisce le indicazioni per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa andando ulteriormente a sviluppare e implementare questo modello in tutto il territorio.</p> <p>Contestualmente all'avvio della CdS è emersa l'esigenza di rivedere il sistema di Welfare di comunità ispirandosi ai criteri della partecipazione, dell'unitarietà e della responsabilità sociale, promuovendo il benessere individuale e di comunità a partire dalle pratiche e dall'integrazione, dove per comunità si intende l'espressione della salute attraverso spazi, percorsi e modalità condivisi e partecipativi. Inoltre, a seguito della pandemia, il PNRR ha reso evidente la necessità di dare forza e sostegno alle strutture territoriali, pertanto le Case della Salute diventano Case della Comunità (CdC) a sottolineare come queste strutture sono inserite nel contesto comunitario come luoghi d'integrazione tra l'ambito sanitario e sociale a disposizione dei cittadini.</p> <p>La Regione Emilia-Romagna – nell'applicazione del comma 4 bis dell'art. 1 della legge 77/2020 e dell'Intesa Stato Regioni del 4 agosto 2021 - sperimenta interventi di prossimità, nelle Case della Comunità finalizzati al miglioramento della garanzia di coordinamento e ottimizzazione di servizi e cure sviluppando l'impianto progettuale su due cardini:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Passaggio dalla Casa della Salute alla Casa di Comunità attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • Attuazione di un concetto di Casa della Comunità "diffusa", ottenuta delocalizzando alcune attività di promozione di salute e prevenzione dalla CdC, che manterrà ruolo di hub, ad altri luoghi di aggregazione territoriale; • La sperimentazione di un nuovo sistema di governance integrata sociale e sanitaria mediante collaborazione di organi tecnici e politici. 	

	<p>2. Sostegno della domiciliarità di persone affette da disturbi psichici e dipendenze patologiche attraverso l'applicazione del Budget di Salute, strumento integrato socio-sanitario, a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.</p>
--	---

<p>Obiettivo 1</p>	<p>Sperimentare nuovi progetti di prevenzione e promozione della salute, intesa come benessere bio-psico-sociale sia individuale che comunitario, coinvolgendo attivamente volontariato, associazioni di categoria e tutta la comunità, partendo dai suoi bisogni espressi e rendendo espliciti quelli inespressi. Il cittadino quindi, da fruitore dei servizi, diventa protagonista corresponsabile di una complessiva definizione del progetto di salute. Il raggiungimento dell'obiettivo prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La realizzazione di una rete di servizi, di cui la CdC costituisce l'hub, con tutte le strutture e le istituzioni che nel territorio sono luoghi nei quali si produce salute (scuole, mondo del lavoro, espressioni culturali sia formali che informali) dove svolgere le attività coerenti con le finalità del progetto. 2. La realizzazione di una nuova governance di CdC, ottenuta massimizzando la integrazione delle istituzioni coinvolte, ad esempio mediante istituzione di un tavolo tecnico-politico costituito da sindaci, assessori, Responsabile di area sociale e del Centro famiglie, Direttore di Distretto e del Dipartimento di Cure Primarie, coordinatore infermieristico della CdC. 3. La realizzazione di un budget di comunità mediante unitarietà nell'utilizzo delle risorse economiche e professionali al di là delle competenze istituzionali 4. La valorizzazione delle competenze, previa opportuna formazione, dei professionisti coinvolti, e l'arruolamento di nuove figure professionali: <ul style="list-style-type: none"> • facilitatore comunicativo/agente di comunità, specialista nella lettura del contesto sociale e nell' intercettare "chi non arriva", facendo emergere i bisogni inespressi, anche grazie al coinvolgimento dei "talenti sociali". • Medico di comunità e cure primarie, la cui formazione clinica e organizzativa lo colloca come figura strategica all'interno della CdC. <p>Target: persone affette da patologie croniche, con particolare sguardo alla non autosufficienza, agli adolescenti e ai giovani ma anche l'intera popolazione, puntando a favorire e sostenere stili di vita salutari e il ricorso a interventi di prevenzione.</p>
--------------------	--

<p>Risultati attesi: a breve termine</p> <p>A lungo termine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione specifica per gli operatori aziendali e non, propedeutica al passaggio da CdS a CdC • Maggiore adesione di tutte le fasce di popolazione alle iniziative di prevenzione, promozione della salute e ai processi di passaggio dalla CdS alla CdC • Migliore identificazione di bisogni di salute della comunità calati nel contesto e caratterizzati dalla prossimità • Programmazione sociosanitaria strategica condivisa e sinergica tra le istituzioni coinvolte • Miglioramento di indici di salute che risentono di stili di vita adeguati • Identificazione di indicatori di salute • Riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi • Miglioramento della coesione sociale 	
<p>Punti di forza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza del contesto attraverso analisi sociali ed epidemiologiche puntuali al fine di individuare i bisogni specialmente quelli sommersi (diritti negati) • Coinvolgimento della popolazione • Disponibilità di una rete di professionisti orientati alla multidisciplinarietà • Integrazione tra servizi sociosanitari e collaborazione tra professionisti • Importanza della leadership al di là della competenza e della Istituzione di appartenenza • Unitarietà nell'utilizzo delle risorse economiche e professionali al di là delle competenze istituzionali, sperimentando il budget di comunità quale premessa per la corretta formazione dei budget di salute individuale 	
<p>Punti di debolezza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disomogeneità regionale sull'offerta di iniziative promozionali della salute nelle Case della Comunità; il progetto sarà occasione per una rivisitazione complessiva che possa essere diffusa come modello regionale. • Difficoltà legata alla pandemia a creare momenti di aggregazione della popolazione alle attività promosse. • Difficilissimo coinvolgimento di alcuni target di popolazione (stranieri, popolazione marginale...) • Difficoltà a reperire alcune figure professionali (es medico di comunità) poco diffuse nel contesto sia regionale che nazionale • Costi del personale e contratti finalizzati al progetto e quindi a termine. 	
<p>Durata complessiva del progetto</p>	<p>01/01/2020</p>	<p>31/12/2022</p>

Descrizione analitica del progetto

La AUSL di Reggio Emilia ha maturato esperienza specifica sul tema, pertanto, ci si propone di sviluppare la progettualità dapprima nel territorio della AUSL di Reggio Emilia, per poi trasferire la progettualità in tutte le AUSL della Regione.

L'obiettivo consiste nell'individuare un percorso che consenta un reale cambio di paradigma culturale dalla CdS alla CdC, a partire dal tema dell'accoglienza e dell'aver cura, soprattutto delle frange più deboli o che non arrivano ai servizi.

**Cantiere di sperimentazione
per una strategia regionale delle Case della Comunità**

La Casa della Salute di Puianello

Nella provincia di Reggio Emilia la realtà più avanzata di Casa della Salute è quella di Puianello avendo avviato una sperimentazione negli anni 2016-2019 (interrotta solo a causa del Covid-19) che ha visto un forte coinvolgimento della comunità, fin dall'inizio all'interno del percorso di progettazione della struttura. Questa realtà può fungere da palestra d'apprendimento per dirigenti/operatori d'area sociale, sanitaria e amministrativa al fine di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. Puianello non è un modello compiuto ma l'impianto organizzativo e territoriale attivo in Italia più vicino al paradigma della Casa della Comunità; contesto che consente agli attori chiave di valutarne gli esiti sia nei processi di cura che nei processi comunitari e sociali, partecipare ai processi territoriali, formulare livelli intermedi di sviluppo delle strutture esistenti, elaborare una strategia per territori specifici ispirata a un sistema di riferimento solido. Si ritiene quindi strategico riavviare il percorso sperimentale della CdS di Puianello attraverso la costituzione di tavoli multidisciplinari ed inter-istituzionali, con la presenza anche di referenti regionali, dove effettuare analisi, ricerca e sperimentazione sui seguenti ambiti di analisi e sviluppo.

Le leve del cambiamento sopra citate su cui sperimentarsi sono le seguenti:

1. Governance: nella CdS di Puianello è stato già istituito un tavolo tecnico politico (composto da Sindaci ed Assessori dell'Unione Colline Matildiche, dai Responsabili Area Sociale, dalla Responsabile del Centro Famiglie, dal Direttore Attività Socio- Sanitarie del Distretto di Reggio Emilia, dal Direttore del Dipartimento di Cure primarie e dal Coordinatore Infermieristico) al fine di progettare attività ed iniziative di promozione della salute. Questo tavolo, ampliato con altre figure professionali, potrebbe essere esperienza innovativa per individuare nuove linee di indirizzo sui bisogni di salute di comunità e di prossimità e come sperimentazione di una possibile governance di una casa della comunità;
2. Reti di servizio : Sviluppare percorsi orientati a sostenere la domiciliarità attraverso la messa in campo di professionisti impegnati a supportare l'utenza e i caregivers sia attraverso interventi al domicilio che con interventi con gruppi di utenti/familiari/cittadini, consolidare e sviluppare nuove connessioni tra CdS e servizi territoriali (ad es. pensare a nuovi spazi in cui possano svolgere attività e/o servizi integrati Settore

Responsabilità Familiari – infanzia ed Adolescenza, Hospice, assistenza domiciliare, Associazionismo, ecc.);

3. Accoglienza ed orientamento: creazione di uno spazio in cui tutta l'utenza che deve accedere alla CdS/Casa della Comunità di Puianello sia "adeguatamente" accolta ed indirizzata anche attraverso il coinvolgimento di volontari e delle associazioni del territorio (Avis, Auser, Aima, Valore Aggiunto, Banca del Tempo...) che potrebbero anche promuovere le loro progettualità e/o servizi; questi spazi diventano quindi appositi luoghi di accoglienza e relazione, di partecipazione sociale, ambiti di sostegno alle fragilità, sedi del volontariato, ecc....ma anche luoghi di promozione delle attività, di informazione delle opportunità per creare rete sul territorio, coordinare ulteriormente tutti i servizi offerti , in particolare per i pazienti cronici, ma anche per le famiglie con figli; studio e ricerca di punti di integrazione per intercettare "chi non arriva" (coinvolgimento Talenti Sociali), per far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza, con particolare sguardo alla cronicità ed alla non autosufficienza, ma anche con particolare attenzione agli adolescenti ed ai giovani.
4. Prevenzione e Promozione degli stili di vita: coerentemente con un modello di medicina del territorio basato sul lavoro di comunità, potenziare le attività (di educazione e promozione della salute sui principali stili di vita, in stretta collaborazione con gli enti locali, con le associazioni di volontariato, con il centro famiglie, le aziende del territorio, le rappresentanze dei cittadini, ecc. integrando il lavoro di rete e community building in collaborazione con tutte le figure professionali presenti nella casa della salute (MMG, diabetologa, cardiologa, pediatra, ecc.). La casa della comunità vuole essere per tutti i cittadini del territorio una struttura di riferimento per il perseguimento degli obiettivi di salute intesa come benessere della comunità. Si prevede quindi di realizzare iniziative di prevenzione e promozione della salute sia all'interno delle strutture della casa della salute di Puianello sia in luoghi altri come ad esempio le scuole, nei luoghi dello sport per incontrare i giovani, nei centri sociali, ecc. Si sottolinea l'importanza del coinvolgimento delle associazioni, come ad es. Associazione AIMA, per la realizzazione di iniziative di gruppo con utenti/familiari/caregiver, ecc.

Le Case della Salute di Castellarano

Si propone di avviare un processo di partecipazione con la comunità (associazioni di promozione sociale, società sportive, parrocchie, servizi educativi per la prima infanzia, Istituti Comprensivi, soggetti gestori di strutture per anziani e disabili, singoli cittadini, imprese, medici di medicina generale) e con gli operatori dei servizi sociali e sanitari per favorire la creazione di nuove relazioni e nuove reti che rispondano in modo adeguato ai bisogni del territorio. La realizzazione di questa complessa ed innovativa impostazione presuppone un vero e proprio processo di riposizionamento culturale, di contaminazione dei saperi professionali che si aprono anche al punto di vista dei cittadini considerati non più fruitori di servizi, quanto piuttosto protagonisti corresponsabili di una complessiva definizione di un progetto di Salute.

Occorre far passare l'idea che al di là della struttura fisica la Casa della Comunità è un insieme di punti tra loro collegati. Casa come strumento nella quale trovano sede delle attività ma non solo. Non tutto deve essere dentro la casa, non deve essere totalizzante. Tutti i punti della rete sono Casa della Comunità.

Si prevede inoltre di istituire il board della comunità con rappresentanti del volontariato AVIS, PA ecc. e di individuare una figura di coordinatore della casa della comunità/agente di facilitazione capace di raccordare i punti, che faccia crescere dal basso le potenzialità, attivando tutte le risorse territoriali.

Le Case delle Salute nel Comune di Reggio Emilia

Per le case della comunità del capoluogo di provincia ci si riferisce ad un approccio culturale che interpreta i servizi sociosanitari come esito anche di processi partecipativi della comunità in cui sono inseriti, partendo dal presupposto che la salute si genera laddove "le persone vivono, lavorano, amano, giocano" (Alma Ata, 1978). Questo approccio tuttavia deve essere integrato dalla valorizzazione delle politiche ed esperienze diffuse e radicate in città, patrimonio collettivo del territorio, che già operano e si orientano ai principi guida di una "casa di comunità diffusa".

A partire dai percorsi di collaborazione ed empowerment della comunità che il Comune sta attuando nei quartieri della città e che producono modelli di co-governance per la risposta ai bisogni delle comunità sia attraverso l'attivazione delle risorse presenti nella comunità sia attraverso un approccio integrato al concetto di salute e ben-essere (salute, assistenza e cura, sport e socialità, educazione e cultura, animazione fino agli stili di vita e al cibo..) la Casa di Comunità potrebbe diventare non solo un hub di servizi socio-sanitari tradizionali ma anche un vero e proprio luogo sociale (risposta sociale innovativa), basato sulla centralità dei servizi collaborativi, cioè l'attivazione e l'utilizzo del maggior numero possibile di risorse presenti sul territorio e in una comunità e partire dalla valorizzazione delle capacità degli utenti stessi dei servizi.

L'ipotesi è proporre una sperimentazione e implementazione del modello su due ambiti della città riconducibili ai Poli di Servizio Sociale Territoriali ovest ed est.

Per corrispondere a questi obiettivi risulta indispensabile:

- Definire una governance di natura socio sanitaria in cui la vita della comunità, con i suoi bisogni e risorse sia al centro della programmazione dei servizi;
- Individuare da subito una funzione di coordinamento dell'intero processo di lavoro;

Individuazione e formazione di due figure professionali, "agenti di comunità" o welfare community manager, che lavoreranno a stretto contatto e supporto del coordinamento. Suoi obiettivi prioritari saranno: la lettura del contesto locale, cogliendo opportunità e limiti, l'elaborazione, in modo partecipato, di strategie di sviluppo di comunità coerenti con le scelte strategiche regionali e locali, la definizione di azioni e di elementi di valutazione dei processi sociali e dei cambiamenti. Dialogare e co-progettare con i medici di comunità, pediatri, ostetriche, infermieri, medici specialisti, che hanno sede presso la casa, operano sul territorio e parallelamente con le realtà

sociali che risiedono e agiscono nella comunità: centri sociali, associazioni di volontariato, parrocchie, scuole, realtà informali che incidono sulla costruzione di legami di comunità. Sarà obiettivo prioritario del welfare community manager immaginare come rispondere in modo nuovo, dialogico e intersettoriale alle esigenze dei cittadini;

- Un adeguato accompagnamento consulenziale, sia per la traduzione operativa di un nuovo welfare cittadino, sia per la definizione di nuove professionalità sulle cui gambe viaggerà il cambiamento.

Si propone di avviare un processo di partecipazione con la comunità (associazioni di promozione sociale, società sportive, parrocchie, servizi educativi per la prima infanzia, Istituti Comprensivi, soggetti gestori di strutture per anziani e disabili, singoli cittadini, imprese, medici di medicina generale) e con gli operatori dei servizi sociali e sanitari per favorire la creazione di nuove relazioni e nuove reti che rispondano in modo adeguato ai bisogni del territorio. La realizzazione di questa complessa ed innovativa impostazione presuppone un vero e proprio processo di riposizionamento culturale, di contaminazione dei saperi professionali che si aprono anche al punto di vista dei cittadini considerati non più fruitori di servizi, quanto piuttosto protagonisti corresponsabili di una complessiva definizione di un progetto di Salute.

Attività trasversali per tutti i territori della sperimentazione

I processi di innovazione richiedono di essere accompagnati dall'attivazione di alcune leve di cambiamento fondamentali su cui si propone quindi di attivare percorsi in tutti i territori coinvolti nella sperimentazione quali:

Percorso di formazione e sviluppo organizzativo con l'obiettivo sia di formare figure di prossimità specifiche sia di diffondere una nuova cultura che supporti gli operatori nell'agire il cambio di paradigma descritto in premessa. La formazione sarà rivolta a figure aziendali ma non solo e sarà multi-professionale e multidisciplinare in un'ottica di integrazione e di rete. Si ritiene fondamentale sperimentare un percorso di formazione-ricerca nel quale i partecipanti siano attivamente coinvolti anche al fine di favorire la circolazione di esperienze e competenze, ma anche la formazione su modelli organizzativi e gestionali ai fini di favorire l'elaborazione di una visione comune e di condividere strumenti operativi in grado di supportare fin da subito il cambiamento. . Inoltre, in particolare in relazione alla esperienza della Casa della Salute di Puianello, si ipotizza di sviluppare un dispositivo di diffusione e disseminazione del paradigma della Casa della comunità focalizzato sui suoi processi essenziali di accoglienza, di inclusione, di prevenzione, di cura e di generazione di progettualità territoriali centrato su una esperienza di immersione, offerta ad altre realtà territoriali di una durata significativa per vivere e respirare il contesto accompagnata da una fase di analisi riflessiva e di valutazione qualitativa .Tale sperimentazione potrà rappresentare una palestra di apprendimento per Dirigenti d'area sociale, Dirigenti d'area sanitaria, Operatori Sociosanitari e Amministratori (Governi, Regioni, Comuni).

	<p>Inoltre il percorso formativo si integrerà con il percorso di monitoraggio e valutazione descritto di seguito in modo da poter realizzare una formazione contestualizzata, sul campo, efficace e funzionale.</p> <p><u>Percorso di monitoraggio e valutazione</u> mediante ricerca qualitativa/quantitativa trasversale, come ricerca-azione per valutare in che modo i risultati dei servizi erogati impatteranno sui destinatari e sul territorio determinando un miglioramento del loro benessere. Il percorso si rivolgerà sia ai destinatari sia agli operatori coinvolti nei servizi e nelle iniziative attivate, e vedrà momenti di monitoraggio in itinere e di valutazione ex post, per rilevare sia indicatori di processo che di esito. Questa attività di ricerca verrà sviluppata su tutti i territori su cui insisterà la sperimentazione e avrà come obiettivo l'individuazione dell'impatto a breve e lungo periodo e la realizzazione di pubblicazioni sui risultati raggiunti per dare evidenza agli esiti raggiunti.</p>
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizzazione dei percorsi formativi e numero di percorsi di formazione specifica per operatori sanitari e sociali • Numero di eventi formativi riguardanti soggetti sociali (Talenti Sociali) • Numero di persone prese in carico sul totale delle segnalazioni di bisogno agli sportelli (PUA) della Casa della Comunità • Istituzione e convocazione periodica di tavoli di lavoro congiunti tecnico-politici (evidenza documentale)

<p>Obiettivo 2</p>	<p>Il Budget di Salute è un modello innovativo che favorisce l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità.</p> <p>Nella Regione Emilia-Romagna il Budget di Salute è definito dalle linee di indirizzo, contenute nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 1554/2015, come "uno strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi".</p> <p>Il budget di salute mette insieme il percorso di cura e il progetto di vita della persona. Sulla base delle valutazioni condotte in tutti gli assi di intervento (casa/habitat, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività/comunicazione), viene costruito, su misura e in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze, il "Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che deve esplicitare azioni e obiettivi da raggiungere in ciascun asse. Il PTRI, come percorso di cura orientato alla recovery della persona, si sviluppa insieme al progetto di vita.</p> <p>L'asse "abitare" risulta particolarmente interessante e meritevole di specifici approfondimenti. Allo scopo vengono identificati due progetti innovativi</p> <p>1. La AUSL di Parma ha effettuato uno specifico studio sulla sicurezza delle persone con disturbi mentali ospitati in appartamenti protetti con progetto budget di salute, attraverso audit specifici i cui esiti sono stati discussi con le Associazioni di utenti e familiari e con gli Enti gestori. L'analisi di criticità e punti di forza ha suggerito la definizione di un progetto di intervento che integri, coordini e razionalizzi azioni differenti miranti all'aumento di competenze relative al "buon abitare" e all'"abitare sicuro" per le persone coinvolte in progetti di autonomia abitativa.</p> <p>2. Lo strumento del budget di salute può essere utilmente applicato anche a progetti riguardanti altri target, come le persone con dipendenze patologiche. L'incremento di età della popolazione assistita dai SerDP ha posto in primo piano nuove problematiche assistenziali derivanti dalle comorbilità fisiche e psichiche connesse alla fragilità dei soggetti trattati. Tali bisogni possono essere correttamente intercettati con gli strumenti della domiciliarità e attraverso lo sviluppo di funzioni educative per accompagnamenti e promozione di autonomie. L'esperienza di supporto domiciliare maturata nel corso della pandemia ha contribuito a definire linee di indirizzo regionali per il supporto alla domiciliarità per le persone con dipendenze patologiche.</p>
<p>Obiettivi specifici</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento dell'appropriatezza degli interventi nell'asse abitare, razionalizzazione degli interventi di riduzione dei rischi connessi all'abitare in autonomia, miglioramento della qualità della vita 2. Realizzazione di progetti condivisi con gli utenti dei SerDP per il supporto all'abitare in autonomia e intercettazione nuovi bisogni a cui i Servizi per le Dipendenze non forniscono risposte soddisfacenti con gli strumenti ordinari.

Risultati attesi: a breve termine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabilizzazione dei pazienti e loro coinvolgimento attivo attraverso la figura del “facilitatore sociale” (utenti esperti) 2. Ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero e lo sradicamento dai contesti di vita 	
Risultati attesi: a lungo termine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione degli infortuni domestici Facilitazione verso percorsi di vita totalmente autonomi Miglioramento dell’integrazione tra servizi sanitari e gestori dei progetti con budget di salute con specifica attenzione all’asse abitare 2. Prevenire la riduzione delle autonomie personali. Favorire la continuità terapeutica. Individuare le aree di aggravamento della cronicità, di tipo sanitario e sociale, e progettare interventi di tutela della salute e del benessere sociale 	
Punti di forza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metodologia del budget di salute, con attenzione ai tre assi abitare – lavoro – socialità, diffusa su tutto il territorio regionale Esistenza di tavoli di confronto tra servizio sanitario, servizi sociali, enti gestori, associazioni utenti e famigliari sia a livello di AUSL che a livello regionale Esperienza sul tema specifico presso la AUSL di Parma 2. Consolidata esperienza di programmi di prossimità nel settore delle dipendenze patologiche, in stretto rapporto con il terzo e quarto settore 	
Punti di debolezza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disomogeneità regionale sull’offerta di abitare supportato per le persone con disturbi mentali; il progetto sarà occasione per una rivisitazione complessiva. 2. Modello budget di salute adottato solo recentemente nel settore dipendenze patologiche. 	
Durata complessiva del progetto	01/01/2020	31/12/2022
Descrizione analitica del progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. La AUSL di Parma ha maturato esperienza specifica sul tema a partire da audit clinici ed organizzativi. Pertanto, ci si propone di testare l’intervento dapprima nel territorio della AUSL di Parma, per poi trasferire la progettualità in tutte le AUSL della Regione. <p>Il progetto vede come destinatari le persone con progetto budget di salute ad alta complessità che comprenda prioritariamente l’asse abitare. Particolare attenzione viene posta a giovani pazienti già dai primi anni della maggiore età. Il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuazione di strumenti di valutazione e verifica in tema di autonomia e sicurezza nell’abitare • Formazione/sensibilizzazione/sostegno ai pazienti sui temi dell’abitare, in particolare in relazione all’abitare sicuro • Realizzazione di strumenti/ausili ad uso dei pazienti sul tema della sicurezza nell’abitare • Approfondimento e sviluppo in tema di home care technology • Individuazione/stesura di buone prassi e/o linee di indirizzo • Diffusione delle buone prassi a tutte le AUSL della Regione Emilia-Romagna. 	

	<p>2. Sulla base del lavoro di un gruppo di professionisti e direttori di programma dipendenze patologiche, è stato messo a punto un documento di riferimento per l'attuazione di interventi a supporto della domiciliarità per persone con dipendenze patologiche, anche sulla base dell'esperienza maturata nel corso della pandemia. Il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mappa dei bisogni e delle risorse locali. Descrizione delle aree di intervento (domicili di utenti; aree di aggregazione; luoghi topici); Servizi, associazioni, cooperative che possono essere coinvolti (in aggiunta al Ser.DP) sulle progettualità; Strumenti di valutazione dei bisogni. • Formazione delle professionalità coinvolte (da effettuare in parte in Regione e in parte localmente): comorbilità fisiche psichiche; linguaggio; tecniche di ascolto attivo; problem solving; mediazione culturale. Particolare attenzione dovrà essere dedicata all'utilizzo dei social e delle tecnologie informatiche per il mantenimento del collegamento con l'utenza e la diffusione delle informazioni. • Costituzione di staff di progetto multiprofessionali e interservizi per la costruzione delle progettazioni e la presa in carico condivisa. • Individuazione delle persone che necessitano di interventi di domiciliarità. • Analisi dei bisogni specifici e individuazione delle aree di intervento. • Definizione di progetti personalizzati. • Implementazione e valutazione dei singoli progetti. <p>Relazione finale documentale.</p>
--	--

<p>Indicatori di risultato</p>	<p>E' previsto un piano di valutazione che verrà strutturato sulle seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizioni dei Programmi con Budget di Salute nei Servizi di Salute mentale adulti • Erogazione del Trattamento socio-riabilitativo casa abitare, che include gli inserimenti in Appartamento a bassa intensità assistenziale o altre forme di alloggio, l'Assistenza domiciliare o intervento riabilitativi o educativi • Ricoveri ospedalieri per gli assistiti con interventi socio-riabilitativi casa abitare • Erogazione del Trattamento socio-riabilitativo casa abitare <p>La cartella socio-sanitaria CURE (Cartella unica regionale elettronica dei Servizi del DSM-DP) sarà uno degli strumenti per ricavare le informazioni utili per la valutazione del progetto.</p> <p>Oltre al monitoraggio degli informatori sopra riportati, il progetto prevede un:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento del 5% del "Trattamento socio-riabilitativo casa abitare • Aumento del 5% delle prestazioni erogati a domicilio. • Un calo sostanziale dei ricoveri in SPDC degli assistiti ai quali è stato erogato un intervento di Budget di salute o un Trattamento socioriabilitativo casa abitare
--------------------------------	--