

MILA FERRI  
DIRIGENTE SALUTE  
MENTALE E  
DIPENDENZE  
PATOLOGICHE  
REGIONE EMILIA-  
ROMAGNA

# La Regione e il lavoro di strada dalle politiche alla programmazione degli interventi

# Una scelta strategica che viene da lontano

- ▶ Le prime normative regionali risalgono al 1995, con investimenti per personale e mezzi
- ▶ Il focus era la riduzione del danno, la prevenzione overdose, la prevenzione HIV
- ▶ Successivamente ci si è occupati della riduzione dei rischi nei luoghi del divertimento, compresa la prevenzione degli incidenti stradali correlati all'assunzione di alcol e sostanze

- 
- ▶ Finanziamento dedicato da Fondo sanitario regionale ( 2 milioni/anno dal 2006) il cui utilizzo in sede locale va programmato in sede di comitato di distretto/piano locale di zona
  - ▶ Definizione dei requisiti di qualità degli interventi di strada per AUSL ed Enti locali
  - ▶ Coordinamento regionale che si riunisce regolarmente confrontando le esperienze, monitorando e valutando le attività
  - ▶ Supporto a progetti innovativi (es. progetto fentanyl)

## Supporto al lavoro di strada

Dal 2017 gli interventi di riduzione del danno vengono compresi nei livelli essenziali di assistenza socio-sanitari

La riduzione del danno è un LEA, ma non può essere attuata solo dal Servizio sanitario

Forte alleanza con gli Enti locali (Piani locali di zona)

Collaborazione con le Forze dell'Ordine, con le organizzazioni istituzionali e non, con le comunità locali

# Esempi di costruzione di alleanze

Forme di mediazione di quartiere e più in generale con il contesto sociale

Coinvolgimento attivo dei consumatori in progetti di miglioramento ambientale (raccolta rifiuti e simili)

Interventi nei luoghi di permanenza dei consumatori o nei luoghi della marginalità

Valorizzazione del ruolo dei pari

# Valutare gli esiti

- ▶ Su tutti gli ambiti:
  - ▶ Tutela della salute dei singoli
  - ▶ Valutazione di impatto sulle comunità locali
  - ▶ Valutazione del clima organizzativo dei servizi
- ▶ Dare un ritorno a tutti i livelli (cittadinanza, committenti, utenti e professionisti coinvolti)

# Lavoro di strada e pandemia

## In fase 1:

- Rimodulazione rapida dell'offerta di servizi
- Utilizzo piattaforme online
- Rafforzamento e maggiore strutturazione della relazione tra i programmi di strada e i servizi per le dipendenze

Queste esperienze si sono consolidate e sono rimaste attive anche nelle fasi 2 e 3

# Il valore del lavoro di strada

Rispetto della  
persona e delle  
sue scelte

Ascolto attivo e  
offerta di aiuto

Supporto alla  
motivazione al  
cambiamento

Essere presenti  
dove le cose  
succedono

Antenne degli  
stili di consumo  
e delle  
emergenze

# Il lavoro di strada insegna ad altri settori della sanità...

## Il lavoro di strada

- ▶ Rispetto della persona e delle sue scelte
- ▶ Ascolto attivo e offerta di aiuto
- ▶ Supporto alla motivazione al cambiamento
- ▶ Essere presenti dove le cose succedono
- ▶ Antenne degli stili di consumo e delle emergenze
- ▶ Valore dell'esperienza tra pari

## La prossimità in sanità

- ▶ Meno paternalismo e più coprogettazione e condivisione
- ▶ Interventi proattivi
- ▶ Contatti frequenti anche telefonici per favorire l'aderenza al trattamento (esperienza pandemia)
- ▶ Interventi domiciliari
- ▶ Vedere le persone nel proprio contesto di vita
- ▶ Automutuoaiuto, educazione tra pari

# I principi del lavoro di strada coerenti con l'impostazione del Piano sociale e sanitario regionale

## I tre obiettivi strategici del Piano

- ▶ Lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà
- ▶ Consolidamento e sviluppo del Distretto quale snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria
- ▶ Strumenti nuovi di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali

# I principi del lavoro di strada coerenti con l'impostazione del Piano sociale e sanitario regionale

1. Servizi dedicati, pensati come interventi o spazi intermedi tra la casa e i servizi stessi (residenziali e non), connotati da una **maggiore vicinanza ai bisogni e da una dimensione relazionale meno formale, meno "istituzionale"**.
2. **Responsabilità condivisa anche dai e con i cittadini**, le famiglie, le associazioni, nei processi di co-progettazione per la cura della persona ma anche nella possibilità di integrare l'organizzazione dei servizi con risorse informali
3. Promuovere **interventi precoci e diffusi** volti a rendere più ampie, approfondite e "attive" le conoscenze delle persone sulle proprie potenzialità di vivere bene in un contesto in forte trasformazione
4. Un investimento sulla **formazione degli operatori al lavoro di comunità**