



**zdrava istra
istria sana**

PIANO PER LA SALUTE DELLA REGIONE ISTRIANA

PIANO OPERATIVO DELLE ATTIVITÀ PER IL 2013



Novembre 2012

INDICE

1. INTRODUZIONE	Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.
2. PIANO OPERATIVO DELLE ATTIVITÀ PER IL 2013 – PARTE GENERALE	4
3. AREA PRIORITARIA „SALUTE MENTALE DI BAMBINI E GIOVANI“	11
4. AREA PRIORITARIA „SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA“	21
5. AREA PRIORITARIA „INTERVENTI PRECOCI PER BAMBINI A RISCHIO“	32
6. AREA PRIORITARIA „ASSISTENZA PER PERSONE ANZIANE E NON AUTOSUFFICIENTI“	50
7. AREA PRIORITARIA „TUTELA E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (PcD)“	62
8. AREA PRIORITARIA: „PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI“ ..	75
9. AREA PRIORITARIA: „CANCRO DEL COLON-RETTO – CARCINOMA COLORETTALE (CCR)“	82
10. AREA PRIORITARIA: „CURE PALLIATIVE“	95
11. AREA PRIORITARIA: „TUTELA DELL'ARIA“	107
12. PROGETTI SELEZIONATI IN BASE ALL'INVITO PUBBLICO E NON INSERITI NELLE AREE PRIORITARIE	122
13. RIASSUNTO	132



1. INTRODUZIONE

In base alla prassi introdotta nel 2005 con il progetto „Gestione e pianificazione per la salute“ (*Rete croata delle città sane*) e alla successiva introduzione dell'obbligo giuridico (*Legge sulla tutela sanitaria, GU 150/08, 71/10, 139/10, 22711, 84/11, 12/12, 70/12*) la pianificazione nel settore della salute e del benessere sociale dei cittadini dell'Istria si articola in due documenti generali:

- un piano triennale per la salute (*il Piano per la salute 2011-2013, attualmente in vigore, adottato in occasione della seduta dell'Assemblea della Regione Istriana del 18 luglio 2011*);
- un'elaborazione operativa su base annuale.

La specificità dell'Elaborazione operativa del Piano per la salute per il 2013 è che, con la sua adozione, è cessata la validità delle priorità regionali fissate nel 2005 (*diagnosi precoce del tumore al seno, prevenzione delle malattie cardiovascolari, prevenzione delle dipendenze e dei disturbi comportamentali di bambini e giovani, tutela socio-sanitaria di degli anziani e tutela delle fonti di acqua potabile*), mentre l'Assemblea della Regione Istriana ha individuato delle nuove priorità (che rimarranno in vigore fino alla fine del 2016) nell'ambito delle seguenti aree / dei seguenti problemi:

1. **salute mentale di bambini e giovani,**
2. **sostegno alla famiglia,**
3. **interventi precoci per bambini a rischio,**
4. **assistenza per persone anziane e non autosufficienti,**
5. **tutela e miglioramento della qualità della vita delle persone con disabilità,**
6. **prevenzione delle malattie cardiovascolari,**
7. **cancro del colon-retto (carcinoma coloretale),**
8. **cure palliative,**
9. **tutela dell'aria.**

Le priorità indicate sono state riconosciute nel corso del processo di sondaggio delle necessità, attuato nel 2012, che ha comportato la raccolta e l'analisi di dati tratti da:

- relazioni statistiche nel settore della salute, dell'assistenza sociale, dell'istruzione, del sistema pensionistico, del collocamento al lavoro, dell'autogoverno locale;
- questionari compilati da operatori sanitari (105 medici della TSP, 34 infermiere per l'assistenza domiciliare, 36 operatori dell'IDSPRI, 74 medici dell'OG di Pola);
- inchiesta web (63 persone);
- intervista con il metodo dei focus group (83 partecipanti in 9 gruppi);
- lavoro individuale e di gruppo in occasione della conferenze di consenso (44 persone).

Dopo il raggiungimento del consenso di tutti i partecipanti sono state convocate, per le 7 aree prioritarie, delle riunioni speciali – laboratori aventi in media di 10-12 partecipanti i quali hanno analizzato ulteriormente la situazione all'interno delle singole aree, formulando poi

1



una definizione del problema ed effettuando un'analisi logica (schema) di fattori che incidono sul problema direttamente e/o indirettamente. Questo tipo di analisi non è stata effettuata per la priorità "Cure palliative" perché lo sviluppo del relativo modello era iniziato molto tempo prima e si trovava già in una fase avanzata, né è stata effettuata per la priorità "Prevenzione delle malattie cardiovascolari", anch'essa analizzata precedentemente in occasione della stesura di un progetto candidato al programma UE – IPA Adriatic CBC.

La proposta definitiva dell'Elaborazione operativa delle attività per il 2013 è stata redatta dai membri del Gruppo regionale per la salute in base a:

- i risultati del processo di sondaggio delle necessità e delle opinioni dei partecipanti di tutti i processi indicati;
- il quadro strategico del Piano per la salute 2011-2013 e del Piano di attuazione del Piano per la salute 2011-2013;
- il quadro legislativo definito dalle leggi e da altre norme nonché da strategie e programmi nazionali rilevanti per le priorità regionali;
- le risorse disponibili per la soluzione dei problemi prioritari.

Per risorse disponibili si intendono:

- le risorse umane e professionali dei membri del Gruppo regionale e dei collaboratori esterni che hanno manifestato la loro disponibilità a lavorare sulle priorità regionali;
- i programmi che verranno attuati dagli istituti sanitari o di assistenza sociale in cui la Regione Istriana possiede diritti di fondatore nell'ambito della loro attività ordinaria e/o con il cofinanziamento del Bilancio della Regione Istriana per il 2013;
- i progetti presentati su invito pubblico e selezionati per ricevere il cofinanziamento del Bilancio della Regione Istriana per il 2013, che verranno attuate da diverse persone giuridiche (istituti, associazioni di cittadini, organizzazioni della società civile, società commerciali).

In base a quanto esposto, l'Elaborazione operativa del Piano per la salute per il 2013 comprende le seguenti parti:

Parte generale - Elaborazione operativa della parte comune del Piano

- Visione, missione, politiche e valori del Piano
- Obiettivi comuni per il 2013
- Descrizione dettagliata degli obiettivi (compiti, attività, persone responsabili e collaboratori)

Elaborazione operativa per priorità (analizzate singolarmente)

- I. Introduzione
- II. Definizione e analisi del problema
- III. Obiettivo e linee guida per l'attività fino al 2016
- IV. Elaborazione operativa delle attività per il 2013
 - Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dell'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale
 - Programmi che verranno attuati dagli istituti di cui la Regione Istriana è fondatore
 - Progetti selezionati in base a un invito pubblico

2



Vista la complessità delle priorità scelte, le profonde differenze nelle condizioni esistenti all'interno delle singole priorità come pure il diverso livello di accessibilità di indici statistici e di altro tipo, non è stato possibile fornire una panoramica completa in ogni singola area prioritaria seguendo lo schema indicato. Inoltre, nel caso di 2 priorità, i lavori sono iniziati prima e ora si svolgono nel contesto creato da un altro modello (cure palliative) ovvero da un altro progetto finanziato attraverso il programma UE IPA (prevenzione delle malattie cardiovascolari).

La maggior parte dei mezzi finanziari per l'attuazione delle attività pianificate consiste in risorse previste nel Bilancio della Regione Istriana, ma anche i titolari delle attività assicurano una parte delle risorse ovvero danno il proprio apporto.

L'importo dei mezzi finanziari indicato accanto ad attività/programmi/progetti pianificati riguarda il loro cofinanziamento con risorse del bilancio regionale previste nel 2013 alle seguenti voci:

- 565 Servizi di pubblicità e informazione – campagna „Bježi-Via“
- 566 Progetti per il miglioramento della salute mentale di bambini e giovani
- 567 Sostegno alle attività di prevenzione – campagna „Bježi-Via“
- 568 Progetti di sostegno alle famiglie
- 569 Donazioni correnti al Centro per la famiglia della Regione Istriana
- 570 Sostegno ai progetti di intervento precoce
- 571 Sviluppo dell'assistenza istituzionale ed extraistituzionale (Assistenza a persone anziane e non autosufficienti)
- 572 Sistema d'allerta „Pronto, non sei solo“
- 573 Centro di assistenza intensiva per malati di Alzheimer
- 574 Documentazione progettuale per la costruzione delle Case per persone anziane e non autosufficienti
- 576 Cofinanziamento del Centro diurno di riabilitazione di Veruda
- 577 Sviluppo di servizi di assistenza extraistituzionale (Tutela e miglioramento della qualità della vita dei disabili)
- 578 Promozione di sane abitudini di vita (Prevenzione delle MCV)
- 579 Diagnosi precoce (Cancro del colon)
- 580 Coordinamento del programma nazionale (Cancro del colon)
- 581 Centro per le cure palliative
- 582 Progetti di miglioramento della salute e della sicurezza sociale in generale
- 583 – 600 Progetto Love Your Heart

Con l'adozione dell'Elaborazione operativa del Piano per la salute per il 2013 l'Assemblea regionale approva la ripartizione delle risorse destinate a utenti e fini indicati nel Piano.



2. PIANO OPERATIVO DELLE ATTIVITÀ 2013 – PARTE GENERALE

VISIONE

La salute è la cosa più importante!

La felicità e il successo di ogni individuo e di ogni comunità dipendono dalla salute e ne costituiscono il fondamento!

I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, biologici e comportamentali possono giovare o nuocere alla salute. La responsabilità sociale e il nostro comportamento ci consentono di conservare e migliorare l'ambiente e la salute!

Per la salute bisogna progettare e investire!

MISSIONE

La nostra missione è di attuare un'ampia politica regionale come definita nel Piano per la salute della Regione Istriana.

Noi colleghiamo persone, conoscenze e politiche a favore della salute dei cittadini!

POLITICHE E VALORI

- Promozione della partecipazione attiva e consolidamento della comunità
- Sviluppo di relazioni di partenariato, collaborazione e trasferimento di conoscenze all'insegna del rispetto e della fiducia reciproca
- Accettabilità sociale e trasparenza
- Credibilità professionale e aggiornamento continuo
- Multidisciplinarietà e lavoro congiunto (di gruppo)
- Innovatività
- Standardizzazione di procedimenti e azioni
- Consenso

OBIETTIVI 2013



1. Presentare le nuove priorità ai soggetti interessati, a livello locale e nazionale, in maniera diretta e attraverso i mezzi di comunicazione: politici, esperti, cittadini, UAL, MS, MPSPG, ICAS
2. Riunire nuovi partner e collaboratori e definire il loro ruolo nell'attuazione del Piano
3. Valutare i successi conseguiti in base alle priorità definite nel Piano per la salute per il periodo 2005-2012

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEGLI OBIETTIVI

Obiettivo 1: Presentare le nuove priorità ai soggetti interessati, a livello locale e nazionale, in maniera diretta e attraverso i mezzi di comunicazione

Vogliamo che, per quanto riguarda le questioni prioritarie nel campo sociale e della salute pubblica e le relative modalità per affrontarle, si raggiunga un alto grado di comprensione e consenso fra cittadini, esperti e politici, ma anche che il Piano per la salute in qualità di documento diventi il garante della salute, della sicurezza sociale e di una politica della salute efficiente a livello regionale. Vogliamo che i politici, gli esperti e il pubblico riconoscano e „vivano“ il Piano per la salute e che l'Assemblea regionale discuta e adotti regolarmente documenti rilevanti per l'attuazione del Piano per la salute, sostenendo anche l'operato relativo a tutte le priorità individuate. Vogliamo che il Piano per la salute desti l'interesse della professione e stimoli i soggetti interessati a partecipare alla sua attuazione e che tutti i partner, nel promuovere le (proprie) attività, creino un'atmosfera nella quale i mezzi di comunicazione si interesseranno spontaneamente del Piano e lo diffonderanno fra il pubblico.

	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al Gruppo
1	Assicurare che i documenti rilevanti per l'attuazione del Piano per la salute siano adottati e sostenuti a livello delle unità dell'autogoverno locale e regionale nonché degli organi amministrativi degli istituti regionali	S.Grozić-Živolić	Gabinetto del presidente della Regione, Segreteria dell'Assemblea, tutti gli assessorati della RI
Attività	Redigere e proporre piani e relazioni annuali	Tutti i membri del Gruppo	
	Informare i decisori (presidente della Regione, consiglieri, sindaci di città e comuni, direttori di istituti sanitari e sociali) dei temi chiave contenuti nel Piano		
	Influire sugli altri settori le cui politiche e/o prassi hanno un forte impatto sulla salute e l'assistenza sociale (istruzione, economia, agricoltura, pianificazione)		



	territoriale)		
	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al Gruppo
2	Stimolare il coinvolgimento di esperti nello sviluppo e nell'attuazione del Piano		
Attività	Presentare il Piano per la salute alle associazioni di professionisti presenti nel territorio della Regione: il Collegio dei medici, l'Associazione degli assistenti sociali, la Società degli psicologi	S.Ćakić-Kuhar	Dirigenti di associazioni professionali, Città sane di Albona, Parenzo e Pola, Rete croata delle città sane, Scuola di salute popolare A. Štampar, Facoltà di educazione e riabilitazione
	Partecipare all'organizzazione della Scuola estiva per il miglioramento della salute di Montona e alle attività di altri convegni scientifici a livello regionale	Tutti i membri del Gruppo	
	Stimolare i collaboratori alla pubblicazione di articoli scientifici, modelli di buone pratiche, ecc.		
	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al Gruppo
3	Informare ed educare il pubblico in merito alle questioni che riguardano la comunità, promuovere la consapevolezza dell'accessibilità di iniziative che contribuiscono a cambiare le conoscenze individuali e collettive in materia di salute, sicurezza sociale, atteggiamenti e prassi a favore di una comunità più sana		
Attività	Promuovere la visione e la missione del Piano per la salute	S.Ćakić-Kuhar,	Mezzi di comunicazione, soggetti che attuano le attività previste dal Piano
	Pubblicare regolarmente servizi sul sito web Istria sana	O.Dabović-Rac	
	Tenere conferenze stampa e curare altre forme di comunicazione con i mezzi di comunicazione per presentare il Piano e/o singole attività del Piano		
	Determinare le date importanti per la promozione della salute e definire le modalità di celebrazione		
	Redigere e distribuire opportuni materiali promozionali		
	Compito	Responsabili	Collaboratori esterni al



		del Gruppo	Gruppo
4	Collegare le attività del Piano per la salute con le leggi e le norme vigenti nonché con le strategie e i programmi nazionali ed europei (Strategia di sviluppo regionale 2011-2013, Strategia nazionale di sviluppo della sanità 2012-2020, Piano strategico di sviluppo della sanità pubblica nella RC 2012-2016, Strategia europea di sviluppo della salute per tutti fino al 2020, ecc.)	V.Kordić D.Maras-Tkačuk R.Katačić,	Gabinetto del presidente della Regione
Attività	Informare i membri del Consiglio per la salute, del Consiglio per la previdenza sociale e del Gruppo per la salute su modifiche legislative e strategie rilevanti	D.Lazarić Zec	
	Attività di lobbying per priorità e programmi regionali presso i ministeri competenti e l'Istituto croato per l'assicurazione sanitaria		

Obiettivo 2: Riunire nuovi partner e collaboratori in armonia con le nuove priorità e definire il loro ruolo nell'attuazione del Piano

Vogliamo creare e consolidare le risorse necessarie per un'attuazione indisturbata delle misure e delle attività del Piano per la salute, ma anche definire una struttura organizzativa funzionale attraverso attività coordinate di organizzazioni partner. Continueremo a promuovere i valori fondamentali della partecipazione del consenso di tutti i soggetti interessati e introdurremo migliori meccanismi di monitoraggio e valutazione di processi e risultati. Prevediamo di attuare le attività pianificate (servizi e progetti di qualità) grazie alla competenza e alla professionalità dei membri dei gruppi e dei collaboratori, basandoci sui principi di programmi esaminati e valutati a fondo e monitorati continuamente.

	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al Gruppo
1	Identificare le risorse (organizzazioni e individui) necessarie per realizzare gli obiettivi prefissati e includerli nella realizzazione	R. Katačić D. Lazarić Zec	Singoli esperti e organizzazioni che si occupano di attività legate alle priorità regionali, a livello locale, regionale e/o
Attività	Identificare persone, istituti e unità dell'autogoverno locale in cui esistono disponibilità e capacità per istituire partenariati volti alla realizzazione del Piano per la salute e definire, in accordo con tali soggetti, le aree, le forme e le	R. Rojnić M.	



	modalità di collaborazione	Momčinović	nazionale
	Formare gruppi di lavoro per le singole priorità	V. Kordić	
	A seconda delle necessità, effettuare ricerche mirate e analisi per capire meglio i problemi all'interno delle aree prioritarie	A. Stojanović	
	Tenere regolari riunioni del Gruppo per la salute, del Consiglio per la salute, del Consiglio per la previdenza sociale e dei gruppi di lavoro per le singole priorità nonché riunioni di coordinamento con i rappresentanti dei partner	I. Puhar	
	Creare procedure e modelli per la registrazione di processi e risultati del lavoro importanti (p. es. relazioni finanziarie, pubblicazione di inviti pubblici, relazioni di organi e gruppi di lavoro, ecc.) e coordinare l'attuazione		
	Creare uno schema organizzativo che contenga tutti gli elementi funzionali (organi e rapporti) necessari per l'attuazione del Piano per la salute		
	Garantire il sostegno amministrativo degli organi competenti necessari per l'attuazione del Piano per la salute (assessorati della RI, dipartimenti di statistica sanitaria presso l'IPSP)		
	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al Gruppo
2	Garantire il finanziamento delle necessità sanitarie e sociali prioritarie indicate nel Piano per la salute, aumentare e diversificare la struttura e le fonti (portafoglio) di entrate per assicurare un finanziamento stabile a lungo termine		Fondazione per l'incentivazione della partnership e dello sviluppo della società civile della RI
Attività	Aumentare le capacità per raccogliere mezzi finanziari attraverso personale amministrativo che ha ricevuto un'apposita formazione e l'incarico di reperire mezzi finanziari (fondi EU, ecc.)	D.Maras-Tkačuk	Assessorato alla cooperazione internazionale e le integrazioni europee della RI
	Redigere una bozza di norma sul finanziamento congiunto per inserirla negli accordi di collaborazione con le unità dell'autogoverno locale e proporre l'inclusione della voce di spesa relativa al Piano per la salute nel loro bilancio	V. Kordić; R.Katačić	
	Esaminare le possibilità di finanziamento delle attività con risorse del bilancio statale (per strategie nazionali selezionate, ecc.)	Lj. Radolović;	Unità dell'autogoverno



			locale
	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al Gruppo
3	Migliorare la capacità di misurare effetti e output di attività e/o progetti e controllo durante l'attuazione		
Attività	Redigere un piano di monitoraggio con modalità di monitoraggio e indici ben definiti	A. Stojanović D. Lazarić Zec; S. Grozić Živolić;	
	Attuare il monitoraggio e le azioni correttive		
	Creare una metodologia di valutazione dei singoli progetti attuati nell'ambito del Piano		
	Redigere raccomandazioni per il lavoro futuro basandosi sui procedimenti di monitoraggio effettuati		
	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al Gruppo
4	Redigere il piano annuale di formazione per membri del Gruppo e collaboratori		
Attività	Definire le necessità di formazione aggiuntiva	D. Maras Tkačuk T. Mikulčić;	Associazioni professionali, Rete croata delle città sane, Scuola di salute popolare A. Štampar, Facoltà di educazione e riabilitazione
	Trovare opportune risorse per la formazione (esperti, istituzioni, mezzi, ecc.) e organizzare corsi, laboratori, seminari in luoghi accessibili e nel momento giusto		
	Informare i gruppi bersaglio sugli eventi formativi organizzati		

Obiettivo 3: Valutare i successi conseguiti in base alle priorità definite nel Piano per la salute per il periodo 2005-2012

Nel corso dell'attuazione del Piano e del perseguimento delle priorità dal 2005 al 2012 sono state redatte regolarmente delle relazioni annuali che hanno registrato i cambiamenti, ma hanno soprattutto messo in evidenza gli indici fissati. Tuttavia riteniamo che sia necessario, soprattutto al fine di aumentare la qualità del lavoro futuro, effettuare una valutazione più dettagliata di tutte le conquiste nell'ambito delle singole priorità e del Piano nel suo insieme, ma anche rappresentare i risultati separatamente, in modo che possano guidarci e indicarci il successo o l'insuccesso delle azioni compiute ed essere utili a tutti i collaboratori nel loro lavoro futuro. L'ultimo elemento, ma non in ordine di importanza, riguarda il livello di impegno a favore di priorità che cesseranno di esserlo: non dobbiamo metterlo in forse, bensì mantenere lo standard raggiunto.

	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al
--	---------	-------------------------	--------------------------



			Gruppo
1	Creare una metodologia di valutazione delle priorità del Piano per la salute	R. Katačić, D.Lazarić-Zec A.Stojanović	Soggetti che attuano le attività, cittadini, esperti indipendenti
	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al Gruppo
2	Effettuare una valutazione	R. Katačić, D.Lazarić-Zec A.Stojanović	Responsabili delle priorità
	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al Gruppo
3	Redigere una relazione sulla valutazione e le raccomandazioni per le azioni future		
Attività	Descrivere modelli di lavoro e servizi efficienti in pubblicazioni dedicate	T. Mikulčić; S. Grozić Živolić; responsabili delle priorità	
	Sviluppare capacità per un'applicazione più ampia (coordinata e coerente) di interventi di comprovata efficacia		
	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al Gruppo
4	Presentare i risultati delle conquiste nell'ambito delle singole priorità		
Attività	Preparare e stampare opuscoli	R.Katačić. S.Čakić-Kuhar	
	Preparare e svolgere conferenze con i partner		
	Preparare servizi e presentarsi nei mezzi di comunicazione		
	Compito	Responsabili del Gruppo	Collaboratori esterni al Gruppo
5	Mantenere il livello delle conquiste nell'ambito delle priorità fissate prima del 2012	Responsabili delle priorità	



Mezzi finanziari previsti per la realizzazione della Parte generale del POA

	TITOLARE	DENOMINAZIONE del progetto/programma	IMPORTO
1	Assessorato alla sanità e la previdenza sociale	Piano per la salute – promozione	44.500,00
2	Assessorato alla sanità e la previdenza sociale	Partnership programmatica con la RCCS	40.000,00
3	Assessorato alla sanità e la previdenza sociale	Coorganizzazione della Scuola estiva di Montona	30.000,00
TOTALE			114.500,00

3. AREA PRIORITARIA

„SALUTE MENTALE DI BAMBINI E GIOVANI“

I. Introduzione

La tutela della salute mentale dei giovani, la prevenzione dello sviluppo di disturbi mentali e il trattamento precoce di disturbi mentali gravi sono il metodo migliore per ridurre l'incidenza e la gravità delle malattie in fasi successive.

La Strategia nazionale di tutela della salute mentale per il periodo 2011-2016 è stata adottata in occasione di una seduta del Governo della RC tenutasi a settembre del 2010. La Strategia è stata adottata al fine di creare delle linee guida per un'azione congiunta a favore del miglioramento delle attuali misure efficaci di sviluppo di nuovi metodi di tutela della salute mentale. Gli obiettivi delle azioni definiti dalla Strategia sono: riduzione della comparsa di disturbi mentali, accesso facilitato e paritario a cure valide e tempestive, riabilitazione e inclusione sociale di persone con disturbi mentali attraverso il rafforzamento del loro ruolo nella presa delle decisioni relative ai processi in questione. Gli obiettivi a lungo termine sono



l'aumento della soddisfazione personale e della salute dei cittadini, la riduzione delle spese e l'incentivazione dello sviluppo economico e sociale della comunità.

I principali campi d'azione messi in evidenza dalla Strategia sono: Miglioramento della salute mentale nella popolazione generale, Miglioramento della salute mentale in gruppi di popolazione vulnerabili e specifici per età, Miglioramento della salute mentale sul posto di lavoro, Prevenzione, trattamento e riabilitazione dei disturbi mentali, Tutela della salute mentale nella comunità e Collaborazione con altri settori, scambio di informazioni e conoscenze e ricerca.

Il quadro internazionale

In base alla definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) la salute mentale, e non solo l'assenza di malattie mentali, rientra nella definizione di salute generale. Gli strumenti internazionali di tutela della salute mentale, inclusi i Principi delle Nazioni unite per la protezione delle persone con malattie mentali e per il miglioramento della cura della salute mentale, sono: le Linee guida dell'OMS per il miglioramento dei diritti umani di persone affette da disturbi mentali con i dieci Principi fondamentali della cura della salute mentale, la Dichiarazione di Madrid adottata dall'Associazione mondiale di psichiatria e la Dichiarazione di Caracas.

A seguito dei crescenti tassi di morbilità da disturbi mentali in tutta Europa e della priorità accordata alla salute mentale positiva è stata sottoscritta la Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa (2005).

La Dichiarazione è caratterizzata da quattro importanti ambiti d'azione: prevenzione della depressione e del suicidio, formazione di giovani in materia di salute mentale, miglioramento della salute mentale sul posto di lavoro, promozione della salute mentale presso istituti che si prendono cura di anziani (OMS, 2005).

Il Patto europeo per la salute e il benessere mentale, adottato in occasione della conferenza di alto livello del 2008, identifica 5 priorità:

1. prevenzione della depressione e del suicidio;
2. salute mentale fra i giovani e nel settore dell'istruzione;
3. salute mentale sul posto di lavoro;
4. salute mentale di anziani;
5. lotta alla stigmatizzazione e all'emarginazione sociale.

La salute mentale nella Repubblica di Croazia

Secondo le stime del carico di malattia (DALYs) in Croazia nel 2002, i disturbi mentali e neurologici occupano il secondo posto fra le principali categorie di disabilità: nei maschi la quota è del 20,7% e nelle femmine del 25,6%. Fra le 10 principali cause del carico di malattia complessivo, suddiviso in base alle formulazioni diagnostiche, tre fanno parte del gruppo dei disturbi mentali: i disturbi unipolari depressivi con il 7,5% si collocano al terzo posto, i disturbi



dovuti all'alcol con il 4,7% occupano il quarto posto, mentre la malattia di Alzheimer e le altre demenze con il 2,6% si trovano al settimo posto. I disturbi mentali e quelli comportamentali ricoprono una quota del 6-7% della morbilità ospedaliera. Il maggior numero di ricoveri ospedalieri avviene nella fascia d'età fra i 20 e i 59 anni, il che identifica questi disturbi come una delle cause principali di morbilità ospedaliera nella popolazione attiva. Tali disturbi rappresentano la causa principale di morbilità ospedaliera anche dal punto di vista del numero di giornate di cura ospedaliera poiché più di un quarto (ovvero quasi un quinto) delle giornate complessive di cura ospedaliera riguarda tale categoria. Sono quattro le categorie diagnostiche (abuso di alcol, schizofrenia, disturbi depressivi e reazioni a forti stress) che rappresentano 2/3 dei ricoveri ospedalieri per morbilità ospedaliera dovuta a disturbi mentali. All'interno della morbilità ospedaliera dovuta a disturbi mentali si registra, per entrambi i sessi, una forte tendenza generale di aumento del numero e della percentuale di ricoveri ospedalieri su 100.000 abitanti, con oscillazioni. Si registrano tendenze di aumento della morbilità dovuta a disturbi mentali anche nella tutela sanitaria primaria, dove la relativa quota è del 4-5% della morbilità complessiva. Nevrosi, disturbi da stress e disturbi somatoformi, con una quota del 50% circa, sono la sottocategoria diagnostica principale. Le persone con cause di disabilità o comorbilità le quali concorrono a creare una menomazione funzionale afferente alla categoria dei disturbi mentali e del ritardo mentale rappresentano il 26% del numero complessivo di disabili.

Nel 2009 è stata approvata la Rete del servizio pubblico sanitario in base alla quale è stata istituita una rete di gruppi per la tutela della salute mentale, la prevenzione e il trattamento extraospedaliero delle dipendenze presso gli istituti di sanità pubblica delle regioni e della Città di Zagabria (45 gruppi in totale). Gli attuali servizi per la prevenzione delle dipendenze hanno ampliato l'ambito delle proprie attività per comprendere la tutela della salute mentale, ma si è avuta anche l'organizzazione dell'attività di tutela della salute mentale, prevenzione e trattamento extraospedaliero delle dipendenze a livello degli Istituti regionali. All'Istituto croato di sanità pubblica è stato attribuito un ruolo strategico e di coordinamento.

Quadro legislativo nella RC

Il quadro legislativo in materia di salute mentale è costituito dai seguenti atti:

- Legge sulla tutela sanitaria;
- Legge sull'assicurazione sanitaria obbligatoria;
- Legge sulla tutela dei diritti dei pazienti;
- Legge sulla tutela delle persone con disturbi mentali, in conformità alla quale è stata fondata la Commissione statale per la tutela delle persone con disturbi mentali, che controlla le condizioni e le modalità di attuazione della tutela e delle cure presso gli istituti psichiatrici e propone misure per il miglioramento delle cure;
- Piano e programma di misure per la tutela sanitaria relativa all'assicurazione sanitaria obbligatoria e Strategia nazionale di sviluppo della sanità 2006-2011, con i quali si richiama l'attenzione sul miglioramento della salute mentale e la tutela delle persone con disturbi mentali dalla stigmatizzazione e dalla discriminazione. Il Piano comprende anche la lotta allo stress e ai disturbi mentali causati dallo stress e riconducibili alla Guerra patria in Croazia e definisce misure per disturbi nevrotici, da stress e depressivi come pure per la lotta alla stigmatizzazione di persone con disturbi mentali;
- Strategia nazionale di tutela della salute mentale per il periodo 2011-2016;
- Strategia nazionale di sviluppo della sanità 2012-2010, trasmessa al Sabor a settembre del 2012.



II. Definizione e analisi del problema

Definizione del problema:

Competenze (conoscenze e abilità) socio-emotive insufficientemente sviluppate in bambini nella fascia d'età delle elementari che producono atteggiamenti e comportamenti acritici nei confronti del rischio

Man mano che i bambini crescono, sono sempre più esposti a molteplici rischi, mentre l'eziologia dei disturbi comportamentali diventa sempre più complessa. Anche se la famiglia mantiene un ruolo cruciale nello sviluppo, la scuola sta diventando il principale contesto della socializzazione e, a seconda dell'età, anche l'influsso del gruppo di pari diventa più forte.

Analisi del problema

Nel corso del progetto „Le comunità che si prendono cura come modello di prevenzione dei disturbi comportamentali“ (Bašić, Ferić-Šlehan, Kranželić-Tavra, 2007) nel territorio della Regione Istriana sono stati effettuati sondaggi sui comportamenti a rischio di bambini e giovani. Le ricerche hanno dimostrato che nella Regione Istriana esiste un numero cospicuo di bambini e giovani che, per diversi motivi riconducibili a loro stessi o al loro microambiente o macroambiente, hanno bisogno di interventi preventivi a causa della presenza di diversi fattori di rischio la cui azione, molto probabilmente, potrebbe portare allo sviluppo di comportamenti a rischio. In base a tale ricerca, *i fattori di rischio nel gruppo dei bambini e dei giovani* sono visibili attraverso il manifestarsi di diversi comportamenti o segnali d'allarme come: l'insuccesso a scuola, le ammonizioni e i richiami, le assenze da scuola, i disturbi comportamentali, i reati, le contravvenzioni, i problemi della dipendenza, della gravidanza e degli aborti in età minorile, la morbilità registrata di bambini e giovani nell'ambito della salute mentale, i problemi nell'apprendimento, i disturbi mentali e quelli comportamentali causati dall'assunzione di alcol e sostanze psicoattive, i disturbi nevrotici (stress) e l'autolesionismo. *I fattori di rischio nell'ambiente familiare, scolastico e in altri ambienti* con cui bambini e giovani hanno familiarità sono visibili attraverso: spostamenti di popolazione in partenza e in arrivo – migrazioni, divorzi, famiglie monoparentali, famiglie con molti bambini, criminalità a scapito del bambino e qualità delle risorse statali e locali. I dati ottenuti indicano che, all'interno del territorio dell'azione, a livello di *comunità* l'impegno preventivo dovrebbe essere indirizzato verso il consolidamento delle norme di non assunzione di alcol e droghe nonché verso un maggiore controllo del rispetto della legge.

Gli istituti prescolari e scolastici dovrebbero diventare istituzioni che promuovono lo sviluppo positivo, mentre all'interno dell'*ambiente familiare* le attività preventive devono essere finalizzate a sviluppare/rafforzare una comunicazione efficace in seno alla famiglia. Gli interventi destinati a bambini e giovani dovrebbero comprendere, innanzi tutto, il consolidamento delle abilità sociali ed emotive.

Da febbraio a maggio del 2012 gli operatori sanitari hanno compilato dei questionari somministrati per rilevare le necessità nella Regione Istriana in materia di salute. Il sondaggio è stato effettuato fra i medici del settore della TSP e le infermiere per l'assistenza domiciliare attraverso le sezioni delle Case della salute dell'Istria, fra i dipendenti dell'IDSPRI, i medici dell'OG di Pola e i medici invitati alla conferenza attraverso il CCM. Le domande poste sono state armonizzate con obblighi giuridici, diritti e piani della Regione. Il sondaggio delle necessità nel settore della salute e i questionari compilati dai medici di famiglia (3 risposte per intervistato) hanno rilevato che il 17% degli intervistati ritiene che la necessità prioritaria sia la promozione di un'alimentazione sana, il 13% ha indicato la prevenzione dello



stress e delle sue conseguenze, l'11% la diagnosi precoce delle malattie cardiovascolari, il 10% l'assunzione precoce di alcol fra i giovani e l'8% la diagnosi precoce delle malattie maligne. Questi indici dimostrano l'importanza di consolidare e sviluppare le abilità socio-emotive, che hanno un impatto diretto anche sulla prevenzione nell'ambito della promozione di un'alimentazione sana fra bambini e giovani, della prevenzione dello stress fra bambini e giovani come pure della prevenzione dell'assunzione precoce di alcol fra i giovani, ma che influiscono indirettamente anche sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari e maligne (infatti la stabilità emotiva è un valido fattore protettivo contro tutte le malattie croniche).



SCHEMA DI ANALISI DEL PROBLEMA- Salute mentale

PROBLEMA	FATTORE DETERMINANTE	FATTORE FAVORENTE - DIRETTO	FATTORE FAVORENTE - INDIRETTO
Aumento del comportamento a rischio fra bambini nella fascia d'età delle elementari a causa di competenze socio-emotive insufficientemente sviluppate	Competenze genitoriali insufficientemente sviluppate	<ul style="list-style-type: none"> - Famiglia (conflitti, aspettative, percezione, tempo/contenuti in comune, competenze dei genitori – questi elementi andrebbero elaborati ulteriormente, p.es. in una fase successiva - Insufficienza quantitativa e qualitativa del tempo trascorso insieme da genitori e bambini, ecc. 	- Questa area verrà inclusa nell'area di competenza del gruppo di lavoro per la FAMIGLIA
	Difficoltà nell'attuazione di modelli promettenti di programmi per lo sviluppo delle competenze socio-emotive all'interno del programma scolastico-curriculum ordinario	<ul style="list-style-type: none"> - Carenza qualitativa degli attuali programmi di prevenzione messi in atto presso le SE - Assenza di programmi di prevenzione specifici dedicati ai bambini di fasce d'età superiori (classi superiori) - Rigidità del sistema scolastico 	<ul style="list-style-type: none"> - Impossibilità di attuare i programmi nell'ambito del processo educativo-istruttivo ordinario - Inesistenza di un processo di valutazione delle conquiste del programma - Insufficiente informazione sulla salute mentale (stigmatizzazione della richiesta di sostegno) - Crescente senso di insuccesso e mancata accettazione a scuola/in classe (atmosfera a scuola) fra bambini nella fascia d'età delle elementari (soprattutto nelle classi inferiori)
	Insufficiente consapevolezza dell'importanza di sviluppare competenze socio-emotive fra i bambini che frequentano la SE	<ul style="list-style-type: none"> - Insufficiente diffusione, nel territorio della RI, di programmi efficaci per lo sviluppo delle abilità socio-emotive di bambini e giovani - Insufficiente sostegno e conoscenze carenti di insegnanti ed educatori sui comportamenti a rischio e i metodi per influire su di essi 	<ul style="list-style-type: none"> - Cattiva collaborazione genitori-scuola (la scuola non stimola, i genitori non reagiscono) - Insufficiente elaborazione del sistema di premiazione degli insegnanti - Incuranza nei confronti dell'atmosfera nelle SE - Mancata accettazione di eventi formativi e del coinvolgimento degli insegnanti nei programmi - Insufficienti conoscenze sull'esistenza di programmi efficaci da attuare nelle SE
	Insufficiente sviluppo del sistema di sostegno extrascolastico (per il consolidamento delle competenze socio-emotive)	<ul style="list-style-type: none"> - Insufficiente collegamento di tutti i sistemi nel territorio della RI - Inesistenza di una rete di consultori con criteri standardizzati nella RI - Disparità a livello di distribuzione territoriale e qualità - Disparità nell'accesso a servizi di qualità 	<ul style="list-style-type: none"> - Insufficiente informazione e sensibilizzazione dei mezzi di comunicazione riguardo alla divulgazione dell'importanza della problematica dello sviluppo socio-emotivo - Resistenza alla consultazione di un esperto - Ubicazione inadatta del consultorio per la SM a Pola



		- Capacità (numero) insufficiente di esperti di medicina scolastica e salute mentale in tutto il territorio della RI	negli spazi del Centro - Insufficienti conoscenze sull'esistenza di programmi efficaci e la relativa assenza di uniformità territoriale - Aumento del numero di giovani nella fascia d'età delle elementari che sperimentano l'uso di alcol
	Tolleranza di comportamenti a rischio nella comunità (a livello locale e regionale)	- Comportamenti tradizionali (consumo di alcol e tabacco) - Insufficiente disponibilità delle persone chiave ad investire nella prevenzione (decisione+denaro)	- Mancato rispetto della Legge sul commercio (alcol, tabacco) - Mancato rispetto della Legge sulla famiglia (uscite serali) - Comportamento a rischio da parte degli adulti - Comportamenti a rischio presentati dai mezzi di comunicazione come fenomeni accettabili



Partecipanti del Gruppo di lavoro:

1. Ingrid Šandorov, Tribunale comunale di Pola
2. Gordana Vorkapić Jugovac, direttrice dell'attivo professionale dei collaboratori professionali della scuole elementari e medie superiori della RI
3. Iva Milanović, Società degli psicologi dell'Istria
4. Sanja Pavleković, Associazione ZUM
5. Sonja Fabris-Ivšić, Case della salute dell'Istria
6. Klaudija Blarežina, Istituto di salute pubblica della Regione Istriana
7. Helena Mitrović, Centro per la prevenzione e il trattamento extraospedaliero delle dipendenze, Istituto di salute pubblica della Regione Istriana
8. Štefanija Prosenjak Žumbar, Città sana di Albona
9. Danijela Ustić, Centro per la famiglia della Regione Istriana
10. Danijela Lazarić Zec, membro del Gruppo
11. Tihana Mikulčić, membro del Gruppo

III. Obiettivo e linee guida per l'attività fino al 2016

Obiettivo: Ridurre il manifestarsi di comportamenti a rischio e influire sul cambiamento di atteggiamenti nei confronti dei rischi consolidando le abilità socio-emotive di bambini nella fascia d'età delle elementari

Linee guida

1. Esaminare le possibilità di attuazione di contenuti e attività per lo sviluppo delle competenze socio-emotive di bambini nella fascia d'età delle elementari nell'ambito del curriculum scolastico
2. Stimolare lo sviluppo della comunità locale al fine di prepararla ad intervenire nel campo del rafforzamento della salute mentale dei bambini
3. Formazione di esperti nel campo della salute mentale dei bambini

IV. Elaborazione operativa delle attività per il 2013

LINEA GUIDA 1: Esaminare le possibilità di attuazione di contenuti e attività per lo sviluppo delle competenze socio-emotive di bambini nella fascia d'età delle elementari nell'ambito del curriculum scolastico

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Descrizione dell'attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
---------------------------	-----------------------	---------------------------------------------------

18



Analisi dei metodi di attuazione dei programmi esistenti (analisi delle risorse esistenti)	Ass. per l'istruzione della RI, gruppi di esperti delle scuole elementari del territorio della RI, Ufficio statale per l'istruzione, Agenzia per l'educazione e l'istruzione	
Raccogliere le esperienze pregresse nel campo dell'attuazione		
Proposte di attuazione nel curriculum scolastico		
Armonizzazione, connessione e coordinamento con i sistemi a livello statale		

Progetti selezionati in base a un invito pubblico

ATTIVITÀ	Titolare	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
A scuola con serenità	Associazione Suncokret - Pola	30.000,00
Rafforzamento professionale delle scuole (RPS): laboratori per genitori di alunni delle scuole elementari e medie superiori "Genitorialità positiva"	Associazione per la crescita e lo sviluppo personale Odiseja	20.000,00

LINEA GUIDA 2: Stimolare lo sviluppo della comunità locale al fine di prepararla ad intervenire nel campo del rafforzamento della salute mentale dei bambini

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Descrizione dell'attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Sondare la preparazione della comunità locale della RI per l'intervento - preparazione di una ricerca	Facoltà di educazione e riabilitazione	-
Elaborazione di un progetto di ricerca		
Bježi-Via	Gabinetto del presidente della Regione, mezzi di comunicazione	130.000,00

Programmi che verranno attuati da istituzioni fondate dalla Regione Istriana

Attività	Titolare	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
----------	----------	---------------------------------------------------



Ospedale del fine settimana per adolescenti	Ospedale generale di Pola	70.000,00
---------------------------------------------	---------------------------	-----------

Progetti selezionati in base a un invito pubblico

Attività	Titolare	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Il bere precoce dei giovani e la relativa prevenzione	Città di Pisino	10.000,00
La combriccola di quartiere	Centro per la famiglia della Regione Istriana	10.000,00
Programma di tutoraggio "Batti il cinque!"	Centro per la famiglia della Regione Istriana	14.000,00
Attività consultiva di gruppo per autori minorenni di reati e ampio sostegno della comunità	Fondo Città sana di Parenzo	10.000,00
L'operatore amico – giovani volontari della città sana – collaborazione di giovani nella comunità	Fondo Città sana di Parenzo	20.000,00

LINEA GUIDA 3: Formazione di esperti nel campo della salute mentale dei bambini

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Descrizione dell'attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Stesura e diffusione di programmi efficaci	Facoltà di educazione e riabilitazione, Associazioni professionali, Rete croata delle città sane, Scuola di salute popolare A. Štampar, Centro per la famiglia della IŽ	16.000,00
Le comunità che si prendono cura come modello di prevenzione dei disturbi comportamentali di bambini e giovani, progetto PATH, preparazione della comunità e consultazioni sull'attuazione degli interventi nel campo della salute mentale	Facoltà di educazione e riabilitazione, Regione Istriana	100.000,00



Programmi che verranno attuati da istituzioni fondate dalla Regione Istriana

Descrizione dell'attività	Istituzione	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Attività del Servizio per la salute mentale in base al programma per il 2013	Istituto di sanità pubblica della RI	100.000,00

Risorse finanziarie previste complessivamente per questa area prioritaria:
530.000,00 kn

Voci nel Bilancio della RI per il 2013: 565, 566, 567

4. AREA PRIORITARIA „SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA“

I. Introduzione

La famiglia, comunità sociale primaria e comunità di vita più importante, ha una struttura dinamica e mutevole. La famiglia è costituita da due o più persone che condividono risorse e responsabilità per le decisioni prese, ma anche valori e obiettivi, e che hanno assunto un impegno reciproco a lungo termine. La famiglia è una rete di condivisione e dedizione che non dipende dalla consanguineità, da legami giuridici, dall'adozione o dal matrimonio (AHEA, cfr. Jelavić 2006/07).

Le nostre famiglie moderne affrontano numerose sfide che riguardano la loro struttura, la funzioni, i valori familiari e la qualità dei rapporti, mentre molte circostanze aggravanti presenti a livello globale (la transizione, la crisi economica, ecc.) si riflettono negativamente sul loro funzionamento.

I cambiamenti della struttura familiare si rispecchiano anche nel fenomeno dei nuovi rischi sociali. Da anni nella Regione Istriana si registra un altissimo tasso di divorzi, il che contribuisce ad aumentare il numero di famiglie monoparentali e bambini che non crescono con entrambi i genitori. Inoltre non esiste un'offerta organizzata di contenuti professionali che forniscano una preparazione alla vita di coppia e ai rapporti fra i coniugi (tranne i Corsi prematrimoniali presso l'Ufficio per la famiglia della Diocesi di Parenzo e Pola).

Anche la situazione economica di riflette sul funzionamento della famiglia, soprattutto sul piano della sua funzione protettiva ed educativa. Le famiglie moderne hanno bisogno di sostegno professionale e attenzione da parte della comunità, soprattutto quelle che hanno membri in difficoltà riconducibili a diversi motivi (mancata conciliazione delle necessità dei genitori con quelle del mercato del lavoro, familiari disabili, famiglie monoparentali, famiglie con molti bambini, famiglie che si prendono cura di familiari anziani non autosufficienti, ecc.).



Nelle famiglie moderne quasi tutti i genitori sentono il bisogno di migliorare nel campo dell'educazione e dell'allevamento dei bambini in funzione dei tempi in cui viviamo, dei cambiamenti dinamici e dei numerosi influssi (mezzi di comunicazione, ambiente circostante).

Tuttavia la famiglia è resistente e adattabile e, nonostante tutti i cambiamenti che subisce nel corso del suo sviluppo, continua a essere l'ambiente più desiderabile e più difficilmente sostituibile per uno sviluppo sano e completo dei bambini.

Una famiglia fondata sull'amore, la comunione e interessi comuni è la base di una società solida e valida, mentre la comprensione, il rispetto e il dialogo influiscono sulla conservazione dei valori generali e contribuiscono allo sviluppo della comunità nel suo insieme.

IL QUADRO GIURIDICO

La Costituzione della RC sancisce che „la famiglia è oggetto di tutela sociale speciale“, mentre i rapporti reciproci fra genitori e bambini come pure il matrimonio e i rapporti di coppia sono disciplinati dalla Legge sulla famiglia.

La Legge sull'assistenza sociale definisce l'ambito di azione dei centri per la famiglia quali istituzioni dedicate all'organizzazione di diversi programmi per le famiglie e dei consultori. Molti sono i documenti dai quali derivano i capisaldi e gli obblighi della comunità in materia di aiuto fornito a famiglie, bambini e giovani (Politica nazionale di popolazione, Politica della RC per la famiglia, Convenzione sui diritti dell'infanzia, diversi piani e strategie nazionali).

Il sostegno alla genitorialità e alle famiglie è un nuovo ambito della politica per le famiglie che si sta sviluppando intensamente nei paesi europei dal 2000, soprattutto a seguito della Raccomandazione 19 (2006) del Comitato dei ministri agli stati membri del Consiglio d'Europa relativa alle politiche di sostegno alla genitorialità. Ciò è dovuto al riconoscimento del ruolo cruciale dei genitori nello sviluppo del capitale umano e della coesione sociale come pure al rispetto dei diritti dell'infanzia, soprattutto del diritto a un opportuno aiuto e sostegno fornito dallo Stato ai genitori nell'ambito delle loro responsabilità genitoriali definite nella Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia.

Nella strategia Europa 2020 il sostegno integrato alla genitorialità compare nell'ambito delle attività per la lotta alla povertà e all'emarginazione sociale come pure negli ambiti dell'istruzione e degli interventi a favore dei giovani, mentre l'approccio a una „genitorialità responsabile“ è previsto nelle raccomandazioni del Consiglio d'Europa.

I RISULTATI DEI FOCUS GROUP

L'analisi dei risultati dei focus group che hanno visto la partecipazione di esperti, politici, rappresentanti delle amministrazioni e della società civile, abbinata alle risposte dei partecipanti alla domanda sullo status della famiglia, la conciliazione lavoro-famiglia e i



servizi di cui la comunità è carente, ci consente di mettere in evidenza i seguenti problemi nell'ambito dell'assistenza alle famiglie.

- La conciliazione lavoro-famiglia è precaria.
- La famiglia è il pilastro della società, tutto parte dalla famiglia, ma la famiglia è lasciata in balia di se stessa.
- Spesso si trascura la famiglia a favore del lavoro.
- I genitori sono troppo indaffarati e non hanno abbastanza tempo per dedicarsi ai figli. Esiste la necessità di avere un secondo lavoro a causa dei redditi troppo bassi.
- Se entrambi i genitori lavorano nel settore del turismo, i membri della famiglia non si vedono affatto, bambini e giovani rimangono senza controllo e si acuisce il problema del bere precoce fra i giovani.
- La famiglia è in crisi e ci sono sempre più divorzi. Dopo il divorzio i bambini vengono trascurati, traumatizzati e si sentono sdoggiati.
- I giovani sono restii a contrarre matrimonio.

Si percepisce la mancanza di servizi di custodia dei bambini, servizi di assistenza per anziani e di un orario di lavoro flessibile. Fra i servizi rivolti ai bambini spiccano le seguenti necessità:

- maggiore capienza di asili nido a scuole materne;
- orario di lavoro comprendente l'intera giornata e asili aziendali;
- custodia di bambini per periodi di poche ore – ludoteche;
- servizi per bambini con necessità particolari – assistente personale;
- servizio di doposcuola presso le scuole e insegnamento in un unico turno;
- aiuto rivolto a bambini e giovani nel corso delle vacanze estive;
- centro per i giovani e consultorio per i giovani;
- servizio di sostegno a genitori e bambini ben sviluppato – consultorio familiare;
- aumento del numero di esperti di attività rivolte a bambini;
- servizi di assistenza in casa e baby-sitter con opportuna formazione;
- contenuti sportivi e di altro tipo rivolti alla famiglia nel suo insieme.

II. Definizione e analisi del problema

Nell'ambito del miglioramento del sostegno alle famiglie della Regione Istriana il 18 ottobre 2012 il Gruppo di lavoro ha raggiunto il consenso riguardo alla definizione del problema come pure dei fattori determinanti e favorevoli che influiscono direttamente o indirettamente su tale ambito (v. tabella).

Partecipanti del Gruppo di lavoro:

1. Mihelič Tanja, Case della salute dell'Istria-Servizio di assistenza domiciliare
2. Nevija Srdoč, Società cittadina di Croce rossa, Pola
3. Ljiljana Krušelj, Asilo "P. Verbanac", Albona
4. Nataša Basanić Čuš, Città sana di Parenzo
5. Julijana (Karmen) Franinović Marković, Cure palliative, RI
6. Valentina Loparić, Associazione Naš san njihov osmijeh, Pola
7. Silvana Milić, Associazione Naš san njihov osmijeh, Pola



8. Željko Zec, parroco di Parenzo, direttore della Caritas
9. Agneza Majić, Consultorio matrimoniale e familiare, Pisino
10. Jadranka Černjul, Casa rifugio Istra
11. Elena Puh Belci, Città di Pola, Assessorato agli affari sociali
12. Tihana Mikulčić, Città di Parenzo, Gruppo regionale per la salute
13. Vesna Kordić, Città di Parenzo, Gruppo regionale per la salute
14. Ines Puhar, Centro per la famiglia della RI, Gruppo regionale per la salute

*Nota: nel corso del 2013 continueranno le attività del gruppo di lavoro relative all'ulteriore elaborazione di schemi per l'analisi dei problemi nell'area Sostegno alla famiglia.

Problema: Nella Regione Istriana è in aumento il numero di famiglie in difficoltà – famiglie che non sono in grado di adattarsi alle nuove condizioni di vita e che non riescono ad affrontare lo stress senza aiuto / sostegno da parte della comunità, in particolare famiglie che hanno difficoltà nell'adempiere alla propria funzione educativa („parenting“).

Una famiglia è funzionale se adempie alle proprie funzioni (protettiva, economica, sociale, emotiva, educativa) dal punto di vista della terapia familiare sistematica, con particolare accento sulla funzione educativa quale funzione più importante per allevare ed educare bambini e giovani.



SCHEMA DI ANALISI DEL PROBLEMA

PROBLEMA	FATTORE DETERMINANTE	FATTORE FAVORENTE DIRETTO	FATTORE FAVORENTE INDIRETTO
<p>- Nella RI è <u>in aumento il numero di famiglie in difficoltà</u> – famiglie che non sono in grado di adattarsi alle nuove condizioni di vita e che non riescono ad affrontare lo stress senza aiuto / sostegno da parte della comunità, in particolare famiglie che hanno <u>difficoltà nell'adempire alla propria funzione educativa</u> („parenting“).</p> <p>- Una famiglia è funzionale se adempie alle proprie funzioni (protettiva, economica, sociale, emotiva, educativa) dal punto di vista della terapia familiare sistemica, con particolare accento sulla <u>funzione educativa</u></p>	<p>Condizioni economiche</p> <p>Disoccupazione Carenza di strutture per far fronte al disagio abitativo Carenza di strutture per bambini in età prescolare e nelle prime classi elementari (scuole materne, asili nido, doposcuola) Mancata conciliazione dell'orario di lavoro con le necessità di accudimento dei bambini Mancata conciliazione del trasporto pubblico con l'orario di lavoro Lavoro fuori dal luogo di residenza, lavoro a turni Occupazione che non garantisce un livello minimo di sussistenza Impiego stagionale, instabilità finanziaria Perdita del lavoro, iperindebitamento, crediti a condizioni sfavorevoli Povertà Genitori troppo indaffarati che hanno poco tempo da trascorrere con i figli</p> <p>Status sociale e sanitario</p>	<p>Mancanza di un monitoraggio completo e sistematico della problematica</p> <p>Mancanza di una gamma di programmi di prevenzione</p> <p>Sostegno intempestivo e servizi tardivi</p> <p>Influsso negativo dei mezzi di comunicazione</p> <p>Mancanza di coordinamento fra i diversi sostegni/servizi (porta alla sovrapposizione o all'assenza di sostegno)</p> <p>Cattiva collaborazione e carente collegamento (interconnessione) fra i vari settori</p> <p>Mancanza di un sostegno organizzato a famiglie con bambini (sostegno non disponibile, insufficiente, disomogeneo)</p> <p>Impreparazione al matrimonio e alla genitorialità</p> <p>Mancanza di conoscenze elementari nel</p>	<p>Mancanza di competenze (esperti, genitori)</p> <p>Informazione carente</p> <p>Disinteresse e bassa partecipazione dei genitori ai programmi e al sostegno esistenti</p> <p>Basso livello di collaborazione fra genitori e istituti che si prendono cura dei bambini (asili, scuole)</p> <p>Crisi dei valori morali</p> <p>Educazione troppo permissiva</p> <p>Impreparazione e incomprensione dei ruoli (coppia, genitori)</p> <p>Aspettative non realistiche e pregiudizi sulla vita matrimoniale</p> <p>Mancanza di conoscenze (abilità) socio-emotive</p> <p>Impreparazione ad affrontare le nuove sfide</p>



<p>quale funzione più importante per allevare ed educare bambini e giovani.</p>	<p>Malattie – croniche, incurabili</p> <p>Singoli familiari affetti da dipendenza da alcol, droga o gioco</p> <p>Insufficiente legame e sostegno delle famiglie plurigenerazionali</p> <p>Violenza in famiglia</p> <p>Cambiamenti nella struttura</p> <p>Comunicazione qualitativamente e quantitativamente insufficiente - estraniamento</p> <p>Deterioramenti di rapporti di coppia e familiari</p> <p>Alto tasso di divorzi nella RI rispetto alla RC</p> <p>Aumento del numero di famiglie monoparentali</p> <p>Aumento del numero di bambini che non vivono con entrambi i genitori</p> <p>Insufficienti informazioni sui diritti</p> <p>Inaccessibilità di informazioni su diritti legittimi</p> <p>Mancanza di fiducia nei confronti delle istituzioni</p> <p>Insufficiente accessibilità e disparità nella distribuzione territoriale di programmi per</p>	<p>campo della comunicazione</p> <p>Mancanza di programmi e sostegno alle famiglie colpite da malattia (disabilità)</p> <p>Carenza di personale esperto</p> <p>Mancanza di un monitoraggio integrale delle famiglie (dei singoli casi)</p> <p>Equipaggiamento carente dei servizi professionali (scuole, assistenza sociale, istituti prescolari e sanitari)</p> <p>Mancanza di servizi di sostegno alle famiglie</p>	<p>della famiglia contemporanea, irresponsabilità e insufficiente consapevolezza della sua importanza (valore)</p> <p>Insicurezza e diffidenza – immagine distorta dei valori riconducibile al cattivo influsso dei mezzi di comunicazione</p> <p>Mancanza di conoscenze e abilità genitoriali volte a soddisfare le necessità dei bambini di oggi e a garantire una sana crescita psicofisica</p> <p>Rapporti di coppia deteriorati e cattiva atmosfera familiare</p> <p>Manipolazione dei bambini da parte dei genitori, sia nel corso delle cause di divorzio che dopo il divorzio stesso</p> <p>Ignoranza delle necessità dei bambini e del loro sviluppo</p> <p>Inefficacia di comportamenti e azioni educative dei genitori</p>
---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>bambini e genitori</p> <p>Insufficiente sensibilità della comunità per le necessità delle famiglie</p> <p>Inesistenza di documenti strategici e politiche per le famiglie</p> <p>Carenza di politiche abitative (a livello della RI e delle UAL)</p> <p>Ignoranza delle necessità delle famiglie moderne nella RI come pure di quelle che vivono in condizioni di disagio</p>		
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



III. Obiettivo e linee guida per l'attività fino al 2016

OBIETTIVO All'interno della priorità „Sostegno alla famiglia” è necessario concentrarsi sulla creazione di un sistema di sostegno, organizzato e interconnesso, che risponderà ai bisogni attuali delle famiglie moderne, soprattutto per quanto riguarda la funzione educativa e la genitorialità e il miglioramento dei rapporti di coppia e familiari.

LINEE GUIDA:

1. Monitorare la situazione e le necessità delle famiglie odierne, favorire la conciliazione degli impegni di lavoro (professionali) e della famiglia (prendersi cura dei bambini, sostegno a chi si prende cura di familiari in condizioni particolari: disabilità, vecchiaia, non autosufficienza, malattie mentali, malattie croniche, ecc.)
2. Promuovere l'ideazione e sostenere l'attuazione di programmi efficaci che sono rivolti alla famiglia, migliorano la qualità della vita e la salute e creano un ambiente il quale offre sicurezza e protezione sociale a tutti i propri membri (bambini, giovani, adulti, anziani, malati, disabili, ecc.)
3. Stimolare l'interconnessione e la partnership di tutte le relative istituzioni e organizzazioni della società civile che si occupano di tutela di bambini, giovani e famiglie e influiscono direttamente sullo sviluppo e il progresso della nostra regione (coinvolgere tutte le risorse disponibili nella comunità)
4. Rendere più accessibili i servizi di sostegno alla famiglia al maggior numero possibile di utenti, anche nelle comunità locali più piccole (avvicinare i servizi agli utenti e garantire un sostegno professionale tempestivo e mirato in specifiche situazioni di crisi)

AREE D'AZIONE:

- PROGRAMMI DI INFORMAZIONE E PREPARAZIONE AL RAPPORTO DI COPPIA
- laboratori per alunni delle scuole medie superiori, prevenzione della violenza nelle relazioni fra giovani, ecc.
- PROGRAMMI DI SOSTEGNO PRECOCE ALLE FAMIGLIE
- - corsi per gestanti, programmi per genitori e bambini in tenera età "Baby Fitness", "Crescere insieme", "Educare con il sorriso", ecc.
- PROGRAMMI DI PERFEZIONAMENTO DELLE COPETENZE EDUCATIVE („UNA SCUOLA PER GENITORI IN OGNI SCUOLA!")



- cicli di laboratori per genitori di bambini nella fascia d'età delle elementari, gruppi di sostegno, club di genitori, programmi che coinvolgono sia bambini che genitori, ecc.
- PROGRAMMI DI PREVENZIONE DELLA VIOLENZA (in generale)
 - perfezionamento delle abilità comunicative, uso responsabile dei media (alfabetizzazione mediatica, uso di Internet, ecc.)
- PROGRAMMI DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE MONOPARENTALI E ALLE FAMIGLIE CON MOLTI BAMBINI
 - cicli di laboratori per genitori, club, sostegno ai bambini, ecc.
- SOSTEGNO PROFESSIONALE ALLE FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ
 - sviluppo di una rete di consultori (sostegno a quelli esistenti e incoraggiamento a istituirne degli altri)
- SOSTEGNO AGLI ASSISTENTI e ai familiari che si prendono cura di persone non autosufficienti, disabili, colpite da malattie gravi, ecc.
- FORMAZIONE E SOSTEGNO AGLI ESPERTI, organizzazione di eventi di formazione e supervisione per esperti
- PROMOZIONE E SVILUPPO DI FORME EXTRAISTITUZIONALI DI SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA (potenziamento dell'affido familiare, sostegno agli affidatari, sostegno alle baby-sitter, ecc.)

IV. Elaborazione operativa delle attività per il 2013

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

DENOMINAZIONE del progetto/programma	TITOLARE	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
PROMOZIONE E SVILUPPO DI FORME EXTRAISTITUZIONALI DI SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA (potenziamento dell'affido familiare, sostegno agli affidatari, sostegno alle baby-sitter, ecc.)	Assessorato alla sanità e la previdenza sociale della Regione Istriana E Centro per la famiglia della Regione Istriana	30.000,00
POTENZIAMENTO DEI CONSULTORI FAMILIARI E SOSTEGNO AGLI ESPERTI – organizzazione di eventi di formazione e supervisione per esperti che lavorano nei consultori	Assessorato alla sanità e la previdenza sociale della Regione Istriana e Centro per la famiglia della Regione Istriana	85.000,00



Progetti selezionati in base a un invito pubblico

DENOMINAZIONE del progetto/programma	TITOLARE	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Crescere insieme	Società Naša djeca, Pisino	5.000,00
CORSO PER UNA MIGLIORE GENITORIALITÀ	CITTÀ DI PISINO	5.000,00
CORSO PER UNA MIGLIORE GENITORIALITÀ	SOCIETÀ NAŠA DJECA, POLA	20.000,00
LA GENITORIALITÀ SI PUÒ APPRENDERE	CITTÀ DI PISINO	5.000,00
UN MONDO PIENO DI SFIDE – programma di auto-aiuto per persone detenute, reinserimento post-carcerario e risocializzazione di persone astinenti dopo la conclusione di programmi di riabilitazione, sostegno e supporto alle famiglie	Associazione Institut	20.000,00
BABY FITNESS – programma per lo sviluppo precoce dei bambini e la genitorialità positiva	Centro per la famiglia della Regione Istriana	10.000,00
Sostegno alle famiglie affidatarie in Istria	Associazione umanitaria Oaza	10.000,00
TPSV – trattamento psicosociale per autori di violenza in famiglia	Associazione Lux Vitae	20.000,00
Junior +	Associazione per la promozione della creatività Art studio	10.000,00
EDUCARE CON IL SORRISO	Centro per la famiglia della Regione Istriana	20.000,00



Trattamento, riabilitazione e risocializzazione di alcolisti in trattamento e dei loro familiari	Club degli alcolisti in trattamento, Pola	10.000,00
CONSULTORIO FAMILIARE per il Parentino e l'Istria nord-occidentale; sezione: Voglio abbracciare mio figlio; sezione: Programma antistress per genitori che lavorano	Fondo Città sana di Parenzo	10.000,00
LOTTA ALL'ALCOLISMO DELLA COMUNITÀ LOCALE – LE CURE EXTRAOSPEDALIERE si basano sul sostegno alle famiglie con problemi di dipendenza da alcol fornito attraverso terapie individuali, familiari e di gruppo	Fondo Città sana di Parenzo	10.000,00

Risorse finanziarie previste complessivamente per questa area prioritaria: 270.000,00 kn

Voci nel Bilancio della RI per il 2013: 568,569



5. AREA PRIORITARIA „INTERVENTI PRECOCI PER BAMBINI A RISCHIO“

6. Introduzione

La prima infanzia (da 0 a 6 anni) è il periodo più critico della vita del bambino perché è estremamente importante per l'acquisizione di esperienze precoci e lo sviluppo del cervello nel suo complesso. Bisogna sottolineare l'importanza di un'azione precoce e del coinvolgimento del bambino nel trattamento perché il tessuto cerebrale dei bambini di questa fascia d'età è in grado di mantenere la propria funzionalità sostituendo il tessuto danneggiato con un altro tessuto nervoso (plasticità cerebrale). Per questo motivo il processo di intervento precoce deve iniziare presto, affinché il bambino possa essere incluso prima possibile nel processo di riabilitazione e per iniziare le attività con i genitori e quelle di sostegno. La rete europea per l'intervento precoce EURLYAID definisce il concetto di intervento precoce come:

"Tutte le forme di incoraggiamento rivolte ai bambini e di consulenza rivolta ai genitori che vengono applicate come conseguenze dirette e immediate di una condizione di sviluppo rilevata. L'intervento precoce comprende il bambino e i suoi genitori, la famiglia e una rete più ampia..."

I fattori di rischio (eventi di rischio che spesso causano menomazioni del sistema nervoso centrale del bambino) possono essere prenatali, perinatali e postnatali. Alcuni dei rischi sono:

- gravidanza a rischio,
- parto prematuro,
- ritardo di crescita intrauterino,
- ipossia e asfissia,
- gravidanza plurima,
- ogni malattia o infezione grave della prima fase neonatale.



Nel processo di intervento precoce vengono inclusi:

- i bambini prematuri,
- i bambini con arresto di crescita intrauterino;
- i bambini con danno cerebrale perinatale;
- i bambini con diverse malattie ereditarie e acquisite, con sindromi congenite;
- i bambini ad alto rischio di insorgenza di danno.

L'intervento precoce è riconosciuto sempre più ampiamente come un'attività, fondata dal punto di vista scientifico-professionale e sociale, che nei bambini in tenera età previene l'insorgere di ulteriori difficoltà e fornisce un opportuno sostegno sia al bambino che alla sua famiglia. L'attuazione dell'intervento precoce è fondata sia dal punto di vista sociale che da quello finanziario perché esso ha un impatto positivo sullo sviluppo dei bambini e la loro inclusione nella comunità. Inoltre l'intervento precoce riduce la spesa pubblica futura della comunità locale.

Siccome lo sviluppo precoce dei bambini è oggetto di particolare attenzione da parte della società, il sostegno precoce in Croazia sta andando incontro, sempre di più e sempre meglio, alle necessità dei bambini piccoli con rischi evolutivi e a quelle dei loro genitori. Ci sono stati dei progressi grazie ai cambiamenti sociali e alle attività dei singoli e delle organizzazioni nonché ai cambiamenti che stanno avvenendo nel sistema di assistenza sociale, nella relativa legislazione e nei documenti internazionali. Il 1 giugno 2007 la Repubblica di Croazia ha firmato la Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità, che è servita come base per la creazione della legislazione in materia. Per l'area dell'intervento precoce sono particolarmente importanti l'articolo 7, che riguarda i bambini con difficoltà evolutive e sancisce l'obbligo dello Stato di garantire ai bambini il godimento uguale e paritario di tutte le libertà fondamentali dell'uomo ovvero del bambino, e l'articolo 25, che definisce i diritti in materia di salute e servizi sanitari. Inoltre il servizio dell'intervento precoce è stato approvato, dal punto di vista legislativo, all'interno della Legge sull'assistenza sociale (GU 33/12), in base alla quale tale servizio comprende „**un aiuto professionale positivo per i bambini e un aiuto professionale e consultivo per i loro genitori, includendo anche gli altri membri della famiglia e gli affidatari del bambino, nel caso di rilevamento di un rischio evolutivo o di una difficoltà evolutiva del bambino**“. In questo modo il legislatore ha confermato che l'intervento precoce non è un'attività afferente esclusivamente all'ambito della biomedicina, bensì un campo interdisciplinare che comprende nuove forme di professionalità e collaborazione di gruppo.



Dati statistici

In base ai dati del Registro croato delle persone con disabilità, circa il 10% dei neonati appartiene al gruppo dei bambini a rischio neuroevolutivo.

Tabella 1. Il numero di bambini con disabilità e gravi difficoltà evolutive nella fascia d'età da 0 a 4 anni in Istria rispetto al numero nella RC

	FASCIA D'ETÀ E SESSO (0-4 anni)		NUMERO COMPLESSIVO DI BAMBINI DA 0 A 4 ANNI CON DIFFICOLTÀ EVOLUTIVE	PERCENTUALE DI BAMBINI CON DIFFICOLTÀ EVOLUTIVE RISPETTO AL NUMERO COMPLESSIVO DI BAMBINI (0-4 ANNI)
	M	F		
Regione Istriana	34	26	60	0.68 %
Repubblica di Croazia	946	685	1631	0.84%

Fonte: Istituto croato di sanità pubblica, Relazione sulle persone con disabilità nella Repubblica di Croazia per il 2011; Censimento della popolazione 2001

I dati riportati nella Tabella 1 riguardano i bambini con difficoltà evolutive nella fascia d'età da 0 a 4 anni, che corrisponde alla prima infanzia e al periodo in cui si effettuano l'intervento precoce la consulenza alle loro famiglie. In base alla fonte citata, nel 2011 nella Regione Istriana la



percentuale di bambini con difficoltà evolutive rispetto al numero complessivo di bambini da 0 a 4 anni era dello 0,68%, il che rappresenta un valore lievemente inferiore a quello nazionale dello 0,84%.

*Tabella 2. Numero e percentuale di bambini con determinati **tipi di menomazione** rispetto al numero complessivo di bambini con disabilità e gravi difficoltà evolutive nella Regione Istriana*

Tipo di menomazione	Numero di bambini	%
Menomazione della vista	43	2.4
Menomazione dell'udito	45	2.5
Disturbo della comunicazione fono-linguistica e disturbi dell'apprendimento	391	21.6
Menomazioni del sistema locomotore	84	4.6
Menomazioni del sistema nervoso centrale	147	8.1
Menomazioni del sistema nervoso periferico	12	0.7
Menomazioni di altri organi	119	6.2
Ritardo mentale	187	10.3



Disturbi mentali e comportamentali	106	5.8
Autismo	36	2
Anomalie congenite e cromosomopatia	153	8.4
Menomazioni multiple	490	27
TOTALE	1813	100 %

Fonte: Istituto croato di sanità pubblica, Relazione sulle persone con disabilità nella Repubblica di Croazia per il 2011

I dati riportati nella Tabella 2 riguardano i tipi di menomazione in bambini con difficoltà evolutive nella Regione Istriana. Analizzando le varie categorie di menomazione si può concludere che, nella Regione Istriana, il caso più frequente è quello di bambini con menomazioni multiple (27%) e di bambini con disturbi della comunicazione fono-linguistica e disturbi dell'apprendimento (21,6 %).

In base ai dati raccolti dal Centro di assistenza sociale, nella Regione Istriana ci sono **490** bambini con difficoltà evolutive, mentre in base ai dati dell'Istituto croato di sanità pubblica ci sono **450** beneficiari di prestazioni di assistenza sociale. Nella maggior parte dei casi si tratta di dell'indennità personale di invalidità e del sussidio di soccorso e cura. Anche se il servizio dell'intervento precoce è stato recentemente incluso nelle norme di legge, è evidente che nella Regione Istriana ciò non permette una piena applicazione dell'intervento precoce nella pratica a causa dell'assenza/carenza di capacità dei fornitori di servizi. Infatti i Centri di assistenza sociale non possono concedere ai beneficiari il servizio dell'intervento precoce per mezzo di delibera perché gli attuali fornitori di servizi nella Regione Istriana non hanno capacità sufficienti per fornire tale servizio.

Presso il reparto maternità dell'Ospedale generale di Pola annualmente nascono circa 1500 bambini. I neonati a rischio vengono inclusi nel processo dell'intervento precoce presso il Centro diurno di riabilitazione di Veruda. Il Centro diurno di riabilitazione di Veruda è un istituto pubblico



che effettua interventi precoci per bambini con rischi evolutivi e difficoltà evolutive come pure per le loro famiglie residenti nel territorio della Regione Istriana. I beneficiari dei servizi di intervento precoce vengono indirizzati a neonatologi, pediatri, neuropsichiatri, medici di famiglia, psicologi clinici o esperti di altri istituti che sono stati i primi a rilevare le necessità del bambino.

Servizi forniti nell'istituto:

- fisioterapia – terapia neuroevolutiva - concetto Bobath
- sostegno educativo-riabilitativo / difettologico
- terapia logopedica
- sostegno psicologico
- attività di consulenza / terapia rivolta ai genitori

Gli operatori, gli esperti che attuano l'intervento precoce nell'istituto sono:

- pediatra
- fisiatra
- fisioterapista
- educatore riabilitatore
- logopedista
- psicologo

Collaborazione con altri istituti:

- Reparto pediatria dell'Ospedale generale di Pola
- Pediatri del territorio della Regione Istriana
- Facoltà di educazione e riabilitazione dell'Università di Zagabria
- Centri di assistenza sociale della Regione Istriana
- Istituti prescolari della Regione Istriana



- Istituti specializzati: SUVAG, VINKO BEK, SLAVA RAŠKAJ
- Clinica per le malattie pediatriche "Klaićeva"

Percentuale di bambini inclusi rispetto al numero complessivo di bambini nati – Centro diurno di riabilitazione di Veruda

¹[Numero di bambini a rischio in trattamento rispetto al numero complessivo di bambini nati - Centro diurno di riabilitazione di Veruda

Numero complessivo di bambini nati

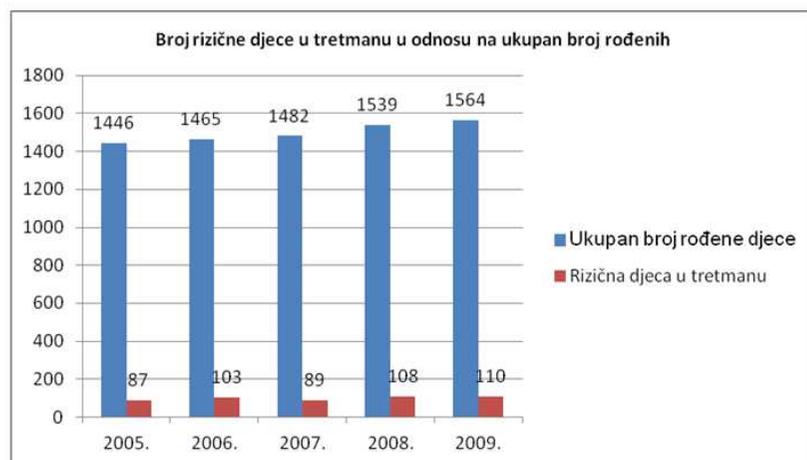
bambini a rischio in trattamento

2005 2006 2007 2008 2009]

¹ NdT: traduzione del testo dell'immagine.



Broj rizične djece u tretmanu u odnosu na ukupan broj rođenih – Dnevni centar za rehabilitaciju Veruda



7. Definizione e analisi del problema

Nel 2013 è stato creato un gruppo di esperti e beneficiari interessati costituito da:

1. Gracijela Rogulj, direttrice del Centro diurno di riabilitazione di Veruda-Pola
2. Mirjana Jelača, assistente sociale presso il Centro di assistenza sociale di Pola



3. Višnja Pilepić, logopedista presso l'Ospedale generale di Pola
4. Evguenia Tranfić, presidente dell'Associazione per l'autismo Istra
5. Sandra Bašić, genitore di un bambino con difficoltà evolutive
6. Ivanka Ružić-Marinić, infermiera per l'assistenza domiciliare presso le Case della salute dell'Istria
7. Irena Krajcar-Kokalj, collaboratrice professionale presso il Centro per la famiglia della Regione Istriana
8. Jadranka Tomičić, infermiera d'asilo
9. Alena Klašterkova, pediatra nel sistema di tutela sanitaria primaria
10. Mirna Milevoj Ražem, pediatra presso il reparto pediatria dell'Ospedale generale di Pola
11. Mirjana Radetić-Paić, professoressa della sezione di educazione prescolare presso la Facoltà di pedagogia di Pola

I membri del gruppo hanno collaborato al fine di definire il problema con più precisione e di analizzare i fattori specifici che influiscono sul problema, il che ci ha consentito di formulare le linee guida fondamentali delle azioni future.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

=

I bambini a rischio identificati (0-3 anni) non ricevono interventi precoci a sufficienza e, di conseguenza, si ha un mancato sviluppo ottimale del bambino e un aumento della spesa finanziaria per interventi in fasi successive.



²[ANALISI DEL PROBLEMA

PROBLEMA

I BAMBINI A RISCHIO IDENTIFICATI NON RICEVONO INTERVENTI PRECOCI A SUFFICIENZA E, DI CONSEGUENZA, SI HA UN MANCATO SVILUPPO OTTIMALE DEL BAMBINO E UN AUMENTO DELLA SPESA FINANZIARIA PER INTERVENTI IN FASI SUCCESSIVE.

FATTORE DETERMINANTE

Inesistenza di **équipe di esperti** per l'intervento precoce per bambini a rischio a livello regionale (per il coordinamento e il collegamento di esperti di diverse discipline)

Mancanza di **fornitori di servizi** di intervento precoce

Condizioni inadeguate in termini di spazio per fornire servizi adeguati di intervento precoce (mancanza di spazi, inadeguatezza, ecc.)

Insufficiente coinvolgimento della famiglia del bambino nel processo (motivi individuali o "errore dell'esperto")

FATTORE FAVORENTE INDIRETTO

- Insufficiente formazione degli esperti
- Mancato riconoscimento della necessità di intervento precoce nella comunità
- Mancata realizzazione di protocolli di collaborazione fra fornitori di servizi
- Mancata realizzazione di protocolli di procedure (attribuzione di competenze)

² NdT: traduzione del testo dell'immagine.



- Non esiste un Registro di bambini a rischio
- Sovraccaricamento degli esperti (logopedisti, difettologi, assistenti sociali, ecc.)
- Assenza di lavoro in situ (gli esperti non entrano direttamente nelle famiglie)
- Insufficienti servizi di fisioterapia in ospedale (non c'è un dipendente fisso presso l'ospedale)
- I bambini a rischio entrano troppo tardi nel sistema di assistenza sociale (categorizzazione lenta)

Inadeguatezza degli istituti prescolari per il lavoro con bambini a rischio

- Cattiva informazione/guida dei genitori da parte degli esperti
- Mancata ricezione di informazioni tempestive sull'intervento precoce da parte dei genitori
- Carente chiarezza della procedura di fornitura di dati personali del bambino (A chi devono rivolgersi i genitori? Qual è il processo?)
- Assenza di disponibilità a cedere i dati personali del bambino da parte dei genitori

FATTORE FAVORENTE DIRETTO

- Gli strumenti esistenti di collaborazione intersettoriale non vengono usati.



- Gli ambienti sociali più grandi provocano i maggiori disturbi alla circolazione delle informazioni.
- La collaborazione fra istituti sanitari e istituti di soggiorno dei bambini è insufficiente.

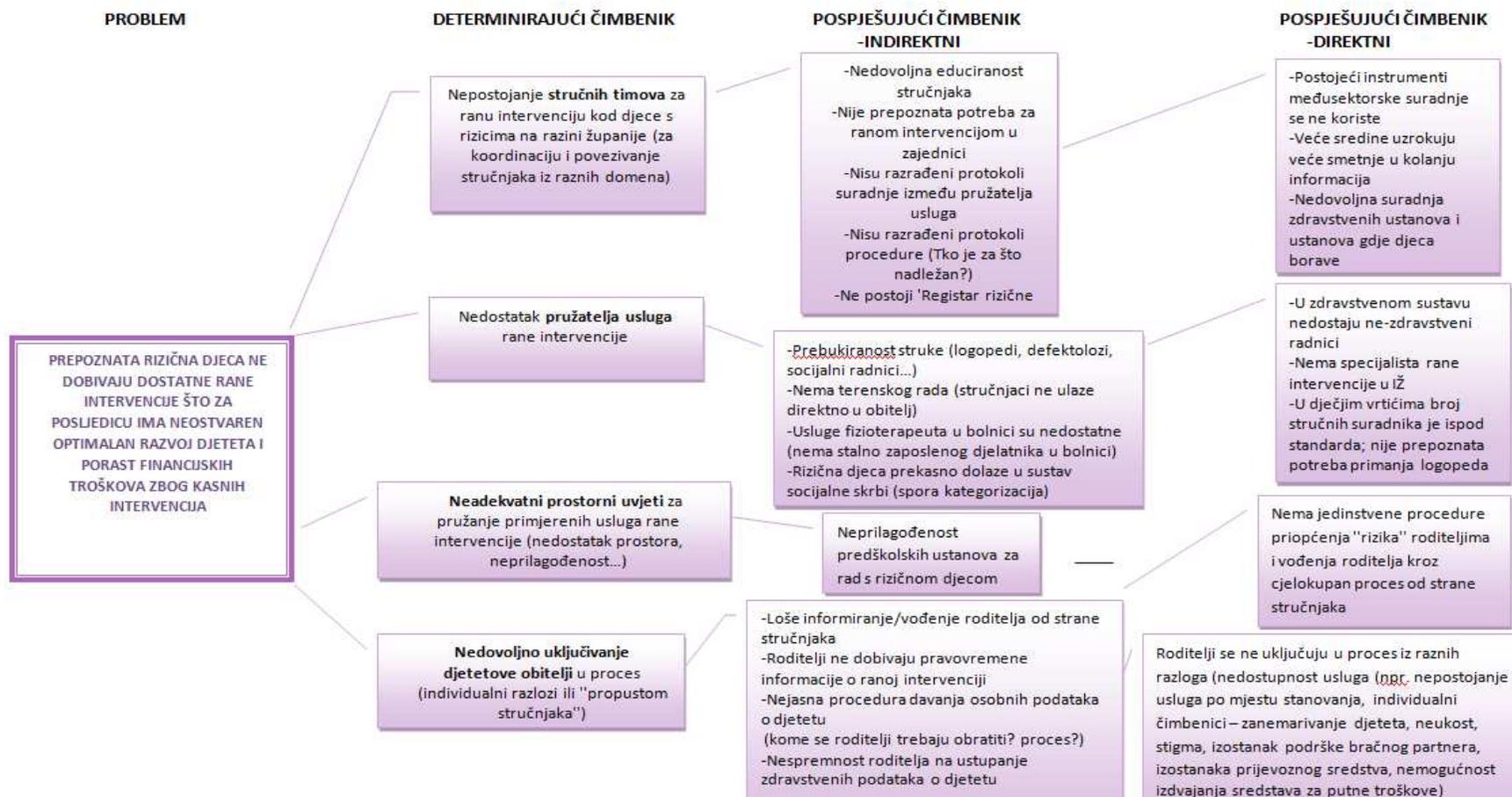
- Il sistema sanitario è carente di operatori non sanitari.
- Non esistono specialisti di intervento precoce nella RI.
- Negli asili il numero di collaboratori professionali non è in linea con lo standard; non è stata riconosciuta la necessità di assumere un logopedista.

Non esiste una procedura unificata per comunicare il „rischio“ ai genitori e per farli guidare da un esperto attraverso l'intero processo.

I genitori non partecipano al processo per vari motivi (inaccessibilità del servizio come p.es. l'inesistenza dei servizi nel luogo di residenza, fattori individuali – noncuranza nei confronti del bambino, ignoranza, stigmatizzazione, assenza di sostegno da parte del(la) consorte, mancanza di mezzi di trasporto, impossibilità di far fronte alle spese di viaggio)]



ANALIZA PROBLEMA



8. Obiettivo e linee guida per l'attività fino al 2016

OBIETTIVO *Entro la fine del 2016 i bambini a rischio identificati riceveranno più servizi di intervento precoce, il che produrrà migliori condizioni per lo sviluppo del bambino e la riduzione della spesa finanziaria per interventi in fasi successive.*

L'area prioritaria „Interventi precoci per bambini a rischio“ si incentrerà sullo sviluppo e l'ampliamento della una rete di servizi sociali forniti dalle istituzioni esistenti nel sistema sanitario, di assistenza sociale, educazione e formazione, dalle organizzazioni della società civile (Centro diurno di riabilitazione di Veruda-Pola, Associazione per l'autismo Istra, OG di Pola, Scuole dell'infanzia di Pola, Università Juraj Dobrila di Pola, unità dell'autogoverno locale) e sul consolidamento dei servizi esistenti nella comunità locale. L'area prioritaria di azione sarà lo sviluppo di servizi extraistituzionali di assistenza sociale nelle comunità che ne sono carenti, al fine di prevenire l'istituzionalizzazione aumentando così l'inclusione sociale dei beneficiari. Prossimamente, oltre a fornire servizi direttamente ai beneficiari, il gruppo di lavoro costituito dai soggetti appartenenti alla comunità accademica, al sistema sanitario e di assistenza sociale, al sistema di istruzione e alle organizzazioni della società civile perfezionerà tali servizi e affinerà i criteri per la loro applicazione attraverso il concetto moderno dell'intervento precoce. Il concetto moderno dell'intervento precoce comporta un approccio onnicomprensivo, lo sviluppo di servizi rivolti alla famiglia e all'inclusione sociale dei beneficiari. Stando ai dati ottenuti è evidente che è necessaria una specializzazione dei fornitori di servizi nell'ambito dell'intervento precoce.

Il nuovo livello di qualità che vogliamo raggiungere, oltre all'ampliamento della rete di servizi, garantirà anche un migliore collegamento e una migliore collaborazione fra fornitori di servizi come pure una buona elaborazione delle strategie per mantenere l'intervento a livelli minimi pur ottenendo, nel contempo, il massimo effetto possibile in termini di inclusione sociale di bambini e famiglie.

Ci si aspetta che, nell'imminente periodo di pianificazione, il lavoro di gruppo contribuirà a migliorare la qualità e a garantire pari opportunità a bambini con difficoltà evolutive e alle loro famiglie. I risultati raggiunti saranno visibili in termini di ampliamento della gamma di servizi di intervento precoce forniti dai gruppi locali, di interconnessione e intensità di comunicazione fra i gruppi, ma anche nella maggiore soddisfazione manifestata dai membri del gruppo. Uno dei risultati sarà anche una comprensione più approfondita delle necessità specifiche



delle famiglie con bambini piccoli aventi difficoltà evolutive e il riconoscimento, da parte della comunità locale, della responsabilità di rispondere a tali necessità. Ci si aspetta anche un clima più favorevole per la fornitura di servizi e una maggiore apertura della comunità locale nell'attuazione di programmi di misure di sostegno extraistituzionale.

Una delle misure della Strategia nazionale per le pari opportunità delle persone con disabilità 2007-2015, che riporta come titolari le unità dell'autogoverno locale (regionale), è di „**monitorare i dati sulla tutela sanitaria dei bambini a rischio neurologico e usarli nelle fasi attuative**“, obiettivo che verrà raggiunto attraverso l'attuazione di attività relative alla presente area prioritaria.

Linee guida fondamentali per le azioni per l'attività fino al 2016

1. Aumentare le competenze professionali e collegare in maniera funzionale i **fornitori di servizi** di intervento precoce a livello regionale
2. Migliorare le condizioni di fornitura di servizi di intervento precoce in termini di **spazi e attrezzature**
3. Migliore **guida e inclusione della famiglia del bambino** nel corso dell'intero processo

9. Elaborazione operativa delle attività per il 2013

LINEA GUIDA 1: Aumentare le competenze professionali e collegare in maniera funzionale i fornitori di servizi di intervento precoce a livello regionale

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale



Attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Processare i dati statistici sui bambini e determinare il numero esatto di bambini a rischio neurologico e di bambini con difficoltà evolutive nel territorio della Regione Istriana	Registri e fornitori di servizi attualmente esistenti	
Redigere una lista di fornitori di servizi di intervento precoce (includendo le istituzioni e i professionisti che vi lavorano come pure le associazioni di cittadini) con una descrizione delle caratteristiche rilevanti (numero e tipologia di fornitori di servizi, numero e tipologia di servizi, luogo di fornitura del servizio)	Centro diurno di riabilitazione Veruda Pola, associazioni, CDAS, Associazione croata per l'intervento precoce nell'infanzia	
Redigere una lista di protocolli e procedure attualmente applicati nei rapporti con i bambini a rischio e le loro famiglie	Associazione per l'autismo, CDAS, Centro diurno di riabilitazione, istituzioni prescolari	
Esaminare la letteratura giuridica e specialistica contenente norme e regole standard di lavoro attualmente in vigore	Facoltà di educazione e riabilitazione – Centro per la riabilitazione, Associazione croata per l'intervento precoce nell'infanzia	40.000,00
Esaminare le norme etiche nel lavoro con i bambini a rischio	Facoltà di educazione e riabilitazione – Centro per la riabilitazione	
Istituire un gruppo di esperti per il coordinamento e il collegamento di specialisti di vari settori		
Instaurare una collaborazione con le UAG in materia di sviluppo dell'intervento precoce	Unità dell'autogoverno locale della Regione Istriana	
Formazione e informazione di professionisti e del pubblico in merito all'importanza dell'intervento precoce	Facoltà di educazione e riabilitazione – Centro per la riabilitazione, Associazione croata per l'intervento precoce nell'infanzia	



Progetti selezionati in base a un invito pubblico

DENOMINAZIONE dell'attività / del programma	TITOLARE	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Intervento precoce e procedimenti riabilitativi per bambini della fascia d'età prescolare con disturbi dello spettro autistico	Associazione per l'autismo Istra	30.000,00

LINEA GUIDA 2: Migliorare le condizioni di fornitura di servizi di intervento precoce in termini di **spazi e attrezzature**

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Fare un'analisi delle condizioni di lavoro con bambini a rischio in termini di spazi e attrezzature di cui dispongono i soggetti fornitori dei servizi	Persone giuridiche che forniscono servizi di intervento precoce	10.000,00
Determinare le priorità di investimento in spazi e attrezzature	Persone giuridiche che forniscono servizi di intervento precoce	

LINEA GUIDA 3: Migliore **guida e inclusione della famiglia del bambino** nel corso dell'intero processo



Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Esplorare esperienze e necessità dei genitori di bambini coinvolti nell'intervento precoce	Associazione per l'autismo Istra, Società degli psicologi dell'Istria, Università Juraj Dobrila di Pola	20.000,00
Presentare i risultati della ricerca ai fornitori di servizi e organizzare un dibattito congiunto con i genitori	Associazione per l'autismo Istra, Società degli psicologi dell'Istria, Università Juraj Dobrila di Pola	
Sensibilizzare le comunità locali per i problemi dei bambini a rischio e delle loro famiglie per consentire loro di capire la necessità di fornire l'intervento precoce		

Risorse finanziarie previste complessivamente per questa area prioritaria: 100.000,00 kn

Voci nel Bilancio della RI per il 2013: 570



6. AREA PRIORITARIA

„ASSISTENZA PER ANZIANI E PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI“

I. Introduzione

In base alla Legge sull'assistenza sociale (GU 33/12) per persona anziana si intende una persona di età pari o superiore a 65 anni, mentre in base ai criteri dell'Organizzazione mondiale della sanità la vecchiaia viene suddivisa in prima vecchiaia (dai 65 ai 74 anni), vecchiaia intermedia (dai 75 agli 84 anni) e vecchiaia avanzata (dagli 85 anni in poi). Tuttavia la definizione della vecchiaia non è esclusivamente una questione di età cronologica e capacità funzionali, bensì il rapporto fra qualità della vita di una persona, sistema di valori e caratteristiche dell'ambiente di vita (Bouillet, 2003). Svistati fattori come uno standard di vita superiore, l'esistenza di misure di prevenzione delle malattie e il progresso delle tecnologie mediche hanno consentito agli uomini di vivere meglio e più a lungo rispetto al passato, il che consente loro di dare un contributo alla società anche in età avanzata. L'attuazione della politica di invecchiamento sano e attivo, definita dall'ONU come un processo di pieno utilizzo delle possibilità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita nel processo di invecchiamento della popolazione, è la caratteristica fondamentale delle politiche di assistenza agli anziani promosse dall'Unione europea e dall'Organizzazione mondiale della sanità. Queste posizioni vengono ribadite nella Dichiarazione adottata in occasione della Conferenza ministeriale dell'UNECE (United Nations Commission for Europe) a Vienna nel settembre 2012 che riguarda la creazione di una società adeguata a persone di tutte le fasce d'età come pure la promozione della qualità della vita e dell'invecchiamento attivo.

La tutela socio-sanitaria delle persone anziane è una delle priorità già definite dal Piano per la salute per il quale, nel periodo dal 2005 al 2012, sono stati stanziati fondi del Bilancio della Regione Istriana pari a 35,8 milioni di kune.

Siccome i dati del Censimento del 2011 non sono disponibili, non esistono dati ufficiali sulla percentuale di persone anziane, anche se si suppone che essa sia superiore a quella rilevata dal Censimento del 2001, quando la percentuale di ultrasessantacinquenni rispetto alla



popolazione totale era del 15,65%. In base ai risultati di tale Censimento, in particolare alla percentuale di ultrasessantacinquenni, la Regione Istriana risultava categorizzata come territorio con popolazione di età molto avanzata. In base a questa tendenza di invecchiamento della popolazione l'Istria e la Croazia si avvicinano molto alla maggior parte dei paesi europei. Le proiezioni demografiche per la Croazia indicano che la tendenza di invecchiamento della popolazione continuerà e che nel 2031 la percentuale di persone anziane potrebbe essere fra il 21,8 e il 25,4%.

In base all'Istituto croato per l'assicurazione pensionistica (le Informazioni statistiche dell'Istituto croato per l'assicurazione pensionistica sono consultabili al sito www.mirovinsko.hr) il 20 settembre 2012 nel territorio della Regione Istriana c'erano 51.333 pensionati, mentre la pensione media ammontava a 2.544,82 kn.

NUMERO COMPLESSIVO DI BENEFICIARI DI PENSIONI NELLA REGIONE ISTRIANA AI SENSI DELLA LEGGE SULL'ASSICURAZIONE PENSIONISTICA

Rilevamento del 30 settembre 2012

Tipo di pensione	Numero di beneficiari di pensioni	Pensione media decurtata di imposte e sovrime
Pensione di vecchiaia	33.792	2.753,06
Pensione di invalidità	7.532	2.094,27
Pensione familiare	10.009	2.180,84
Totale	51.333	2.544,82



NUMERO COMPLESSIVO DI BENEFICIARI DI PENSIONI NELLA REGIONE ISTRIANA AI SENSI DELLA LEGGE SUI DIRITTI DERIVANTI DALL'ASSICURAZIONE PENSIONISTICA DI DIPENDENTI DELL'ESERCITO, FUNZIONARI DI POLIZIA E PUBBLICI UFFICIALI

Rilevamento del 30 settembre 2012

Tipo di pensione	Numero di beneficiari di pensioni	Pensione media decurtata di imposte e sovrimposte
Pensione di vecchiaia	147	4.648,80
Pensione di invalidità	212	3.119,50
Pensione familiare	14	3.707,56
Totale	373	3.744,28

NUMERO COMPLESSIVO DI BENEFICIARI DI PENSIONI NELLA REGIONE ISTRIANA AI SENSI DELLA LEGGE SUI DIRITTI DEI DIFENSORI CROATI DELLA GUERRA PATRIA E DEI LORO FAMILIARI

Rilevamento del 30 settembre 2012

Tipo di pensione	Numero di beneficiari di pensioni	Pensione media decurtata di imposte e sovrimposte
Pensione minima Art.31 comma 3 della	0	0



LDDCGP/2005		
Pensione di invalidità	683	5.383,12
Pensione familiare	146	7.126,60
Totale	829	5.690,18

I risultati del sondaggio delle necessità della Regione Istriana nel 2012 indicano che l'assistenza a persone anziane e non autosufficienti è un problema di primaria importanza. Lo confermano gli indici statistici disponibili, i dati ottenuti con l'analisi dei focus group tenuti per singole unità dell'autogoverno locale e l'inchiesta web effettuata.

In base alle conclusioni dei focus group, le persone anziane e non autosufficienti rappresentano il gruppo ovvero gli individui **più vulnerabili** (dal punto di vista sanitario e sociale) che hanno quindi bisogno del massimo sostegno della comunità. Spicca al primo posto la categoria delle persone anziane prive di reddito o con basso reddito che vivono da sole e non hanno il sostegno della famiglia, seguita da altri gruppi vulnerabili come le persone con disabilità, i disoccupati, i malati e i genitori soli. Questa conclusione è stata confermata con la definizione delle necessità del gruppo più vulnerabile nella quale sono stati messi in evidenza, quali necessità principali, i servizi istituzionali ed extraistituzionali per persone anziane, in particolare l'alloggio presso le case per anziani, l'aiuto a domicilio, l'acquisto di generi alimentari, il trasporto per raggiungere un medico, la consegna di pasti caldi a domicilio, il sostegno psicologico. Le conclusioni dei focus group tenuti individuano anche l'importanza dello sviluppo di servizi per persone anziane al fine di conciliare la famiglia e il lavoro.

I risultati dell'inchiesta web effettuata individuano la categoria delle persone anziane e non autosufficienti quale gruppo più vulnerabile dal punto di vista sociale e sanitario. Ciò va ricondotto al fatto che essi, nella maggior parte dei casi, dipendono all'aiuto e dalle cure degli altri, hanno redditi bassi, spesso sono socialmente esclusi e non beneficiano dei servizi necessari perché essi sono insufficientemente sviluppati o inesistenti.



Nel sondaggio delle necessità le case per l'assistenza sociale hanno messo in evidenza i seguenti problemi e necessità nell'ambito delle proprie attività: carenza di capacità ricettiva presso le case per l'assistenza sociale, necessità di miglioramento della qualità e dell'accessibilità dei servizi, orientamento verso l'utente, interconnessione e coordinamento dei fornitori di servizi e collegamento dell'ambito pubblico e privato, necessità di formazione di esperti che lavorano nel settore dell'assistenza sociale, sviluppo del volontariato, sviluppo di servizi specializzati, organizzazione di rifugi, ricoveri notturni e mense popolari, apertura di ospizi, necessità di avere un medico di tutela sanitaria primaria come membro del personale presso le case per persone anziane e non autosufficienti, necessità di definire dei criteri di categorizzazione delle persone anziane e non autosufficienti (alloggio presso una casa di riposo, servizi extraistituzionali), sviluppo di un sistema di adozione e case familiari (per persone anziane e non autosufficienti).

II. Definizione e analisi del problema

Il 18 ottobre 2012 si è avuto a Parenzo un incontro del gruppo di lavoro „Assistenza per anziani e persone non autosufficienti“ con l'obiettivo di definire il problema e individuare obiettivi e linee guida per il successivo periodo di pianificazione. Il gruppo di lavoro era costituito da:

1. Tatjana Vujić
2. Ankica Ivinić
3. Alda Miletić
4. Vesna Grubišić Juhas
5. Marlena Plavšić
6. Nela Načinović
7. Sanja Rupena
8. Egle Rojnić
9. Mirjana Laković
10. Marijana Krbavac
11. Marija Pamić Jeromela



Il gruppo di lavoro ha dato la seguente definizione del problema:

L'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA, I SERVIZI E IL SOSTEGNO A PERSONE ANZIANE E ALLE LORO FAMIGLIE ALL'INTERNO DELLE ISTITUZIONI E AL DI FUORI DI ESSE NON SONO ABBASTANZA SVILUPPATI, UTILIZZATI NÉ ACCESSIBILI.

Il problema è stato analizzato stabilendo i fattori determinanti del problema come pure i fattori favorenti, diretti e indiretti, che hanno un legame con il problema e che ne costituiscono la causa, di cui alcuni sono condizionati da cause esterne, mentre altri da punti deboli della stessa organizzazione che si prende cura di persone anziane.

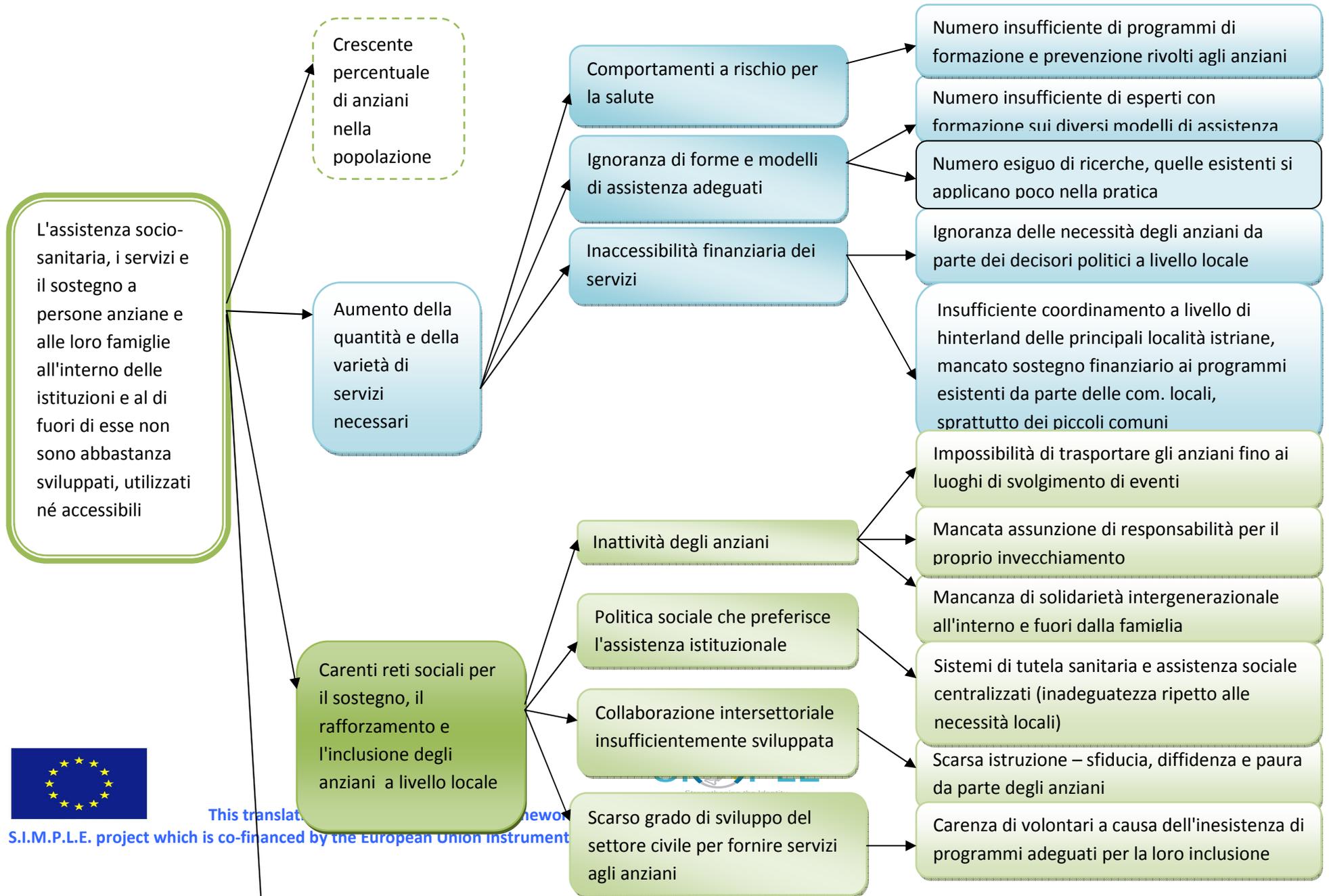
I fattori determinanti del problema che sono stati individuati sono l'aumento della percentuale di anziani rispetto alla popolazione complessiva, l'aumento della quantità e della varietà di servizi di cui necessita la popolazione anziana dovuto a diversi cambiamenti sociali, le reti sociali per il sostegno al rafforzamento e all'inclusione delle persone anziane a livello locale che sono insufficienti e la carenza di posti di alloggio nelle case per anziani rispetto alle necessità di alloggio esistenti e alle „liste d'attesa“ esistenti.

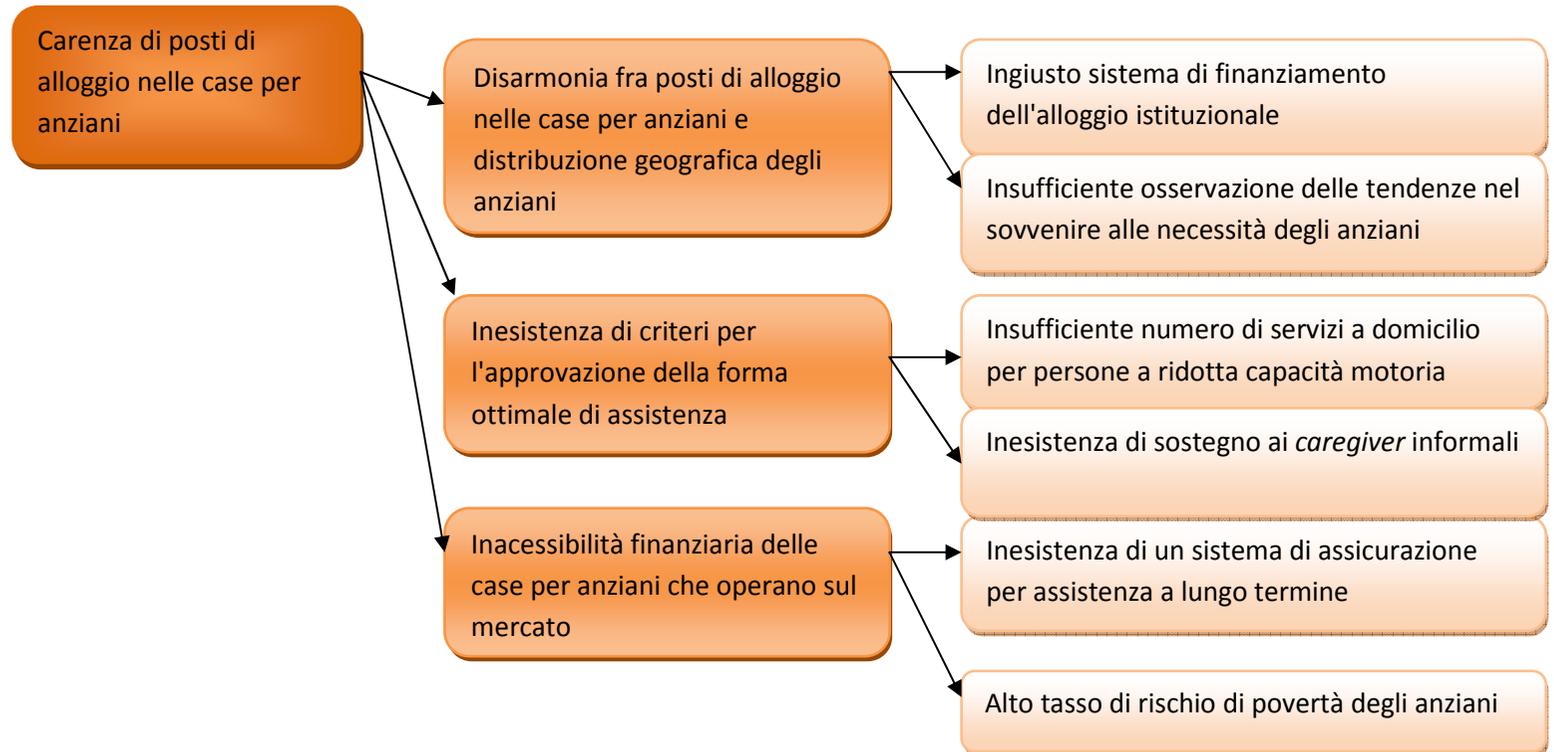
Sull'aumento della quantità e della varietà di servizi influiscono negativamente i comportamenti a rischio per la salute, l'ignoranza di forme e modelli di assistenza adeguati per persone anziane come pure l'inaccessibilità finanziaria dei servizi.

I fattori favorenti diretti che hanno un impatto negativo sulla mancanza di reti sociali per il sostegno, il rafforzamento e l'inclusione delle persone anziane a livello locale sono l'inattività degli anziani, la politica sociale che preferisce l'assistenza istituzionale senza sviluppare forme extraistituzionali di assistenza per anziani e lo scarso grado di sviluppo del settore civile che non consente la fornitura di servizi agli anziani.

Nelle attività future il gruppo di lavoro definirà i tratti strategici, gli obiettivi e i portatori di interesse che partecipano alla fornitura di assistenza a persone anziane al fine di dare una valida risposta alle necessità di questo gruppo demografico sempre più numeroso nella Regione Istriana.







III. Obiettivo e linee guida per l'attività fino al 2016

L'obiettivo non è ancora stato definito.

Linee guida fondamentali di attività fino al 2016

1. Definizione dei problemi e delle politiche di assistenza per anziani
2. Programmi di assistenza per anziani - assistenza istituzionale
3. Programmi di assistenza per anziani – forme extraistituzionali di assistenza per anziani e persone non autosufficienti

IV. Elaborazione operativa delle attività per il 2013

LINEA GUIDA 1: Definizione dei problemi e delle politiche di assistenza per anziani

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Attività	Collaboratori	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Descrizione e definizione del problema dell'assistenza a persone anziane e non autosufficienti	Gruppo di lavoro per l'analisi del problema „Assistenza per anziani e persone non autosufficienti“	-
Definizione dei tratti strategici	Gruppo di lavoro per l'analisi del problema „Assistenza per anziani e persone non autosufficienti“	-
Valutazione delle priorità nella tutela socio-sanitaria delle persone anziane per il periodo 2005 – 2012	Gruppo per la salute della RI	-
Determinazione degli obiettivi per il periodo 2014 – 2016	Gruppo di lavoro per l'analisi del problema „Assistenza per anziani e persone non autosufficienti“	-
Identificazione dei portatori di interesse	Gruppo di lavoro per l'analisi del problema „Assistenza per anziani e persone non autosufficienti“	-
Scambio di informazioni, coordinamento delle attività e utilizzo congiunto delle risorse con le unità dell'autogoverno locale nell'organizzazione	Gruppo per la salute della RI	-

dell'assistenza alle persone anziane		
Partecipazione alla redazione della Strategia nazionale per le persone anziane e armonizzazione con le politiche di assistenza agli anziani promosse dall'Unione europea	Centro di gerontologia dell'Istituto di sanità pubblica della RI, fornitori di servizi per persone anziane, responsabili delle politiche locali e regionali	-
Promozione dell'invecchiamento sano e attivo		-

LINEA GUIDA 2: Programmi di assistenza per anziani - assistenza istituzionale

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Attività	Collaboratori	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Documentazione progettuale Casa per persone anziane e non autosufficienti	Pola, Rovigno, Arsia	300.000,00
Armonizzazione con il Regolamento sulle tipologie e le attività delle case di assistenza sociale, le modalità di fornitura di assistenza fuori dal contesto familiare, i requisiti di spazio, attrezzature e personale delle case di assistenza sociale... (GU 64/09)	tutte le case, MPSSG	571.270,00

Programmi che verranno attuati da istituzioni fondate dalla Regione Istriana

Descrizione dell'attività	Istituto	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Volontariato negli istituti	Casa per persone anziane e non autosufficienti „Alfredo Štiglic“ di Pola	30.000,00
Attuazione di programmi con misure aggiuntive di tutela sanitaria	tutte le case, i medici	300.130,00
Centro di assistenza intensiva per malati di Alzheimer	Casa per persone anziane e non autosufficienti „Alfredo Štiglic“ di Pola	570.000,00
		Risorse fin. previste nel Bilancio della Città di Pola in kn
Centro di assistenza intensiva per malati di Alzheimer; misure aggiuntive di tutela sanitaria	Casa per persone anziane e non autosufficienti „Alfredo Štiglic“ di Pola	110.000,00

LINEA GUIDA 3: Programmi di assistenza per anziani – forme extraistituzionali di assistenza per anziani e persone non autosufficienti

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Attività	Soggetto	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Cure sanitarie a domicilio per i malati, coordinamento delle unità e fornitura del servizio di cure sanitarie a domicilio per malati anziani	Assessorato alla sanità e la previdenza sociale della RI, istituti/ studi privati che forniscono cure sanitarie	100.000,00

Programmi che verranno attuati da istituzioni fondate dalla Regione Istriana

Attività	Soggetto	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Monitoraggio e valutazione delle necessità in materia di salute e dei servizi per anziani nella Regione Istriana, proposte per l'adozione di opportune misure sanitarie	Istituto di sanità pubblica della RI – Centro di gerontologia	40.000,00
Fornitura di aiuto a domicilio e sostegno a persone in età avanzata attraverso un servizio telefonico attivo tutti i giorni (progetto „Pronto, non sei solo“)	Casa per persone anziane e non autosufficienti „A. Štiglic“ Pola	97.290,00
		Risorse fin. previste nel Bilancio della Città di Pola in kn
Servizi extraistituzionali per persone in età avanzata (aiuto e cure a domicilio, Pronto, non sei solo, centro diurno)	Casa per persone anziane e non autosufficienti „A. Štiglic“ Pola	595.000,00

Progetti selezionati in base a un invito pubblico

Attività	Soggetto	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI
----------	----------	---------------------------------------------

		in kn
Strutture di soggiorno diurno		
Struttura dislocata per soggiorno diurno a Lanischie	Comune di Lanischie	40.000,00
Aiuto a domicilio		
Aiuto a domicilio per persone anziane, cure e trasporto per raggiungere la città per i territori della Città di Pisino e dei Comuni di Cerreto, Gallignana, Caroba, Lupogliano, Montona, S. Pietro in Selve, Antignana e Gimino	Città di Pisino (come da modello del MFDSI)	250.000,00
Volontariato assistenziale per persone anziane e formazione sanitaria	Sindacato dei pensionati della Croazia, Sezione di Pola	30.000,00
Invecchiamento attivo		
Abilità divertenti e utili – formazione di terapisti occupazionali e volontari allo svolgimento di laboratori di arte plastica e figurativa e di attività di gruppo per persone anziane	Associazione Suncokret Pola	17.600,00
Università della terza età	Pučko otvoreno učilište/Università popolare aperta „Ante Babić“ Umag-Umago	20.000,00
L'economia di comunione attraverso la banca del tempo – programma per sovvenire alle necessità degli anziani trascorrendo il tempo libero in maniera attiva e facendo volontariato	Associazione Gradska radionica, Pola	15.000,00
La creatività non ha età	Associazione per la promozione della creatività Art studio	12.000,00
Sostegno alle associazioni		
Programmi di prevenzione, collaborazione internazionale e interregionale, informazione dei soci attraverso i mezzi di comunicazione e Internet	Associazione nazionale pensionati della Regione Istriana	30.000,00
Organizzazione della IV edizione dei Giochi sportivi dei soci dell'SPC della Regione Istriana (raduno annuale con gare sportivo-ricreative per i soci delle 10 sezioni presenti in Istria)	Commissione regionale dell'SPC della Regione Istriana	10.000,00
Risoluzione delle questioni sociali e sanitarie sollevate dai soci	Unione antifascisti della Regione Istriana	50.000,00
Visite e cure per tutti i soci in stato di necessità, visite a soci malati e soli, organizzazione del raduno generale dei soci primaverile e annuale	Associazione pensionati affari interni della RI	5.000,00
Miglioramento della salute e della qualità della vita dei malati di Alzheimer e delle loro famiglie	Associazione per la malattia di Alzheimer della Regione Istriana	12.000,00

Risorse finanziarie previste complessivamente per questa area prioritaria:
2.500.290,00 kn + 705.000,00 kn (Città di Pola)

Voci nel Bilancio della RI per il 2013: 571 - 575

7. AREA PRIORITARIA „TUTELA E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (PcD)“

I. Introduzione

Le leggi vigenti della Repubblica di Croazia contengono molteplici definizioni volte a garantire la massima qualità ed esaustività della tutela come pure a migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità.

All'interno del sistema di assistenza sociale si applica la definizione della Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità. La Convenzione mira a migliorare, tutelare e garantire alle persone con disabilità il godimento pieno e paritario di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali come pure a potenziare il rispetto della loro dignità innata. **Si considerano persone con disabilità le persone che hanno menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali di lunga durata le quali, nell'interazione con barriere di vario tipo, possono impedire la loro piena ed efficace inclusione nella società su base paritaria nei confronti degli altri.**

La Legge sul Registro croato sulle persone con disabilità (GU 64/01) definisce, a livello nazionale, le modalità di raccolta dei dati sulle cause, le tipologie, il grado e la gravità dei danni alla salute riportati dalle persone con disabilità, il metodo di elaborazione e utilizzo dei dati come pure la tutela dei dati sulle persone con disabilità. La Legge sul Registro croato sulle persone con disabilità (GU 64/01) **definisce la persona con disabilità come una persona che, in seguito a un danno alla salute, possiede una limitazione, una riduzione o una perdita permanente della capacità di effettuare determinate attività fisiche o della funzione psichica consona alla sua età.** Un danno alla salute è una carenza, una perdita o un'irregolarità della struttura anatomica o della funzione fisiologica o psichica. La *disabilità* è una limitazione, una riduzione o una perdita permanente (dovuta a un danno alla salute) della capacità di effettuare determinate attività fisiche o della funzione psichica consona all'età della persona e riguarda le capacità, rappresentate da attività e comportamenti complessi, generalmente considerate elementi essenziali della vita quotidiana.

II. Definizione e analisi del problema

Dal 2002 l'Istituto croato di sanità pubblica raccoglie ed elabora i dati sulle persone con disabilità ai sensi della Legge sul Registro croato sulle persone con disabilità (GU



64/01), pertanto nella rappresentazione degli indici statistici verranno usate le definizioni di tale legge. I dati vengono reperiti interrogando il sistema di assistenza sociale, il sistema pensionistico, il sistema della sanità, dell'istruzione e dei trasporti. Il 12 gennaio 2012 nella Repubblica di Croazia vivevano **518.081 persone con disabilità, pari al 12,1% della popolazione totale**, di cui il 60,2% erano uomini e il 39,8% donne. La maggior parte delle persone con disabilità è in età lavorativa.

Dati socio-demografici per il territorio della Regione Istriana rilevati in data 12 gennaio 2012 (fonte: Relazione sulle persone con disabilità nella RC, ICDSP, Zagabria, gennaio 2012)

Numero di persone con disabilità

- **13.945 persone con disabilità (6,7% della popolazione totale)**
 - 60% uomini, 40% donne
 - 9% (0-19 anni), 55% (20-64 anni), 36% (oltre i 65 anni)

Livello di istruzione delle persone con disabilità

- 61,1% senza istruzione o con istruzione di scuola elementare
- 29,1% con istruzione di scuola media superiore
- 3,7% con istruzione universitaria

Occupazione delle persone con disabilità

- 1051 occupati (70% uomini, 30% donne)
- Professioni più frequenti: perito economico, cuoco, cameriere

Situazione abitativa delle persone con disabilità

- 81% abitazione in famiglia
- 16% abitazione indipendente
- 2% abitazione presso un istituto
- 0,2% abitazione presso un affittuario o tutore

Tipi di menomazioni e ambiti di concessione di prestazioni a beneficiari disabili

I tipi di menomazioni più frequenti fra le persone con disabilità nel territorio della Regione Istriana sono le menomazioni di altri organi e sistemi di organi e le menomazioni del sistema locomotore. Le cause più frequenti delle menomazioni di altri organi e sistemi di organi che portano a disabilità sono attribuibili al gruppo delle malattie cardiovascolari.

Tabella: Tipi di menomazioni che portano a disabilità oppure incidono sul grado di menomazione funzionale della persona in termini di comorbilità

Tipo di menomazione	Numero complessivo	% del numero complessivo di persone con disabilità	Prevalenza / 1000 abitanti
Menomazioni di altri organi			
Menomazioni del sistema locomotore			
Disturbi mentali			
Menomazioni del sistema nervoso centrale			
Menomazione della vista			
Ritardo mentale			
Disturbo della comunicazione fono-linguistica			
Menomazione dell'udito			

Menomazioni del sistema nervoso periferico			
Anomalie congenite e cromosomopatia			
Autismo			
Menomazioni multiple			

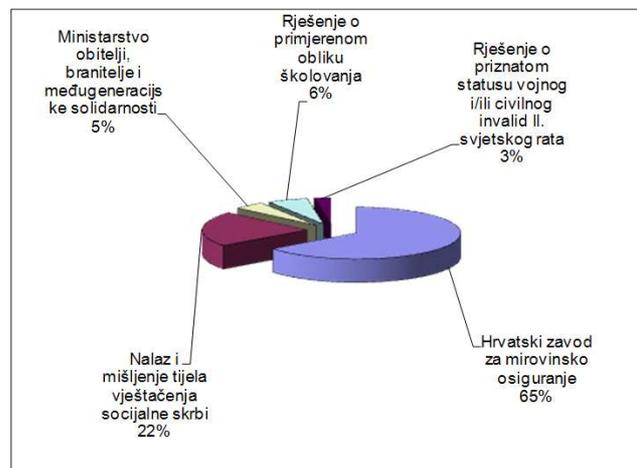
Fonte: Relazione sulle persone con disabilità nella RC, ICDS, gennaio 2012.

Vrste oštećenja	Ukupan broj	% od ukupnog broja osoba s invaliditetom	Prevalencija/ 1000 stanovnika
oštećenje drugih organa	3934	28,2	19
oštećenje lokomotornog sustava	3603	25,8	17
duševni poremećaji	2658	19,1	13
oštećenje središnjeg živčanog sustava	1991	14,3	10
oštećenje vida	612	4,4	3
mentalna retardacija	650	4,7	3
oštećenje glasovno govorne komunikacije	564	4	3
oštećenje sluha	355	2,6	2
oštećenje perifernog živčanog sustava	353	2,5	2
prirođene anomalije i kromosomopatije	303	2,2	2
autizam	56	0,4	0,3
višestruka oštećenja	4002	28,7	19

Izvor: Izvješće o osobama s invaliditetom u RH, HZZJZ, siječanj 2012.

Tabella: Ambiti di concessione di prestazioni a beneficiari disabili residenti nel territorio della Regione Istriana

Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	9603
Nalaz i mišljenje tijela vještačenja socijalne skrbi	3252
Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti	695
Rješenje o primjerenom obliku školovanja	927
Rješenje o priznatom statusu vojnog i/ili civilnog invalid II. svjetskog rata	376
Ukupno:	14853



Izvor: Izvješće o osobama s invaliditetom u RH; HZZJZ Zagreb, siječanj 2012.

³[Istituto croato per l'assicurazione pensionistica

Referto e opinione dell'organo preposto alle perizie in materia di assistenza sociale

³ NdT: traduzione del testo dell'immagine.

Ministero della famiglia, dei difensori e della solidarietà intergenerazionale

Delibera sulla forma consona di scolarizzazione

Delibera sul riconoscimento dello status di invalido militare e/o civile della Seconda guerra mondiale

Totale

Fonte: Relazione sulle persone con disabilità nella RC, ICDSF, gennaio 2012.]

RISULTATI DEI FOCUS GROUP

L'analisi dei risultati dei nove focus group tenuti nel territorio della Regione Istriana nel 2012, ai quali hanno partecipato esperti, politici, rappresentanti delle amministrazioni e della società civile, ha messo in evidenza i seguenti problemi che influiscono sulla qualità della vita delle persone con disabilità.

- Le persone con disabilità hanno difficoltà a inserirsi nel mercato del lavoro
- Rispetto al resto della popolazione, le persone con disabilità hanno un tenore di vita inferiore
- Gli edifici pubblici e gli spazi adibiti al pubblico non sono accessibili alle persone con disabilità (barriere)
- Il trasporto urbano/extraurbano è organizzato solamente a Pola
- Mancano servizi e forme di sostegno che consentirebbero alle persone con disabilità di essere più indipendenti e inclusi nella vita della comunità locale

Al fine di analizzare al meglio i problemi e di definire gli obiettivi/interventi che produrranno i risultati auspicati nel settore della tutela e del miglioramento della qualità della vita di persone con disabilità nella Regione Istriana, il giorno 24 ottobre 2012 il Gruppo di lavoro ha raggiunto il consenso intorno al problema come pure intorno ai fattori determinanti e favorevoli che influiscono direttamente o indirettamente sui problemi identificati (rappresentazione – schema).

I membri del Gruppo di lavoro che hanno partecipato all'analisi dei problemi manifestando anche l'interesse a continuare ad occuparsi di quest'area proprietaria sono: Davor Komar, Associazione distrofici dell'Istria; Zlatko Kuftić, Unione non vedenti della RI; Gracijano Turčinović, Società di disabili fisici di Pisino; Marko Perkov, Centro per l'inclusione e il sostegno all'interno della comunità di Pola; Vesna Sperath, Casa per adulti sofferenti di malattie psichiche „Vila Maria“ di Pola; Gordana Hosni Hrvatinić, Scuola per l'educazione e l'istruzione di Pola; Lorena Brgić, Assessorato all'economia della RI; Branka Butorac, Centro Down Syndrom di Pola; Josip Brkljača, Cooperativa di persone con disabilità di Pola; Nataša Simonelli, Città di Parenzo, Assessorato alla pianificazione territoriale e l'edilizia; Pavita Jelinčić, Centro di assistenza sociale di Pisino; Arlin Gobo, Istituto croato di collocamento al lavoro e Jelena Pereša, Centro per la famiglia della RI.

Problema

INSUFFICIENTE INCLUSIONE SOCIALE (**SOLITUDINE**) **DELLE PERSONE CON DISABILITÀ** (la categoria maggiormente a rischio è quella delle persone con menomazioni gravi e di quelle meno abbienti) **NELLA REGIONE ISTRIANA, il che produce un peggioramento generale della salute e della qualità della vita di queste persone.**



PROBLEMA	FATTORE DETERMINANTE	FATTORE FAVORENTE INDIRETTO	FATTORE FAVORENTE DIRETTO
<p>INSUFFICIENTE INCLUSIONE SOCIALE (SOLITUDINE) DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (la categoria maggiormente a rischio è quella delle persone con menomazioni gravi e di quelle meno abbienti) NELLA REGIONE ISTRIANA, il che produce un peggioramento generale della salute e della qualità della vita di queste persone.</p>	<p>SERVIZI SOCIALI – insufficiente sviluppo e insufficiente utilizzo</p>	<p>I servizi extraistituzionali hanno diversi gradi di sviluppo (per alcune categorie sono più o meno sviluppati, per altre non lo sono affatto)</p>	Non esiste un registro del numero di PcD indicante il tipo di disabilità e il luogo di residenza
			Non sono stati sviluppati servizi di assistenza extraistituzionale per le persone con disabilità mentali
			Le associazioni non hanno abbastanza capacità per fornire sostegno sociale
			La rete non si sta ampliando, mentre le necessità esistono
			Non sono stati sviluppati dei servizi sociali locali – sostegno al <i>caregiver</i>
			I prezzi dei servizi sono superiori alle possibilità di bilancio delle singole UAL o sussistono altre priorità
			I servizi di assistenza extraistituzionale difficilmente sono oggetto di contratto con il MPSG
	<p>GLI ELEMENTI AMBIENTALI ostacolano la mobilità e la comunicazione</p>	<p>Le PcD usufruiscono troppo poco dei servizi esistenti</p>	Apatia, sfiducia, disinformazione
			Non possono stare da soli, ma non hanno nessuno
			Servizi in luoghi inaccessibili
La legge non prevede il rimborso per le spese di viaggio			
<p>GLI ELEMENTI AMBIENTALI ostacolano la mobilità e la comunicazione</p>	<p>Barriere architettoniche</p>	Insufficienti conoscenze in merito alla possibilità di rimuovere le barriere architettoniche per consentire l'accesso a edifici pubblici e d'affari applicando le norme legislative vigenti (Regolamento su edifici e lavori semplici, che consente l'esecuzione di piccoli interventi edilizi senza l'obbligo di richiedere gli atti per la costruzione)	



			I soggetti rilevanti non partecipano ai procedimenti di richiesta di atti per la costruzione per quanto riguarda gli edifici soggetti all'applicazione obbligatoria del Regolamento sulla garanzia d'accesso agli edifici per persone con disabilità e ridotte capacità motorie
		Barriere nella comunicazione	Assenza di interpreti presso le istituzioni
			Non sono disponibili informazioni in Braille
		Trasporto pubblico inadeguato e/o inaccessibile	Trasporto pubblico urbano disponibile solamente a Pola
	Le persone con disabilità intellettive sono escluse dal sistema di agevolazioni per trasporto e parcheggio		
	Il trasporto interurbano non è adeguato alle persone con disabilità fisiche		
	DISOCCUPAZIONE – rapporto sfavorevole fra numero di occupati e numero complessivo di PcD	I datori di lavoro non sono informati sulle competenze delle PcD	
			I Centri di lavoro esistenti sono stati formati in seno alle associazioni e non sono sostenibili senza ulteriori finanziamenti
		La maggior parte di PcD non ha nessuna formazione	Istruzione inefficiente
			Carenza dei programmi del „Curriculum“
La formazione-istruzione professionale non porta all'impiego			
Ci si iscrive alla scuola che permette l'iscrizione, non alla scuola ambita			



		Le PcD non accettano i lavori	Bisogno di aiuto per recarsi al lavoro
			Mancanza di preparazione psicologica al lavoro (autonomo)



III. Obiettivo e linee guida per l'attività fino al 2016

L'obiettivo a lungo termine e le linee guida fondamentali per l'attività fino alla fine del 2016 sono stati formulati nel rispetto della Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità, delle misure e delle aree indicate nella **Strategia nazionale per le pari opportunità delle persone con disabilità 2007-2015** come pure delle **specificità e dei problemi identificati** in relazione alle persone con disabilità residenti nel territorio della Regione Istriana.

Obiettivo

Creare le condizioni per una maggiore inclusione sociale delle persone con disabilità nella vita della comunità in modo da produrre un auspicato effetto mitigativo del loro senso di solitudine

Linee guida per l'attività

1. Migliorare l'accessibilità e l'uniformità territoriale di servizi extraistituzionali sociali per persone con disabilità
2. Influire sulle condizioni presenti nell'ambiente e nella comunità per assicurare la mobilità e la comunicazione delle persone con disabilità
3. Stimolare una maggiore inclusione sociale delle persone con disabilità attraverso il sostegno ai programmi di preparazione e impiego di persone con disabilità

Responsabili all'interno del Gruppo: Sonja Grozić-Živolić e Davorka Maras-Tkačuk

IV. Elaborazione operativa delle attività per il 2013

LINEA GUIDA 1: Migliorare l'accessibilità e l'uniformità territoriale di servizi extraistituzionali sociali per persone con disabilità

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Descrizione dell'attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Partecipazione a progetti che consentiranno il passaggio degli assistiti dall'alloggio presso istituti a una forma	Case per adulti sofferenti di malattie	-

70



alternativa di alloggio in comunità	psichiche, ministero delle politiche sociali e dei giovani	
Partecipazione ai lavori della Commissione per la redazione di una proposta di ristrutturazione della casa per adulti sofferenti di malattie psichiche Sv.Nedjelja		
Attuazione delle misure previste dalla Strategia nazionale per le pari opportunità delle persone con disabilità 2007-2015		178.000,00

Progetti selezionati in base a un invito pubblico

Potenziare l'interazione sociale degli assistiti con la comunità e le abilità necessarie per la vita indipendente	Titolare	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
„Dalla scuola a Vila Maria con un disegno“: interazione sociale e collaborazione con la comunità locale	Casa „Vila Maria“	10.000,00
„Vila Maria attraverso la natura, le immagini e i suoni verso l'indipendenza“: sviluppo di abilità e capacità specifiche degli utenti	Casa „Vila Maria“	5.000,00

Strutture per soggiorno diurno e centri per persone con disabilità	Titolare	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
„Anche noi facciamo parte della comunità“; soggiorno diurno per persone con RM a Pinguente	Città di Pinguente	25.000,00
„La nostra comunità diurna“; ampliamento della rete di strutture semiresidenziali per persone con disabilità intellettive (Pola, Parenzo, Albona, Buie)	Centro per l'inclusione e il sostegno all'interno della comunità	30.000,00
„Creatività e apprendimento“: centro diurno per persone con disabilità intellettive a Pola	Centro diurno per la terapia occupazionale e la riabilitazione, Pola	35.000,00
Servizi di intervento precoce, riabilitazione medica, educazione e istruzione in età prescolare e scolastica, riabilitazione psicosociale, terapia occupazionale e fisica, servizi di équipe mobile – sostegno all'integrazione dei bambini negli istituti prescolari e scolastici ordinari	Centro diurno di riabilitazione Veruda, Pola	1.000.000,00

Altri servizi sociali per persone con disabilità (sostegno alla famiglia, consulenza, aiuto e cure a	Titolare	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	---------------------------------------------------



domicilio)		
„Centro prestiti di ausili per disabili“	Associazione delle persone con disabilità, Albona	20.000,00
„La RI – amica di bambini e giovani audiolesi dell'Istria“; laboratori, corso di lingua dei segni, sostegno ai genitori	Associazione di bambini e giovani audiolesi dell'Istria	10.000,00
„Come vivere con la sclerosi multipla“; eventi formativi, consultorio	Associazione per la sclerosi multipla della RI	12.000,00
„Club dei laringectomizzati“; aiuto ai malati, eventi formativi	Lega per la lotta contro il cancro	11.000,00
Consulenza e formazione per migliorare la vita delle persone con disabilità	Unione delle associazioni delle persone con disabilità della Regione Istriana	20.000,00

<i>Progetti che assicurano sostegno e una maggiore inclusione delle persone con disabilità nella vita della comunità</i>	Titolare	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
„Un 2013 con mente e corpo sani“	Club bocciofilo di persone con disabilità „Istrijana“	10.000,00
Nuoto e immersioni di persone con disabilità; bambini con disabilità fisiche	Associazione paralisi cerebrale della RI	20.000,00
Campo internazionale „Sole e avventura“ 2013	Associazione paralisi cerebrale della RI	5.000,00
Equitazione terapeutica per persone con necessità particolari della RI	Associazione per l'equitazione terapeutica „Philipos“, Pola	15.000,00
Integrazione di distrofici in Istria	Associazione distrofici dell'Istria	42.000,00
Tutela e miglioramento della qualità della vita di non vedenti nella RI	Associazione non vedenti della RI	45.000,00
Salute per tutti nel XXI secolo	Associazione invalidi del lavoro dell'Istria	10.000,00
Miglioramento della qualità della vita di persone con ritardo mentale nella RI	Associazione di soccorso per persone con ritardo mentale	37.000,00
Attività programmatica ordinaria della Società disabili di Parenzo	Associazione disabili di Parenzo	10.000,00



LINEA GUIDA 2: Influire sulle condizioni presenti nell'ambiente e nella comunità per assicurare la mobilità e la comunicazione delle PcD

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Descrizione dell'attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Informare le unità dell'autogoverno locale dei risultati del sondaggio delle necessità, che ha indicato come principali problemi l'accessibilità degli edifici pubblici e la mancanza di servizi di trasporto pubblici per PcD, e proporre soluzioni	Unità dell'autogoverno locale	-
Rimozione di barriere architettoniche nelle istituzioni di cui la Regione Istriana è fondatore	Assessorato allo sviluppo sostenibile, istituzioni di proprietà della RI	-

Progetti selezionati in base a un invito pubblico

Forme di aiuto nell'ambito del miglioramento della comunicazione e dell'accessibilità degli edifici	Titolare	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
„Disabile più“ (autoscuola per tutti), corsi di guida	Auto SL 91 d.o.o.	15.000,00
„Potenziamento della capacità delle persone con disabilità per la vita in comunità e ampio aiuto nella via quotidiana“ – trasporto di persone con riduzione significativa delle capacità motorie	Società di persone con disabilità fisiche	20.000,00
„Miglioramento della qualità della vita dei non udenti“ (interprete, corsi di lingua dei segni)	Associazione non udenti e ipoudenti della RI	10.000,00
„MOST“; formazione per studenti, corsi sulle difficoltà nell'integrazione sociale di bambini e giovani con difficoltà evolutive, laboratori di socializzazione e creatività, interconnessione	Suncokret	15.000,00



LINEA GUIDA 3: Stimolare una maggiore inclusione sociale delle persone con disabilità attraverso il sostegno ai programmi di preparazione e impiego di persone con disabilità

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Descrizione dell'attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Analizzare le possibilità di lavoro e impiego di persone con disabilità nel territorio della Regione Istriana	Unità dell'autogoverno locale, Assessorato allo sviluppo sostenibile della RI, Ufficio di collocamento al lavoro	-
Informare gli imprenditori sulle possibilità di usufruire di incentivi per l'impiego di persone con disabilità	Assessorato all'economia, Ufficio di collocamento al lavoro, Camera di commercio croata – Camera regionale di Pola	-

Progetti selezionati in base a un invito pubblico

Incentivazione di formazione e impiego di persone con disabilità	Titolare	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
IN.PROMO – inclusione delle persone con disabilità nel mondo del lavoro	Centro per l'inclusione e il sostegno all'interno della comunità	20.000,00
„Rassegna statale di manufatti di alunni con disabilità“, formazione di alunni e informazione del pubblico sulle competenze professionali e sociali delle PcD	Scuola per l'educazione e l'istruzione	20.000,00

Risorse finanziarie previste complessivamente per questa area prioritaria:
1.650.000,00 kn

Voci nel Bilancio della RI per il 2013: 576, 577



8. AREA PRIORITARIA: PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

I. Introduzione

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è stata una delle cinque priorità della sanità pubblica dal 2005 al 2012. Nel corso dei suoi 7 anni di lavoro su questa priorità il Gruppo regionale per la salute ha rilevato un impegno sporadico, anche se proficuo, a favore della prevenzione delle MCV da parte di diversi istituti sanitari, organizzazioni non governative, unità dell'autogoverno locale, singoli comitati locali, istituti di educazione e istruzione e società sportivo-ricreative. Siccome le malattie cardiovascolari sono un gruppo di malattie pluricausali riconducibili a numerosi fattori di rischio e lo stesso concetto di MCV copre un'area molto vasta e diversi elementi indipendenti, è logico che i soggetti titolari dei diversi progetti nell'area della prevenzione delle MCV siano molto diversi fra loro. Tuttavia, nonostante l'ampio ventaglio di diverse attività e programmi messo a disposizione finora per la prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) delle MCV, tali malattie sono tuttora la principale causa di morte e ricovero ospedaliero nella nostra regione.

Per questo motivo non sorprende che, in occasione della conferenza di consenso, la prevenzione delle MCV sia stata scelta nuovamente come priorità regionale per il prossimo quadriennio. Si è capito che esiste un forte bisogno di creare un modello di prevenzione delle MCV allacciando legami più forti fra tutti i soggetti che finora sono stati fornitori di servizi di prevenzione nell'ambito delle MCV. Inoltre è necessario portare a un livello superiore il lavoro svolto finora, un livello dove si effettuerà l'istituzionalizzazione dei programmi di comprovata professionalità che diverranno più economici e più ampiamente accessibili, fornendo anche ulteriori corsi di formazione per operatori sanitari che si occupano di prevenzione delle MCV. Per soddisfare queste necessità, nel 2011 l'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale della RI, a nome della RI e in qualità di lead partner, ha candidato il progetto LOVE YOUR HEART al bando dell'UE per la cooperazione transfrontaliera, in collaborazione con le Case della salute dell'Istria (CSI), l'Ospedale generale di Pola nonché tre partner italiani e uno albanese.

Il progetto analizza nel dettaglio lo sviluppo del Centro per la prevenzione delle malattie cardiovascolari della Regione Istriana quale centro sui generis nella RC, con l'obiettivo di farne il luogo in cui si svolgeranno le seguenti attività:

- a) gestione del registro delle MCV per pazienti a rischio della IR;
- b) collegamento informatico del lavoro dei MdF e degli esperti clinici (con pazienti a rischio di MCV);
- c) informazione delle categorie a rischio (infermiere per l'assistenza domiciliare, fisioterapisti, nutrizionisti, psicologi);
- d) formazione degli operatori sanitari;



- e) facilitazione e velocizzazione delle procedure diagnostiche per i soggetti maggiormente a rischio;
- f) presentazione del lavoro di tutti coloro che attuano interventi di prevenzione della MCV fondati dal punto di vista scientifico (associazioni, UAL, ecc.);
- g) promozione di check-up completi nella TSP finalizzati alla diagnosi precoce dei fattori di rischio per le MCV e le iscrizioni a programmi di contrasto dei fattori rilevati;
- h) lavoro di gruppo con malati sopravvissuti a infarto cardiaco o ictus cerebrale, attività con soggetti ipertesi e diabetici;
- i) promozione mediatica della prevenzione delle MCV.

Il centro è stato ideato come un luogo interno alle CSI di Pola in cui svolgere la maggior parte delle attività relative alla promozione della salute, l'informatizzazione e la sensibilizzazione dei cittadini, ma anche concentrare il lavoro a favore della prevenzione delle MCV – in collaborazione con le sezioni delle CSI. L'OG di Pola ospiterà un'altra parte del Centro prevalentemente diagnostico-consulativo, ma anche educativo.

Il progetto LOVE YOUR HEART ha vinto il bando e la sua attuazione è iniziata a ottobre del 2012.

Sulla base dei fatti elencati si riporta, qui di seguito, una breve descrizione di:

- 1) progetto *LOVE YOUR HEART*;
- 2) *progetti locali presentati al bando per sovvenire alle necessità pubbliche nell'ambito della sanità e proclamati idonei al cofinanziamento da una commissione di tre membri; l'interconnessione e l'integrazione di tali progetti in seno alla priorità nel suo insieme vengono coordinate dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale della RI.*

II. PROGETTO LOVE YOUR HEART

PARTNER (rosa) E COLLABORATORI (giallo)

CROAZIA	ITALIA	ALBANIA
1. Regione Istriana	4. Scuola centrale formazione	7. ADRA Albania
2. Case della salute dell'Istria	5. Azienda ULSS n. 14 Chioggia (TSP)	
3. Ospedale generale di Pola	6. Casa di cura MDS (ospedale privato)	
1. Istituto di sanità pubblica della RI	5. Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione – Motta di Livenza	6. Ministero del lavoro e dell'assistenza sociale
2. Istituto DSP della RRN - Dubrovnik		7. Amarodrom – associazione di rom
3. Regione zaratina		8. ADRA Slovenia
4. SSP Andrija Štampar		9. KTI – college privato
		10. Ministero della salute

76



OBIETTIVI DEL PROGETTO

- 1) Creare, entro la primavera del 2014, le precondizioni per una prevenzione delle MCV efficace attraverso uno scambio di esperienze e conoscenze fra i partner: sulla base delle risorse e delle necessità rilevate andrà sviluppato un modello di prevenzione delle MCV che metta in evidenza l'interconnessione, l'informatizzazione, la formazione degli esperti e dei cittadini. Assicurare le risorse e l'infrastruttura per le attività
- 2) Sviluppare, entro la fine del progetto (settembre 2015), un programma di prevenzione delle MCV professionale e sostenibile facendo leva sulle „reti“ internazionali e interregionali esistenti da tempo e su quelle di recente istituzione, mettendo in atto una collaborazione integrativa fra organi amministrativi, istituti sanitari e organizzazioni del settore civile che si occupano di prevenzione delle MCV. L'interconnessione verrà coordinata dal centro e sarà basata su specifici protocolli di collaborazione reciproca.
- 3) Attuare e valutare il progetto a livello sperimentale nel 2014 e nel 2015 con i seguenti obiettivi:
 - a) testare i materiali istruttivi realizzati (per la sanità e altri settori) e il sistema di certificazione della professionalità degli operatori sanitari;
 - b) testare i materiali istruttivi destinati ai cittadini e indagare sui cambiamenti nelle loro abitudini in materia di salute;
 - c) valutare il lavoro sperimentale dei Centri per la prevenzione delle MCV fondati recentemente e valutare il miglioramento del processo di diagnosi precoce di fattori di rischio, la velocizzazione della fornitura di servizi a pazienti ad altissimo rischio e il miglioramento del monitoraggio delle loro condizioni;
- 4) Intensificare la disseminazione delle informazioni scientificamente fondate sulla prevenzione delle MCV e sensibilizzare i cittadini sull'importanza della cura personale della propria salute attraverso diversi mezzi di comunicazione e canali d'informazione. I materiali saranno disponibili anche in italiano e quindi fruibili anche da parte della minoranza italiana.

PACCHETTI DI LAVORO – ATTIVITÀ E RISULTATI (con accento particolare sui risultati nella Regione Istriana)



<p>PACCHETTO DI LAVORO 1</p> <ul style="list-style-type: none"> * Gestione del progetto * Coordinamento * Valutazione 	<p>Lavoro del Comitato di pilotaggio; incontri di lavoro; piano d'azione dettagliato; gestione finanziaria; piano di monitoraggio e rendicontazione, revisione finale esterna al progetto; assunzione di coordinatori di tutti i partner (nella RI)</p>
<p>PACCHETTO DI LAVORO 2</p> <ul style="list-style-type: none"> * Comunicazione * Informazione 	<p>Presentazione del progetto attraverso mezzi di comunicazione e materiali pubblicitari, sensibilizzazione e informazione del pubblico, sito web, celebrazione di giornate specifiche con azioni di prevenzione, interconnessione fra esperti e nel settore civile, informazioni per esperti, 1 o 2 „convegni“ internazionali a Montona, ecc.</p> <p><u>Risultati dell'attuazione in Istria</u></p> <p>Sito web sulla prevenzione delle MCV; 16 tabelle con messaggi promozionali in tutta l'Istria (CSI, OG); opuscoli e brochure per i cittadini; trasmissioni MT e radio; almeno 1 convegno internazionale di esperti a Montona; incontri di esperti</p>
<p>PACCHETTO DI LAVORO 3</p> <ul style="list-style-type: none"> * Modello congiunto di prevenzione delle MCV * Stima di risorse e abilità, necessità locali 	<p>Individuazione di tutti gli „anelli“ della catena di prevenzione delle MCV e i loro punti deboli, analisi di risorse e abilità esistenti, analisi degli standard minimi per l'accreditamento al lavoro nel settore della prevenzione delle MCV, „anelli di congiungimento“ degli anelli esistenti, studio di fattibilità per il sistema di identificazione delle competenze, proposta di concezione e bozza di modello di prevenzione delle MCV, predisposizione di almeno 4 curriculum diversi per la formazione di esperti (basati su un'analisi) e di materiali per l'informazione dei cittadini (affrontati 12 temi – fattori di rischio, abitudini, malattie, ecc.)</p>
<p>PACCHETTO DI LAVORO 4</p> <ul style="list-style-type: none"> * Informazione e formazione professionale con scambio internazionale di esperienze 	<p>Formazione professionale di operatori sanitari, programmi di formazione per ristoratori, formazione lungo tutto l'arco della vita (sensibilizzazione sulla salute e laboratori finalizzati a prevenire le MCV) per i cittadini, collaborazione con il sistema d'istruzione, verifica del sistema di certificazione della professionalità degli operatori sanit. + formazione di esperti – futuri revisori; visite di studio, esperienza lavorativa e tirocini; collaborazione con altre regioni litoranee e con la SSP</p> <p><u>Risultati dell'attuazione in Istria</u></p> <p>Almeno 6 diversi laboratori per operatori sanitari – futuri formatori di operatori sanitari riguardo ad argomenti di informazione dei cittadini sui fattori di rischio delle MCV (fattori delle MCV in generale, dimagrimento sano, disassuefazione al fumo, diabete, alimentazione sana, stress) + almeno un laboratorio sulla prevenzione delle MCV per operatori di settori diversi da quello sanitario + almeno 2 laboratori per rappresentanti del settore civile che si occupano di prevenzione delle MCV</p> <p>Sistema di certificazione per attività di prevenzione delle MCV, autorizzato dal MdF, per infermiere e fisioterapisti; revisori con opportuna formazione</p> <p>Visite di studio, laboratori e „tirocini“ in Italia per 76 operatori sanitari istriani</p>
<p>PACCHETTO DI LAVORO 5</p> <ul style="list-style-type: none"> * Infrastruttura * Attrezzature * Software 	<p>Centro per la prevenzione delle MCV in Istria (CSI: parte formativo-coordinativa; OG – parte diagnostica), Centro per la prevenzione a Tirana; software per l'integrazione di tutti i partecipanti alla prevenzione delle MCV in Istria; attrezzature mediche e informatiche</p> <p><u>Risultati dell'attuazione in Istria</u></p>

	<p>RI: Attrezzature informatiche: (2 computer portatili, 1 schermo LCD, beni di modico valore); apparecchio portatile per ecografia cardiovascolare per l'ospedale; software – registro dei pazienti a rischio (interconnessione del lavoro di TSP e TSS)</p> <p>CSI: Consultorio (individuale e di gruppo) – 2° piano delle CSI a Pola; sale per conferenze e ginnastica di gruppo – interrato delle CSI a Pola; punti con bacheche presso le sezioni; attrezzi per ginnastica per la sala; attrezzature informatiche (2 PC, 2 stampanti, 1 schermo LCD, 1 fotocopiatrice + 1 apparecchio fax, 1 computer portatile, 1 schermo al plasma a parete per la sala d'aspetto centrale per l'informazione dei pazienti)</p> <p>OG: Sala d'aspetto ristrutturata presso l'OG con informazioni su schermo al plasma; una stanza di degenza ristrutturata al fine di informare i pazienti ricoverati; attrezzature mediche: 3 ECG, 6 ECG Holter, 3 Holter pressori, 3 ergometri, 3 defibrillatori; attrezzature informatiche: 3 PC, 2 stampanti, 1 schermo al plasma a parete</p>
<p>PACCHETTO DI LAVORO 6</p> <ul style="list-style-type: none"> * Almeno 15 mesi di lavoro sperimentale dei Centri in Istria e a Tirana * Gestione del registro dei pazienti con MCV * Nuove assunzioni * Sensibilizzazione dei cittadini * Valutazione finale 	<p>CSI – lavoro a tempo pieno per il/la fisioterapista; lavoro a metà orario per il/la nutrizionista e lo psicologo/la psicologa</p> <p>OG lavoro a tempo pieno per l'infermiera diplomata responsabile del lavoro del Centro diagnostico</p> <p><u>Risultati dell'attuazione in Istria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Informazione dei cittadini: almeno 40 corsi in Istria, di cui alcuni rivolti alla minoranza italiana (almeno 400 cittadini) * Diagnosi precoce: almeno 3000 persone coinvolte nello screening in Istria (MdF) * Almeno 400 pazienti ad alto rischio di MCV verranno visitati da specialisti evitando la lista d'attesa * Aumento del 100% del numero di esami Holter e almeno del 20% di ergometrie ed ecografie * Almeno 100 pazienti con MCV sono diventati soci di club (dopo IM, dopo IC)

III. ALRTE ATTIVITÀ

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Descrizione dell'attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Interconnessione del lavoro dei soggetti interessati che partecipano alla		113.000,00



prevenzione delle MCV (amministrazioni, esperti, organizzazioni civili), organizzazione di attività congiunte, sviluppo di modelli di prevenzione delle MCV , sviluppo del progetto „Centro per la prevenzione delle malattie cardiovascolari“		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Progetti selezionati in base a un invito pubblico

Formazione sui fattori di rischio			
Titolari dei progetti	Titolo	Caratteristiche fondamentali del progetto	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
CCM – Sezione istriana	Con la formazione verso la salute	I medici trasmettono ai pazienti, in maniera semplice e comprensibile, informazioni tecniche sulla prevenzione, il cambiamento dello stile di vita, le sane abitudini, la diagnostica e il trattamento delle malattie più diffuse (MCV, diabete, neoplasie maligne – cancro del colon) – Pola, Parenzo, Pisino, Rovigno, Umago, Pinguente. Conferenze, presenza nei mezzi di comunicazione, contatti con le associazioni	17.000,00
Centro per le iniziative civiche, Parenzo (CIC)	L'informazione a favore di un invecchiamento sano	Realizzare materiali pubblicitari con messaggi sulle abitudini di vita salutari che prevengono lo sviluppo di fattori di rischio per le MCV – adeguamento all'uso nelle attività rivolte agli anziani (promozione mediatica attraverso mezzi di comunicazione, manifesti, videoclip, jingle radiofonici, articoli nella stampa quotidiana e su portali web) Informazione sui diritti alla tutela sanitaria e l'assistenza sociale, sulle misure e i programmi socio-sanitari nella comunità locale Il progetto copre il territorio di Pola, Albona, Pisino, Umago, Parenzo, Rovigno, Buie, Cittanova, Dignano e Pinguente.	40.000,00
Associazione ZUM	AllaSalute!	Eventi pubblici, organizzati in concomitanza della celebrazione di date importanti, in occasione dei quali verranno promossi l'alimentazione sana, l'attività fisica, il non fumo e, in generale, gli stili di vita sani. I giovani saranno impegnati nell'ideazione degli eventi che sensibilizzeranno i cittadini (principalmente i giovani) sull'importanza di salvaguardare la propria salute.	15.000,00



Programmi di prevenzione locali			
Titolari dei progetti	Titolo	Caratteristiche fondamentali del progetto	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
KRUPP	Camminate ricreative ed esercizi in natura per pervenire le MCV	Programma di prevenzione per la tutela della salute incentrato soprattutto sulla prevenzione delle MCV attraverso le camminate, gli esercizi in natura, l'informazione, la promozione mediatica, le conferenze. Creazione delle condizioni e organizzazione di camminate ed esercizi in natura 3 volt alla settimana nell'Istria meridionale + saltuariamente anche in altre zone della RI; camminate nordiche, camminate per bambini, aumento del numero di utenti	30.000,00
DIJABETIČKA UDRUGA IŽ	Prevenzione e informazione di malati di diabete	Diagnosi precoce del diabete nella popolazione generale, informazione dei nuovi malati sullo stile di vita al fine di evitare complicazioni della malattia. Conferenze in tutta l'Istria (Il diabete ovvero le novità da imparare riguardo a una vecchia malattia, Il DM e l'ictus cerebrale, L'alimentazione corretta per malati di DM, L'ipertensione arteriosa quale componente del rischio di MCV, Il trattamento del DM nella camera iperbarica, Il DM e le malattie dell'occhio, Il DM, il mio prossimo ed io). Attività dei club (Pola, Pisino, Parenzo, Pigunte, Rovigno, Umago, Buie) e dei consultori per nuovi malati (Pola, Pisino, Rovigno, Parenzo, Pigunte); informazione di giovani malati nei campi scuola	15.000,00
FONDO CITTÀ SANA DI PARENZO	Cambiamento di comportamento di persone in sovrappeso	Consulenza individuale e di gruppo per persone in sovrappeso (bambini con genitori, adulti, anziani): psicologi (abbuffata emotiva), medico, nutrizionista, cinesiologo (20 laboratori in 5 mesi + gruppo di autocontrollo) Consulenza individuale per persone con disturbi alimentari come anoressia e bulimia Utenti: 54% di Parenzo, 25% del territorio dell'ex Comune di Parenzo, 21% delle altre zone dell'Istria (Buie, Cittanova, Marzana, Pisino, ecc.)	20.000,00

Risorse finanziarie previste complessivamente per questa area prioritaria:
250.000,00 kn + 3.617.093,00 (UE)



Voci nel Bilancio della RI per il 2013: 578 + 583 do 600

9. AREA PRIORITARIA: „CANCRO DEL COLON-RETTO – CARCINOMA COLORETTALE (CCR)“

I. Introduzione

Nella popolazione complessiva della Regione Istriana questo è il sito tumorale più frequente con un alto tasso di mortalità, anche se è possibile prevenirla nel lungo periodo (10-15 anni) con un programma di screening che consente di diagnosticare e rimuovere i polipi (neoplasie premaligne che, nella maggior parte dei casi, danno origine al cancro). Lo screening consente anche la diagnosi precoce del cancro e quindi un trattamento più efficace con migliore qualità della vita e un più alto tasso di sopravvivenza.

I tassi di incidenza e mortalità sono in crescita nella maggior parte dei paesi sviluppati. Tuttavia in alcuni paesi (USA, Canada) essi sono in calo a causa dei cambiamenti nell'alimentazione e nello stile di vita, dell'ampia applicazione delle misure di diagnosi precoce con asporto di lesioni premaligne e del miglioramento dei metodi terapeutici e della riabilitazione.

⁴[Tassi di incidenza e mortalità per CCR nella Regione Istriana 2001-2011

Tasso di incidenza su 100 000 abitanti

Tasso di mortalità su 100 000 abitanti

Lineare (tasso di incidenza su 100 000 abitanti)

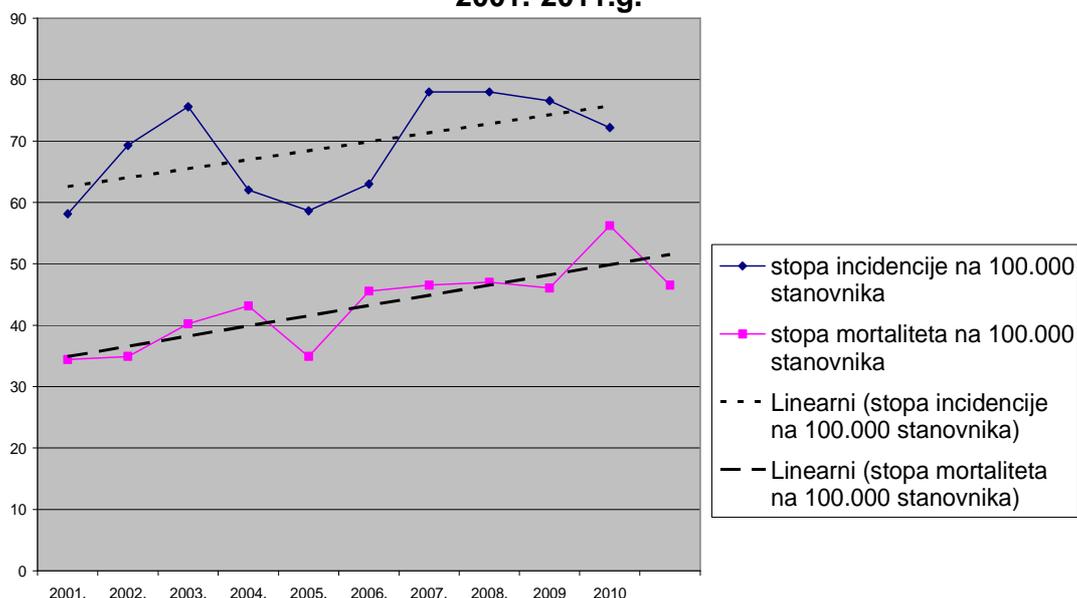
Lineare (tasso di mortalità su 100 000 abitanti)

2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010]

⁴ NdT: traduzione del testo dell'immagine.



Stope incidencije i mortaliteta od KRK-a u Istarskoj županiji 2001.-2011.g.



Ogni anno (in media, dal 2006 al 2010) nella Regione Istriana si ammalano 151 persone **(95 m, 56 f)** e ogni anno (in media, dal 2007 al 2011) muoiono 100 persone **(61 m, 39 f)**. Nel periodo 2006-2010 nella popolazione maschile le persone affette da CCR costituivano il 18,4% del numero totale dei malati di cancro e il 16,6% dei decessi per cancro, facendone il secondo sito tumorale per frequenza (secondo al cancro polmonare, che ha una prevalenza del 19,4%). Nello stesso periodo nella popolazione femminile le persone affette da CCR costituivano l'11,7% del numero totale dei malati di cancro e il 14,2% dei decessi per cancro, facendone il secondo sito tumorale per frequenza (secondo al cancro al seno, che ha una prevalenza del 28,4%). In un'ottica d'insieme **(entrambi i sessi) il CCR è il cancro più frequente fra i nuovi casi di tumore – prevalenza del 15,2% sul totale di persone colpita da cancro (al secondo posto troviamo il cancro al seno - 13,7% e al terzo posto quello al polmone – 13,4%) ovvero il secondo sito di tumore, per frequenza, tra i casi di decesso per cancro - 15,6% dei deceduti (al primo posto troviamo il cancro al polmone – 20,4%).**

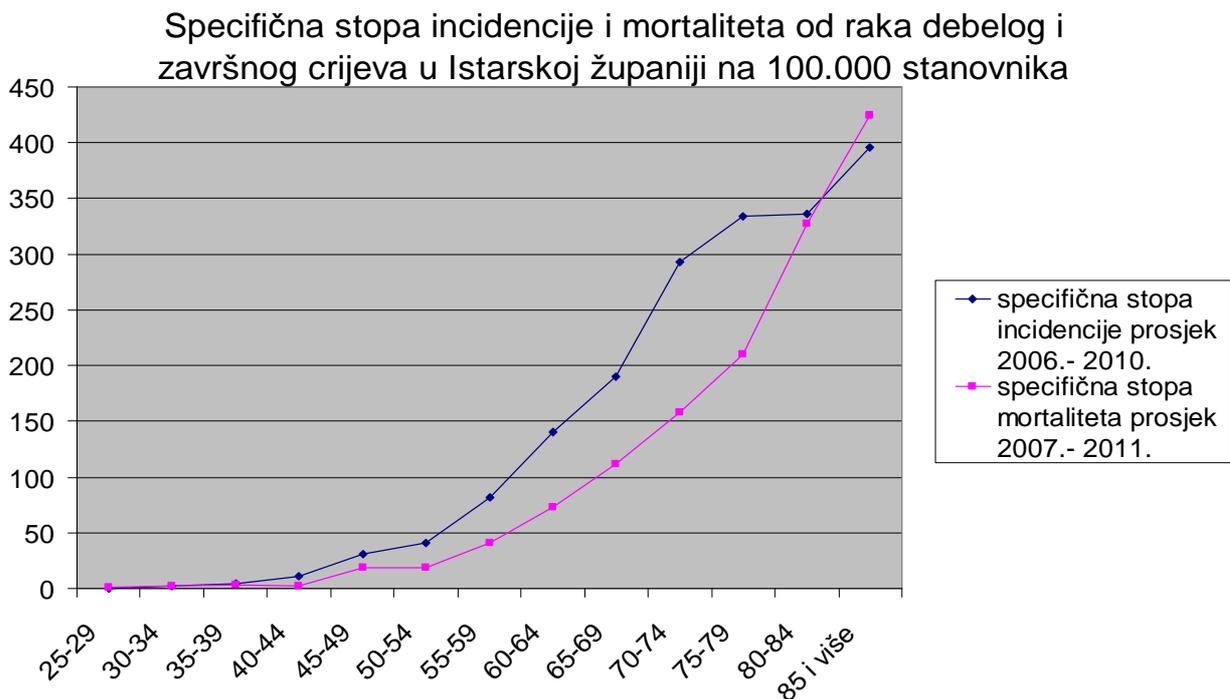
La letteratura descrive un rischio di malattia in forte crescita oltre i 40 anni d'età, mentre il **90% dei carcinomi viene rilevato in persone oltre i 50 anni d'età**, e si riscontra con la maggior frequenza nella fascia d'età fra i 60 e i 70 anni.

⁵[Tassi specifici di incidenza e mortalità per cancro del colon-retto nella Regione Istriana su 100 000 abitanti

Tasso specifico di incidenza, media 2006-2010

Tasso specifico di mortalità, media 2007-2011

85 e oltre]



Tutti possono essere colpiti da cancro coloretale. Anche se nel 20-25% dei casi il cancro coloretale si rileva fra persone che hanno familiari affetti da questo tipo di cancro o sono loro stesse affette da patologie intestinali che favoriscono lo sviluppo di questo tipo di cancro (malattia infiammatoria intestinale-colite ulcerosa o morbo di Crohn, sindrome della poliposi familiare-poliposi adenomatosa familiare, sindrome di Gardner, di Turcot, di Peutz-Jeghers, poliposi giovanile familiare), circa il 75% dei nuovi malati non manifesta tali fattori di rischio. Fra i fattori di rischio per lo sviluppo del CCR figurano anche uno stile di vita non sano (poco movimento, obesità, alimentazione non sana povera di fibre, frutta e verdura, consumo di alcol e fumo).

⁵ NdT: traduzione del testo dell'immagine.

Le stime effettuate dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) per i paesi sviluppati indicano che, nel corso della vita, circa il 4,6% degli uomini e il 3,2% delle donne verrà colpito dal CCR (Parkin, Pisani, Ferlay, 1999). La Società americana per il cancro ha stimato che la probabilità di sviluppo di CCR invasivo è del 5.51% negli uomini (1 persona su 18) e del 5.10% nelle donne (1 persona su 20) (Jemal, Siegel, Ward, Hao, Xu, Thun, 2009).

Rimozione dei polipi = prevenzione dello sviluppo del cancro

Diagnosi precoce del cancro = maggiore sopravvivenza

Quale motivo principale della mortalità costantemente alta nella RC viene indicato il fatto che, al momento della diagnosi, meno del 10% di tutti i carcinomi del colon è localizzato solamente sulla parete dell'intestino. La sopravvivenza dipende dall'estensione del tumore.

Classificazione di Dukes del CCR	Sopravvivenza a cinque anni
A - tumore limitato alla mucosa	80-95%
B - tumore esteso a tutta la parete	65%
C - tumore esteso ai linfonodi	50%
D – metastasi a distanza	<10%

Il contesto nazionale ed europeo

Il Programma nazionale di diagnosi precoce del cancro del colon è stato adottato in occasione della seduta del Governo della RC il 4 ottobre 2007. L'ambito d'azione del Programma nazionale in Croazia è in armonia con le indicazioni della Strategia nazionale di sviluppo della sanità la quale, fra l'altro, contiene anche delle indicazioni sulla prevenzione e la diagnosi precoce del cancro. Il programma è in linea con la Risoluzione sulla prevenzione e il controllo del cancro (WHA, 58.22, "Cancer prevention and control") adottata a Ginevra nel 2005 in occasione della 58^o seduta dell'Assemblea mondiale della sanità e con la Raccomandazione del Consiglio dell'UE del 2 dicembre 2003 (2003/878/CE). Il Programma è in armonia anche con le Linee guida europee per la qualità dello screening e della diagnosi del cancro al colon.



Fondatezza scientifica per l'attuazione del programma

In base a numerose ricerche effettuate nei paesi con un'attuazione pluriennale del programma e alla meta-analisi di Cochrane Evidence Based Medicine, l'attuazione di un programma basato sull'effettuazione dell'esame di ricerca di sangue occulto nelle feci nell'ambito della diagnosi precoce del cancro al colon produce una riduzione della mortalità compresa fra il 18% e il 33% in 13 anni.

Il CCR si sviluppa, **nella maggior parte dei casi, a seguito di alterazioni premaligne della parete intestinale dette polipi.**

Il programma di screening (esame delle feci per sangue occulto e colonscopia) consentono di:

- **prevenire lo sviluppo di CCR – i polipi vengono diagnosticati e rimossi tempestivamente;**
- **diagnosticare precocemente e curare con più successo** – la persona può essere malata di CCR per molti anni prima di manifestare dei disturbi, quindi il cancro può essere **diagnosticato precocemente anche in persone che non hanno ancora dei sintomi.**

Attuazione del Programma nazionale di diagnosi precoce del cancro del colon nella Regione Istriana

L'attuazione del Programma nazionale di diagnosi precoce del cancro del colon nella Regione Istriana è iniziata verso l'inizio del 2008. L'avviso sulla possibilità di sottoporsi al test (materiali per l'invio di campioni di feci per l'esame di ricerca di sangue occulto) è stato inviato all'indirizzo di casa delle persone fra i 50 e i 74 anni (nati dal 1933 al 1945 e dal 1948 al 1957), per un totale di 65 260 persone. Il numero di persone che hanno inviato i campioni di feci è 12 496, pari a un **tasso di risposta del 19,1%** (le persone più giovani nate fra il 1950 e il 1957 hanno registrato un tasso inferiore, del 16,7%, mentre quelle più anziane hanno riportato un tasso superiore del 21,1%). Per avere un'analisi più precisa del tasso di risposta (in linea con la metodologia raccomandata dalle linee guida europee per la qualità), al numero di persone sottoposte al test bisognerebbe:

- aggiungere il numero di persone che sono state sottoposte al test o alla colonscopia nel corso dell'ultimo anno nell'ambito di esami completi effettuati a causa di malattie intestinali;
- detrarre il numero di persone che sono già in cura per carcinoma o altre malattie del colon, che non dovrebbero partecipare al test siccome sono già oggetto di visite di controllo regolare, come pure il numero di persone irraggiungibili o con indirizzo inesatto.



In tale caso il tasso di risposta sarebbe leggermente superiore, ma per il momento ciò non è possibile (è necessaria una soluzione informatica).

Il test è risultato positivo (con sangue riscontrato nelle feci) per il 6,6% delle persone sottoposte a test (più giovani: 3,7%, più anziani: 8,4%). A tutte le persone con referto positivo è stato proposto un appuntamento per colonscopia, di cui **654 (79,8%) si sono sottoposte a colonscopia** (g: 88,0%, a: 77,5%), mentre gli altri hanno rinunciato/rifiutato. **Nell'82,3% delle persone sottoposte a colonscopia è stato riscontrato un referto patologico** (g: 84,4%, a: 81,6%): 267 casi di polipi, 145 di emorroidi, 79 di diverticoli, 34 di carcinomi e 13 di altre malattie, mentre nel 17,7% delle persone sottoposte a colonscopia non è stato riscontrato un referto patologico nella regione del colon. Quindi nella metà delle persone con referto patologico sottoposte a colonscopia (49,6%) sono state diagnosticate le alterazioni prebenigne dette polipi, il che era l'obiettivo di questo programma.

Il Gruppo TQM

Nel dicembre 2009 è stato fondato il Gruppo TQM (Total Quality Management – Gestione totale della qualità), che ha ricevuto una formazione in materia di qualità presso la Scuola di salute popolare „Andrija Štampar“ di Zagabria. Sono entrati a far parte del gruppo i rappresentanti dell'OG di Pola dr. Ivica Fedel - chirurgo, dr. Jadranka Cetina Žgrabić - internista, dr. Vlasta Hautz Derossi - radiologo, Merima Salešević - infermiera e la rappresentante dell'ISPRI dr. Olga Dabović- Rac. L'obiettivo definito dal gruppo era di ridurre l'intervallo di tempo dal referto positivo ottenuto nell'ambito del Programma nazionale alla colonscopia da 83 a 42 giorni. La lunga attesa per la colonscopia era stata provocata, fra l'altro, dal grande numero di inviti di partecipazione al test, spediti tutti insieme dal livello nazionale in un lasso di tempo ristretto e senza previo accordo con i coordinatori locali, che aveva prodotto un notevole numero di persone con referto positivo e necessità di sottoporsi a colonscopia. Il Gruppo TQM è riuscito ad inserire, ogni giorno, due appuntamenti per colonscopia nel Programma nazionale e, dopo una redistribuzione dei compiti, sono stati coinvolti più addetti alla colonscopia (gastroenterologi). Nel 2012 dal test alla colonscopia sono trascorsi in media 16,3 giorni (a fronte delle raccomandazioni del Ministero della salute per un massimo di 42 giorni ovvero 6 settimane).

Presso l'OG di Pola nel 2010 è stato fondato un gruppo di esperti per il cancro al colon (oncologo, chirurgo, radiologo, patologo) che si riunisce ogni martedì e decide sulla diagnostica e la terapia dei malati di cancro al colon sulla base di un approccio multidisciplinare di gruppo. Inoltre l'OG di Pola ha elaborato delle linee guida per la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio dei pazienti con cancro al colon.

Ricerca sui motivi di mancata risposta al programma di prevenzione

Le infermiere per l'assistenza domiciliare delle CSI hanno condotto un'inchiesta fra i 150 potenziali beneficiari del Programma nazionale nell'ambito della quale agli intervistati è stato chiesto di indicare i motivi della loro mancata risposta. I risultati preliminari indicano che il



10% ha avuto casi di cancro al colon in famiglia (e ciò nonostante non ha aderito al programma), il 58% ritiene che le indicazioni fossero poco chiare, il 36% si è dichiarato non interessato al programma su ricezione dell'invito, addirittura il 15% ha deciso immediatamente di non rispondere all'invito e il 68% non ha visto nessun materiale promozionale relativo al programma.

I motivi di non risposta più frequenti sono l'imbarazzo e il timore per i risultati (31%), la distanza dall'ufficio postale, le indicazioni incomprensibili, la complessità della preparazione (regime alimentare). Livello di informazione sul programma e il cancro al colon: l'81% ha conoscenze scarse o assenti e solo il 19% è sufficientemente informato.

Le proposte per il miglioramento della risposta avanzate dai beneficiari sono: ricevere l'invito e le indicazioni nell'ambulatorio di TSP, non dover portare il campione all'ufficio postale, più informazioni, multa per mancata adesione o premio per l'adesione.

II. Definizione e analisi del problema

Il 12 ottobre 2012 si è tenuta una riunione del gruppo di lavoro costituito da:

Radmila Korlević	Spec. in medicina familiare (ambulatori di Castellier e Visinada)
Olga Dabović Rac	Spec. in epidemiologia, Servizio per la sanità pubblica ISPRI, si occupa del Programma nazionale di diagnosi precoce del cancro del colon, è membro del Gruppo per la salute
Jadranka Cetina Žgrablić	spec. in medicina interna, subspecialista in gastroenterologia, OG di Pola
Morena Butković	Spec. in medicina familiare, Pola
Davorka Rakić	Capoinfermiera CSI, assistenza domiciliare
Danica Kuzmanović	Presidente della Lega per la lotta contro il cancro, Pola
Matija Vekić	Presidente dello Stoma klub, Lega per la lotta contro il cancro, Pola
Slavko Davosyr	Membro dello Stoma klub, Lega per la lotta contro il cancro, Pola
Romanita Rojnić	Membro del Gruppo per la salute
Danijela Lazarić-Zec	Spec. in epidemiologia, Servizio per la sanità pubblica ISPRI, si occupa del Programma nazionale di diagnosi precoce del cancro del colon, è membro del Gruppo per la salute

Il gruppo di lavoro ha raggiunto il consenso per quanto riguarda il problema nonché i fattori determinanti e favorevoli che influiscono direttamente o indirettamente sul problema identificato.



Problema: anche se ricevono un invito di partecipazione personale, l'81% delle persone di età compresa fra i 50 e i 74 anni nella Regione Istriana non aderisce alla visita preventiva per la diagnosi precoce del CCR, il che ha come conseguenza una diagnosi tardiva del cancro e un minor successo nelle cure, una peggiore qualità della vita e un più alto tasso di mortalità per CCR.

Spiegazione dell'abbreviazione MdF: medici di famiglia



Problema	Fattori determinanti	Fattori favorenti diretti	Fattori favorenti indiretti	
Anche se ricevono un invito di partecipazione personale, l'81% delle persone di età compresa fra i 50 e i 74 anni nella Regione Istriana non aderisce alla visita preventiva per la diagnosi precoce del CCR, il che ha come conseguenza	Insufficiente formazione e sensibilizzazione della popolazione	Insufficiente informazione della popolazione da parte dei MdF e delle infermiere per l'assistenza domiciliare	Mancanza di aggiornamento continuo dei MdF e delle infermiere per l'assistenza domiciliare sul CCR	
		Insufficiente attenzione dei mezzi di comunicazione e mancanza di una campagna	Scarsa „attraiva“ della malattia e del programma di prevenzione	
		Insufficiente visibilità del programma di prevenzione nelle comunità locali	Esiguo numero di iniziative nella comunità locale che riguardano il CCR (rispetto, per esempio, al cancro al seno)	
		Stigmatizzazione dei malati		
		Occultamento dei malati	Mancanza di club locali di malati	
	Insufficiente grado di elaborazione di materiali e procedure che trovano impiego nel programma di prevenzione	Le istruzioni per la raccolta e l'invio delle feci per il test sono scritte in maniera troppo tecnica		
		Solo le persone con referto positivo ricevono l'invito alla colonscopia, mentre quelle con referto negativo non ricevono alcun feedback	Mancanza di collegamento con il MdF che, in tale caso, vedrebbe i referti	
		Il volantino ricevuto dalle persone è troppo esaustivo		



una diagnosi tardiva del cancro e un minor successo nelle cure, una peggiore qualità della vita e un più alto tasso di mortalità per CCR		Gli operatori sanitari dell'ISPRI si „fanno in quattro“ fra diversi programmi	Il CCR non è una priorità in seno all'ISPRI		
	Scarsa responsabilità della popolazione per la propria salute	Insufficiente sensibilizzazione della popolazione sull'obbligo costituzionale di prendersi cura della propria salute	Insufficiente informazione e messa in evidenza dell'importanza della responsabilità individuale da parte della comunità locale		
		Legge senza norme (sanzioni) previste per coloro che non si prendono cura della propria salute			
	Insufficiente partecipazione dei MdF e delle infermiere per l'assistenza domiciliare al programma di diagnosi precoce	Il programma non ha previsto la partecipazione dei MdF e delle infermiere per l'assistenza domiciliare			
		Mancanza di aggiornamento continuo dei MdF e delle infermiere per l'assistenza domiciliare			
		Insufficiente motivazione dei MdF e delle delle infermiere per l'assistenza domiciliare	Sovraccaricamento amministrativo		
			Non è definito il metodo di finanziamento del lavoro dei MdF nel campo della prevenzione		
			Sovraccaricamento con l'aspetto curativo e le richieste dei pazienti	Mancata definizione del „paniere“ di servizi	



				elementari
	Visto il tasso di risposta, le attuali capacità dell'OG di Pola (spazi, attrezzature, personale) sono sfruttate al massimo.			



III. Obiettivo e linee guida per l'attività fino al 2016

Obiettivo: aumentare il tasso di risposta delle persone di età compresa fra i 50 e i 74 anni nella Regione Istriana all'invito a sottoporsi a una visita preventiva di diagnosi precoce del CCR dal 19% al 35% entro il 2016

Linee guida per l'attività

1. Informare e sensibilizzare la popolazione sulla diagnosi precoce del CCR sottolineando la responsabilità personale per la salute (adesione al programma di prevenzione)
2. Consolidare il ruolo dei MdF e delle infermiere per l'assistenza domiciliare nell'incentivazione all'adesione
3. Creazione delle condizioni necessarie presso l'OG di Pola (spazi, personale, attrezzature) per l'accettazione di più persone da sottoporre a colonscopia (in relazione all'aumento del tasso di adesione)

Soggetti interessati

Regione Istriana (soprattutto l'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale)
 UAL (soprattutto le città più grandi)
 Leghe per la lotta contro il cancro - Pola e Albona
 Medici di famiglia (MdF)
 Case della salute dell'Istria (soprattutto MdF e infermiere per l'assistenza domiciliare)
 Istituto di sanità pubblica della Regione Istriana (soprattutto il Servizio per la sanità pubblica)
 Ospedale generale di Pola (gastroenterologi, chirurghi, oncologi, radiologi, patologi)
 Società di Croce rossa della Regione Istriana e società cittadine di CR
 Collegio croato dei medici – Sezione dell'Istria
 Ordine croato dei medici
 Associazioni con soci di età compresa fra i 50 e i 74 anni (p. es. ultracinquantenni, pensionati, ecc.)
 Mezzi di comunicazione

IV. Elaborazione operativa delle attività per il 2013

LINEA GUIDA 1: Informare e sensibilizzare la popolazione sulla diagnosi precoce del CCR sottolineando la responsabilità personale per la salute (adesione al programma di prevenzione)

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Descrizione dell'attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
---------------------------	-----------------------	---------------------------------------------------



Ideare un piano d'azione per rendere più visibile il programma di prevenzione nelle comunità locali e avviarne l'attuazione	Gruppo di lavoro per il CCR	10.000,00
Ideare piani di informazione e sensibilizzazione della popolazione nonché di perfezionamento di operatori sanitari avviandone l'attuazione	Gruppo di lavoro per il CCR	

Programmi che verranno attuati da istituzioni fondate dalla Regione Istriana

Descrizione dell'attività	Istituzione	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Coordinamento e valutazione del Programma nazionale di diagnosi precoce del cancro del colon a livello regionale nel 2013	IDSPRI	20.000,00

Progetti selezionati in base a un invito pubblico

Descrizione dell'attività	Titolare	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Informazione del pubblico per mezzo di conferenze in diverse città	CCM	-

LINEA GUIDA 2: Consolidare il ruolo dei MdF e delle infermiere per l'assistenza domiciliare nell'incentivazione all'adesione

Attività che verranno attuate dal Gruppo regionale e dall'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale

Descrizione dell'attività	Collaboratori esterni	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Ideare piani di perfezionamento di MdF e infermiere per l'assistenza domiciliare	Gruppo di lavoro per il CCR	-

LINEA GUIDA 3: Creazione delle condizioni necessarie presso l'OG di Pola (spazi, personale, attrezzature) per l'accettazione di più persone da sottoporre a colonscopia (in relazione all'aumento del tasso di adesione previsto)



Programmi che verranno attuati da istituzioni fondate dalla Regione Istriana

Descrizione dell'attività	Istituzione	Risorse fin. previste nel Bilancio della RI in kn
Ideare un piano per la creazione di condizioni presso l'OG di Pola (spazi, personale, attrezzature)	OG di Pola con l'aiuto del gruppo di lavoro	

Risorse finanziarie previste complessivamente per questa area prioritaria: 30.000,00 kn

Voci nel Bilancio della RI per il 2013: 579, 580

10. AREA PRIORITARIA: CURE PALLIATIVE

INTRODUZIONE

Le cure palliative (CP) rappresentano un approccio al miglioramento della qualità della vita dei malati affetti da malattie attive, progressive, avanzate, con aspettativa di vita breve e delle loro famiglie. L'obiettivo delle cure palliative è di migliorare la qualità della vita e di ridurre la sofferenza attraverso la prevenzione, la diagnosi precoce, una buona valutazione e trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali (*Organizzazione mondiale della sanità, 2002*).

Le CP attenuano il dolore e gli altri sintomi, forniscono sostegno alla vita e accettano la morte come un processo naturale senza evitare né accelerare la morte, includendo la necessità psicosociali e spirituali dell'assistito e assicurandogli la miglior vita possibile in fino alla morte. Gli operatori che forniscono CP porgono aiuto alla famiglia (al *caregiver*, chi si prende cura del malato) durante il periodo di malattia del familiare e più tardi nel momento del lutto, con un approccio di gruppo riconoscono e alleviano le necessità di malati e *caregiver*, collaborano e sono coinvolti nell'assistenza al malato anche nel corso della terapia attiva.

Nel 2005 la Regione Istriana ha iniziato a formare un fulcro di esperti, volontari e istituzioni per fornire aiuto ai pazienti osservando i principi delle cure palliative. Attraverso il Programma per sovvenire alle necessità pubbliche nell'ambito delle sanità e dell'assistenza sociale per anni sono state stanziare risorse poi investite nella formazione e nel lavoro dei gruppi di volontari in tutta la regione. Nel 2011 si è giunti alla conclusione che il livello di sviluppo delle CP basate sul volontariato è insufficiente per far fronte alle necessità crescenti di assistenza ai malati che sempre più muoiono a casa e che, per garantire CP valide in



regione, è necessario istituzionalizzare queste attività e sviluppare un modello interdisciplinare di cure palliative adeguato alla situazione e alle necessità stimate in regione.

Nel corso del 2011/2012 sono state dapprima sviluppate le cure palliative extraospedaliere nell'ambito delle Case delle salute dell'Istria, dove è stato istituito il Dipartimento di cure palliative, mentre l'ICAS ha approvato i finanziamenti per l'équipe (medico e infermiera) assunta presso tale dipartimento.

Siccome per la fornitura di cure palliative complete è necessario un approccio multidisciplinare, oltre a potenziare la collaborazione interdisciplinare (*Strategia nazionale di sviluppo della sanità 2012-2020, GU 116/2012*), verso la fine del 2012 è stato promosso in particolare lo sviluppo anche di altri segmenti delle CP (oltre alle cure palliative mediche extraospedaliere). Le cure palliative sono diventate una delle più recenti priorità regionali e sono soggetto di pianificazione ed elaborazione particolari all'interno del presente POA. Si riporta qui di seguito lo schema di sviluppo dal titolo *Organizzazioni di cure palliative nella Regione Istriana* dell'ottobre 2012 dal quale si evince quanto segue:

- a) l'organizzazione delle cure palliative nella RI e il coordinamento dello sviluppo del progetto si svolgono a livello regionale;
- b) il Centro per le cure palliative della RI – che coordina, collega e amministra il lavoro e la formazione di tutti i fornitori di servizi di cure palliative nonché promuove le cure palliative – è situato presso il Dipartimento di cure palliative delle Case delle salute dell'Istria;
- c) le cure palliative mediche extraospedaliere vengono fornite dall'Équipe mobile per cure palliative con sede presso il Dipartimento di cure palliative delle Case delle salute dell'Istria;
- d) inoltre le CP nella Regione Istriana si stanno sviluppando anche nelle seguenti direzioni: cure palliative ospedaliere, cure palliative sociali, volontariato per le cure palliative, centri per il prestito di ausili, cure palliative spirituali.

Schema di sviluppo *Organizzazioni di cure palliative nella Regione Istriana* (ottobre 2012)

⁶[Le cure palliative nella Regione Istriana

A. IVANČIĆ
CURE MEDICHE EXTRAOSPEDALIERE

L'EMCP DI OGGI
ICAS DR. → dr. Brumini
INF. DIPL. → M. Milani
RI Neurologo, psichiatra, chirurgo, psicologo

⁶ NdT: traduzione del testo dell'immagine.



L'EMCP DI DOMANI
CONSULENZA
DR → MdF
INF. DIPL. → ASS. DOM., ASS. SANIT.

? Soggiorno diurno
? Reparti di cure stazionarie
? Ospizio

CURE PALLIATIVE SOCIALI
VOLONTARIATO PER LE CURE PALLIATIVE
CURE PALLIATIVE SPIRITUALI

CENTRO PER LE CURE PALLIATIVE DELLA RI
M. MILANI

Collegamento e coordinamento del lavoro di tutti i partecipanti concentrandosi sul
paziente

Registro e software

Assicurare una **disponibilità continua** per i pazienti, 24 ore su 24

Promozione delle cure palliative

Formazione

Centri di assistenza sociale
Centro di prestito ausili, visite

S. G. ŽIVOLIĆ + R. KATAČIĆ

RESPONSABILE CLINICA

J. F. MARKOVIĆ

CURE MEDICHE OSPEDALIERE

???

DR., INF. DIPL
+ INF. E CURE

? Personale dedicato



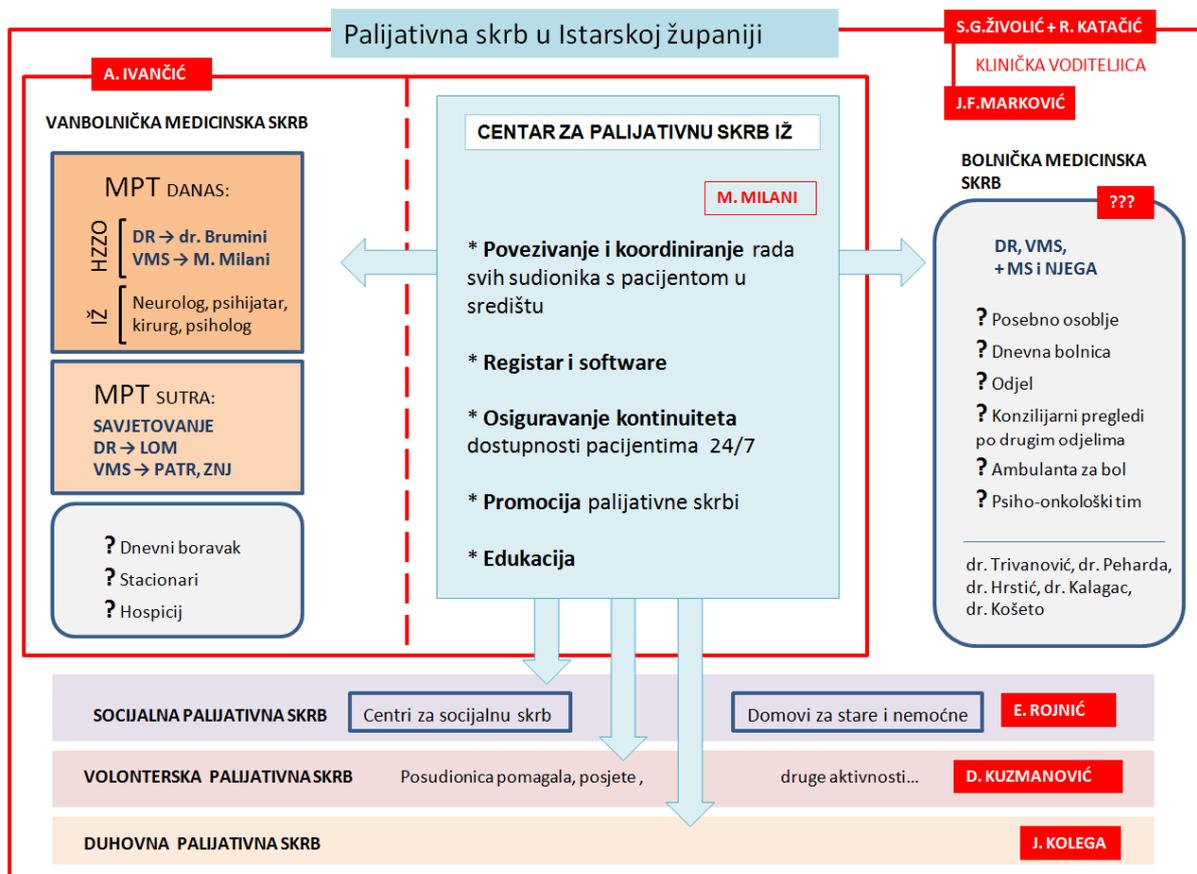
- ? Ospedale diurno
- ? Reparto
- ? Visite di consulenza presso altri reparti
- ? Ambulatorio di terapia del dolore
- ? Équipe psicooncologica

dr. Trivanović, dr. Peharda, dr. Hrstić, dr. Kalagagac, dr. Košeto

Case per persone anziane e non autosufficienti

Altre attività...

- E. ROJNIĆ
- D. KUZMANOVIĆ
- J. KOLEGA



1. ORGANIZZAZIONE DELLE CURE PALLIATIVE E COORDINAMENTO DELLO SVILUPPO DEL PROGETTO A LIVELLO REGIONALE

ISTITUZIONE / PERSONE RESPONSABILI: RI / Sonja Grozić-Živolić, Roberta Katačić, Julijana Franinović-Marković

OBIETTIVI E ATTIVITÀ NEL 2013

OBIETTIVO 1: Coordinare lo sviluppo del progetto delle cure palliative a livello regionale, gestione del progetto	
NP	ATTIVITÀ
1.1	Svolgimento regolare delle riunioni del Gruppo regionale per le CP composto dai responsabili dei diversi settori delle CP, controllo e unificazione del lavoro di tutti gli altri sottogruppi che si occupano di fornitura di CP (gruppo per le cure presso le CSI, per le cure ospedaliere, per il volontariato, le cure sociali, le cure spirituali, ecc.)
1.2	Definizione di un piano di formazione obbligatoria per persone coinvolte nella fornitura di servizi di CP
1.3	Incentivazione dell'ulteriore sviluppo del progetto attraverso la pianificazione dell'impiego e della formazione di medici e infermiere diplomate nel settore delle CP quale base per lo sviluppo di un modello di lavoro dell'EMCP di tipo consultivo (il medico palliativista consiglia il MdF, mentre l'infermiera diplomata palliativista fornisce consigli alle infermiere per l'assistenza domiciliare e a coloro che prestano assistenza sanitaria a domicilio)
1.4	Definizione dei beneficiari di singoli servizi e delle modalità di indirizzamento e richiesta di servizi
1.5	Presentazione tecnica del progetto
1.6	Collaborazione con associazioni professionali: Società croata per le cure palliative, CCM, OCM, CEPAMET, ecc.
1.7	Valutazione della necessità e della possibilità di coinvolgere specialisti di medicina fisica e fisioterapisti nel lavoro dell'EMCP
1.8	Sviluppo delle cure istituzionali extraospedaliere per malati che hanno bisogno di cure palliative (reparti di cure stazionarie/ospizi/centro di soggiorno diurno) – fase preliminare
1.9	Presentazione del progetto all'Assemblea regionale, ottenimento del loro sostegno
1.10	Ideazione di un logo

OBIETTIVO 2: Reperire i finanziamenti per il progetto delle cure palliative nella RI	
NP	ATTIVITÀ

2.1	Assicurare risorse del bilancio regionale per l'attuazione del progetto
2.2	Svolgimento di trattative con l' ICAS e il Ministero della salute sul finanziamento e il riconoscimento delle équipe per le cure palliative e dei posti letto all'interno della Rete
2.3	Fornitura di sostegno in occasione di candidature a bandi UE
2.4	Accordi sui criteri di pagamento di prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria per pazienti che necessitano di cure palliative (oltre lo standard)

2. CENTRO PER LE CURE PALLIATIVE DELLA REGIONE ISTRIANA

ISTITUZIONE / PERSONE RESPONSABILI: CSI – Dipartimento di cure palliative / Ante Ivančić, Diego Brumini

OBIETTIVI E ATTIVITÀ NEL 2013

OBIETTIVO 1: Coordinare e gestire il lavoro di tutti i partecipanti alla fornitura di cure palliative (concentrandosi sul paziente) e collegarli fra loro	
NP	ATTIVITÀ
1.1	Svolgimento regolare di riunioni di coordinamento dei membri dell'Équipe mobile per le cure palliative
1.2	Organizzazione di supporto psicologico ai membri dell'EMCP attraverso un gruppo di lavoro guidato da uno psichiatra
1.3	Funzione di anello di congiungimento fra MdF, famiglie e altre persone che „segnalano“ il paziente bisognoso di cure palliative all'EMCP
1.4	Ideazione di un metodo di coordinamento del lavoro e della collaborazione dell'EMCP con il servizio per l'assistenza domiciliare e le cure sanitarie (fino al termine della formazione di un'infermiera diplomata che avrà il compito di fornire loro consulenza)
1.5	Allacciamento di contatti fra utenti e centri per il prestito di ausili
1.6	Gestione del registro dei pazienti che ricevono cure palliative
1.7	Incentivazione dell' uso uniformato di servizi palliativi in tutte le zone della RI (monitoraggio basato sui dati del registro)
1.8	Valutazione dell'impiego di un addetto amministrativo per il Centro
1.9	Preparazione della documentazione necessaria per il lavoro, del protocollo per le attività con i malati e i <i>caregiver</i> (formulari relativi a visite, questionari, consenso informato del malato)

OBIETTIVO 2: Promozione del progetto (fra esperti e il pubblico)	
NP	ATTIVITÀ

2.1	Incentivazione dei MdF a partecipare alle cure palliative (visite a domicilio) e a usufruire dei servizi dell'EMCP attraverso visite alle Sezioni delle CSI
2.2	Promozione mediatica per i cittadini (conferenze, articoli di giornale, trasmissioni MT e radio)
2.3	Creazione di un sito web per il pubblico
2.4	Celebrazione della giornata delle cure palliative
2.5	Preparazione di una guida per malati e familiari- <i>caregiver</i> ; stampa, distribuzione

OBIETTIVO 3: Coordinare e attuare il piano di formazione	
NP	ATTIVITÀ
3.1	Formazione dei responsabili del Gruppo riferendosi alle conclusioni del Gruppo regionale per le CP (1 DOTT, 1 INF)
3.2	Formazione di altre persone coinvolte nella fornitura di CP riferendosi alle conclusioni del Gruppo regionale per le CP (corsi post laurea o corsi per volontari)

3. ÉQUIPE MOBILE PER LE CURE PALLIATIVE

ISTITUZIONE / PERSONE RESPONSABILI: CSI – Dipartimento di cure palliative / Ante Ivančić, Diego Brumini

OBIETTIVI E ATTIVITÀ NEL 2013

OBIETTIVO 1: Assicurare l'accesso ai servizi domiciliari dell'équipe mobile per le cure palliative ai pazienti che ricevono cure palliative a domicilio e alle loro famiglie in tutta la Regione Istriana (in collaborazione con i MdF, il servizio per l'assistenza domiciliare e il servizio di cure sanitarie a domicilio)	
NP	ATTIVITÀ
1.1	Assicurare ai pazienti che ricevono cure palliative a domicilio le visite domiciliari dei medici specialisti – membri dell'EMCP
1.2	Assicurare ai pazienti che ricevono cure palliative a domicilio gli interventi medici e le operazioni che possono essere effettuati in casa (terapia intravenosa, intramuscolare o subcutanea; sostituzione/inserimento di catetere urinario; puntura addominale; puntura pleurica; puntura citologica/biopsia; inserimento di sonda nasogastrica; medicazione; necrectomia; misurazione della concentrazione di O ₂ ; aspirazione delle vie respiratorie; incisioni; ecografia, ecc.)
1.3	Assicurare ai pazienti che ricevono cure palliative a domicilio e ai loro familiari di usufruire degli interventi psicologici e psicoterapeutici indicati (psicoterapia, psicoterapia supportiva, psicoterapia focale, TTC problem solving, periodo di lutto, ecc.)
1.4	Assicurare ai pazienti che ricevono cure palliative a domicilio e ai loro familiari consultazioni e



	consulenze telefoniche
1.5	Consentire ai pazienti che ricevono cure palliative a domicilio un accesso facilitato a singoli interventi diagnostico-terapeutici presso istituti sanitari (p. es. radioterapia palliativa presso il CCO di Fiume)
1.6	Valutazione del lavoro dell'EMCP

OBIETTIVO 2: Assicurare sostegno consultivo ai pazienti che ricevono cure palliative e alle loro famiglie in tutta la Regione Istriana attraverso il lavoro dei consultori	
NP	ATTIVITÀ
2.1	Oncologo in servizio presso il consultorio di Parenzo
2.2	Oncologo in servizio presso il consultorio di Umago
2.3	Oncologo in servizio presso il consultorio di Pisino
2.4	Psicologo in servizio presso il consultorio di Albona
2.5	Apertura di consultori in altre località (Rovigno in fase di trattativa) con altri specialisti

OBIETTIVO 3: Fornire sostegno professionale alle attività con pazienti che ricevono cure palliative e sono ricoverati presso istituti extraospedalieri per le cure stazionarie	
NP	ATTIVITÀ
3.1	Fornitura di sostegno professionale alle attività con pazienti che ricevono cure palliative e sono ricoverati presso istituti extraospedalieri per le cure stazionarie

OBIETTIVO 4: Assicurare sostegno consultivo agli operatori sanitari della TSP che forniscono cure palliative a pazienti curati a domicilio	
NP	ATTIVITÀ
4.1	Assicurare sostegno consultivo agli operatori sanitari della TSP che forniscono cure palliative a pazienti curati a domicilio (MdF, servizio per le cure palliative, servizio di cure sanitarie a domicilio)

4. CURE PALLIATIVE OSPEDALIERE

ISTITUZIONE / PERSONE RESPONSABILI: OG di Pola / Dragan Trivanović, Tomislav Peharda

OBIETTIVI E ATTIVITÀ NEL 2013



OBIETTIVO 1: Assicurare la fornitura dei servizi dell'équipe psicooncologica	
NP	ATTIVITÀ
1.1	Lavoro dell'équipe psicooncologica; coordinamento del lavoro concentrato sul paziente
1.2	Formazione di gruppo e sostegno psicologico alle infermiere di base e diplomate nonché ai medici che forniscono cure palliative ai pazienti
1.3	Sostegno psicologico e psichiatrico per pazienti nella fase acuta della malattia e durante la convalescenza come pure alle loro famiglie (consulenza psicooncologica di gruppo, consulenza per situazioni specifiche, informazione di pazienti oncologici e delle loro famiglie) – partecipazione della Lega per la lotta contro il cancro di Pola

OBIETTIVO 2: Integrare il lavoro dell'Ambulatorio di terapia del dolore dell'OG di Pola con le altre componenti del progetto per le CP	
NP	ATTIVITÀ
2.1	Integrazione del lavoro dell' Ambulatorio di terapia del dolore dell'OG di Pola con le altre componenti del progetto per le CP

OBIETTIVO 3: Effettuare le attività preliminari all'apertura del Dipartimento di cure palliative in fase acuta all'interno dell'OG di Pola	
NP	ATTIVITÀ
3.1	Attività preliminari e opportune trattative finalizzate all'istituzione del Dipartimento di cure palliative in fase acuta all'interno dell'OG di Pola (ala orientale del reparto malattie infettive?) – infrastruttura e personale
3.2	Predisposizione di linee guida e dei criteri di accettazione pazienti presso il Dipartimento di cure palliative in fase acuta

5. CURE PALLIATIVE SOCIALI

ISTITUZIONE / PERSONE RESPONSABILI: Egle Rojnić, Sandra Čakić-Kuhar

OBIETTIVI E ATTIVITÀ NEL 2013

OBIETTIVO 1: Ideare le cure palliative sociali nella RI e la sua integrazione nelle altre componenti delle CP nella RI	
NP	ATTIVITÀ



1.1	Formazione di un gruppo di lavoro che si occuperà di cure palliative sociali nella RI
1.2	Definizione di un modello di lavoro del servizio di assistenza sociale nella fornitura di CP adeguato alle circostanze locali
1.3	Formazione dei membri del gruppo
1.4	Descrizione dei servizi e dei metodi di integrazione delle CP sociali nelle altre componenti delle CP
1.5	Predisposizione di un riepilogo dei diritti dei pazienti in materia di cure palliative ai sensi della nuova legge sull'assistenza sociale

OBIETTIVO 2: Assicurare una disponibilità continua dei consigli delle infermiere ai malati che ricevono cure palliative (24 ore su 24) attraverso il progetto *Pronto, non sei solo!*

NP	ATTIVITÀ
2.1	Definizione delle modalità di collaborazione delle inf. coinvolte nel progetto <i>Pronto, non sei solo</i> con il Centro per le CP
2.2	Formazione delle infermiere

OBIETTIVO 3: Trovare soluzioni residenziali (temporanee o permanenti) presso istituti sociali per pazienti che ricevono cure palliative

NP	ATTIVITÀ
3.1	Attività preliminari per trovare una sede e aprire un dipartimento di cure palliative per malati cronici nell'ambito di un istituto del sistema di assistenza sociale (con possibilità di avere reparti per cure stazionarie presso gli istituti sanitari)
3.2	Esaminare la possibilità di sistemazione temporanea (casa transitoria) di pazienti che ricevono cure palliative presso istituti sociali (fino a quando non si trovi una soluzione a lungo termine) – decisione a livello di Assemblea della RI sulla sistemazione prioritaria in base a criteri rigorosi

6. VOLONTARIATO PER LE CURE PALLIATIVE

ISTITUZIONE / PERSONA RESPONSABILE: Danica Kuzmanović

OBIETTIVI E ATTIVITÀ NEL 2013

OBIETTIVO 1: Coordinamento del volontariato a diversi livelli di fornitura di CP e attuazione delle attività

NP	ATTIVITÀ
----	----------



1.1	Coordinamento e controllo del volontariato – impegno professionale dei coordinatori, abbinamento di volontario e paziente a seconda dell'affinità
1.2	Visite di volontari presso la case private dei pazienti e le case di riposo (un'ora alla settimana con l'assistito – passeggiate, conversazione, socializzazione, acquisto di generi alimentari e medicinali, sostituzione di <i>caregiver</i> , preparazione di pasti, insegnamento di nozioni fondamentali di cucina ai familiari)
1.3	Sostegno psicologico ai volontari
1.4	Accordi sulla possibilità di ingresso dei volontari nell'OG di Pola e nei reparti di cure stazionarie
1.5	Diffusione del volontariato per le CP attraverso il VCIŽ
1.6	Visibilità del volontariato (realizzazione di distintivi speciali con la foto di ogni volontario)

OBIETTIVO 2: Formazione di volontari	
NP	ATTIVITÀ
2.1	Formazione di nuovi volontari per mezzo di un corso di base
2.2	Acquisto e distribuzione di un brochure informativa della <i>Società croata di amici degli ospizi</i> a tutti i volontari coinvolti nelle CP

7. RETE DI CENTRI DI PRESTITO DI AUSILI PER LE CURE PALLIATIVE

ISTITUZIONE / PERSONA RESPONSABILE: Irena Grahovac

OBIETTIVI E ATTIVITÀ NEL 2013

OBIETTIVO 1: Organizzare e coordinare il funzionamento dei centri di prestito in tutta la RI	
NP	ATTIVITÀ
1.1	Coordinamento del funzionamento dei centri di prestito in tutta l'Istria (gestione delle liste degli ausili e dei fornitori di servizi presenti in tutta la RI e raggruppati in base alla località, registrazione di necessità di reperimento di nuovi ausili e ampliamento dei servizi, indirizzamento di pazienti e famiglie) in collaborazione con il Centro per le CP
1.2	Definizione delle modalità di cofinanziamento dell'utilizzo dell'ausilio da parte degli utenti finali
1.3	Aperture di nuovi centri di prestito – ampliamento della rete in altre farmacie e associazioni
1.4	Fornitura di sostegno psicologico ai <i>caregiver</i> e ai familiari nel contesto del prestito (prima e dopo la

105



morte del paziente)

8. CURE PALLIATIVE SPIRITUALI

ISTITUZIONE / PERSONA RESPONSABILE: Josip Kolega

OBIETTIVI E ATTIVITÀ NEL 2013

OBIETTIVO 1: Ideare le cure palliative spirituali nella RI e la loro integrazione nelle altre componenti delle CP nella RI	
NP	ATTIVITÀ
1.1	Definizione di un modello di lavoro del servizio di CP spirituali adeguato alle circostanze locali
1.2	Formazione dei fornitori del servizio di CP spirituali
1.3	Descrizione dei servizi e dei metodi di integrazione con gli altri soggetti delle CP

9. BILANCIO

CURE PALLIATIVE	TITOLARI	Piano per il 2013
1. Sviluppo di un progetto multidisciplinare per le cure palliative nella RI – organizzazione e coordinamento, Centro per le cure palliative della RI, lavoro dell'Équipe mobile per le cure palliative, cure palliative ospedaliere, cure palliative sociali, rete di centri di prestito di ausili, volontariato per le cure palliative, cure palliative spirituali (le attività sono state elaborate dettagliatamente in uno speciale Piano di sviluppo delle CP nella RI)	Assessorato alla sanità e la previdenza sociale della RI	724.000,00
2. Consulenza psicologica e miglioramento della salute mentale dei pazienti che ricevono cure palliative e delle loro famiglie (Progetti: Consulenza psicologica per malati oncologici; Miglioramento della salute mentale di persone con malattie maligne e delle loro famiglie)	Lega per la lotta contro il cancro, Pola	36.000,00
3. Ospizio – assistenza domiciliare	Casa per persone anziane e non autosufficienti	40.000,00



	Parenzo	
TOTALE (1 + 2 + 3)		800.000,00

Risorse finanziarie previste complessivamente per questa area prioritaria:
800.000,00 kn

Voci nel Bilancio della RI per il 2013: **581**

11. AREA PRIORITARIA: TUTELA DELL'ARIA

I. Introduzione

Quadro del problema

L'aria è un bene pubblico che fa parte dell'ambiente e ha un'importanza particolare nella RC. Lo possiamo evincere dalla buona cornice legislativa e dalla solida infrastruttura create sia per monitorare la qualità dell'aria (immissioni) che passa attraverso la rete statale, locale e la rete per misurazioni speciali, sia per monitorare il rilascio di sostanze nocive nell'atmosfera da parte di fonti di inquinamento stazionarie e diffuse (emissioni).

Al giorno d'oggi il quadro giuridico in materia di tutela e miglioramento della qualità dell'aria nel territorio della RC è costituito dalla Legge sulla tutela dell'aria (GU n. 130/11) (qui di seguito denominata: Legge) e gli atti attuativi subordinati alla legge che disciplinano le condizioni di recepimento della Direttiva CAFE (Clean Air For Europe) (2008/2008/50/CE) adottata dalla Commissione UE il 21 maggio 2008.

Per armonizzare la legislazione nazionale con l'acquis communautaire dell'UE nel maggio 2008 il Governo della RC ha adottato il Piano di tutela e miglioramento della qualità dell'aria nella Repubblica di Croazia per il periodo 2008-2011 (GU 61/2008) e nel giugno 2008 ha adottato il Regolamento sulla classificazione di aree e territori abitati in base alle categorie di qualità dell'aria (GU 68/2008). Con la ratifica di tutta una serie di trattati internazionali che disciplinano l'ambito della tutela dell'aria si è concluso completamente in processo di recepimento dell'acquis communautaire nella legislazione croata in materia di gestione della qualità dell'aria.



Il sistema di monitoraggio della qualità dell'aria nella RC

Il monitoraggio e la gestione della qualità dell'aria nel territorio della RC si svolge su due livelli: quello statale e quello locale. Le competenze e le responsabilità degli organi dell'amministrazione statale, delle unità dell'autogoverno locale, dell'Agenzia per la tutela dell'ambiente (qui di seguito denominata: ATA) e delle persone giuridiche che effettuano le misurazioni sono definite chiaramente dalla Legge e dalle norme attuative adottate in base a tale Legge.

La rete statale

Nel 2004 il Ministero per la tutela dell'ambiente e della natura (qui di seguito denominato: MTAEN) ha avviato le attività di instaurazione di una rete statale di monitoraggio della qualità dell'aria al fine di monitorare l'inquinamento di fondo, il trasporto regionale e transfrontaliero a lunga distanza e le misurazioni previste dagli impegni internazionali contratti dallo Stato, le misurazioni dell'inquinamento atmosferico nelle aree con retaggio culturale e naturale e le misurazioni dell'inquinamento atmosferico nei centri abitati e nelle zone industriali.

A livello statale la rete di stazioni per il monitoraggio della qualità dell'aria (rete statale) è stata determinata dal Governo della RC, su proposta del MTAEN, per mezzo della norma attuativa denominata Regolamento sulla determinazione dei siti delle stazioni della rete per il monitoraggio permanente della qualità dell'aria (GU 4/02). Il programma di misurazione della qualità dell'aria nella rete statale per il monitoraggio della qualità dell'aria, la frequenza delle misurazioni e i periodi di misurazione sono stati definiti dal ministro competente in materia di tutela ambientale per mezzo di una norma attuativa, il Programma di misurazione della qualità dell'aria nella rete statale per il monitoraggio della qualità dell'aria GU 43/02). Il MTAEN è garante delle condizioni per l'attuazione del Programma di misurazione nella rete statale e sorveglia le operazioni di monitoraggio della qualità dell'aria nelle stazioni della rete statale.

I criteri di selezione dei siti per le stazioni della rete statale sono stati armonizzati con quelli applicati nella selezione dei siti a livello microregionale in armonia con le direttive dell'UE. In base alle norme croate e alle direttive è stata definita anche una rete di monitoraggio del PM 2,5 nella Repubblica di Croazia che avrà i requisiti necessari per il monitoraggio di questo parametro.

Il sistema di monitoraggio della qualità dell'aria nella Regione Istriana attraverso la rete statale

Il sistema della rete statale è in fase di sviluppo, pertanto attualmente, su 22 stazioni di misurazione automatica previste, ne sono in funzione 8, situate in centri abitati e zone industriali.

L'instaurazione di una rete completa di stazioni per il monitoraggio dell'inquinamento di fondo (rurale) e l'inquinamento regionale e transfrontaliero (7) e le misurazioni della qualità dell'aria nelle aree con retaggio culturale e naturale (5) si svolgono nel quadro dell'attuazione di un progetto Phare.



La rete statale per il monitoraggio della qualità dell'aria nel territorio della Regione Istriana è ancora inesistente, tuttavia nel 2006 il MTAEN aveva annunciato la costruzione di nove nuovi stazioni di misurazione della rete statale per il monitoraggio permanente della qualità dell'aria e nella Regione Istriana è stato scelto il sito di Tizzano. La stazione di misurazione monitorerà l'inquinamento atmosferico di fondo e verrà inserita nel sistema CEM (**C**ontinuous **E**mission **M**onitoring), mentre i dati raccolti dalla stazione saranno consultabili regolarmente sul sito web del MTAEN e dell'ATA.

Il sistema CEM ha il compito di misurare e monitorare continuamente i dati sulle emissioni di sostanze inquinanti nell'atmosfera presso 10 imprese nel territorio della Repubblica di Croazia. Il sistema CEM per il monitoraggio delle emissioni nel territorio della RI è stato installato per le imprese **HEP proizvodnja d.o.o.**, ovvero per le caldaie a vapore dell'impianto della CT di Fianona 1 e 2, **Holcim (Hrvatska) d.o.o.** per il forno rotante della fabbrica di cemento di Valmazzinghi, **Istra cement d.o.o.** di Pula e su tre scarichi della fabbrica di lana di roccia dell'impresa **Rockwool Adriatic d.o.o.** a Sottopedena. I rilevamenti orari e quotidiani sulla qualità dell'aria nella rete statale sono consultabili dal pubblico al sito Internet del MTAEN, mentre la relazione annuale sul monitoraggio della qualità dell'aria nella rete statale viene trasmessa all'Agenzia per la tutela dell'ambiente.

In base alla Legge sulla tutela dell'aria L'istituto idrometeorologico statale effettua le seguenti operazioni di monitoraggio della qualità dell'aria nelle stazioni della rete statale: raccolta dati, convalida di dati sulle verifiche della qualità delle misurazioni e dei dati, elaborazione e rappresentazione dei risultati, immissione dei dati nel sistema informatico per la tutela dell'aria, manutenzione e revisione di stazioni e attrezzature e costruzione di nuove stazioni della rete statale.

La rete locale

Le reti locali per il monitoraggio della qualità dell'aria nella Repubblica di Croazia vantano una distribuzione territoriale e una lunga tradizione di misurazione dei principali agenti inquinanti: SO₂, fumi, materiale depositato complessivo e del contenuto metallico nel materiale depositato (dal 1964). Come in altri paesi dell'Europa, queste misurazioni sono state introdotte su iniziativa dell'Organizzazione mondiale della sanità verso l'inizio degli anni Sessanta. Così sono stati istituiti i dipartimenti per l'igiene dell'ambiente presso le unità dell'Istituto di sanità pubblica per analizzare i campioni e misurare la qualità dell'aria al fine di monitorare e tutelare la salute umana. Parallelamente, nel quadro del servizio meteorologico, sono stati istituiti dipartimenti e laboratori per il monitoraggio della qualità dell'aria e delle precipitazioni negli ambienti rurali al fine di monitorare le condizioni e gli effetti prodotti dall'inquinamento atmosferico.



Prendendo in considerazione il tipo di agenti inquinanti monitorati nelle reti locali si può dire che oggi in Croazia, oltre che nella Città di Zagabria, le reti locali più sviluppate si trovano nella Regione Litoraneo-Montana e nella Regione Istriana.

Le misurazioni della qualità dell'aria nelle reti locali vengono effettuate in base ai programmi di regioni e città, mentre le risorse necessarie vengono assicurate nei bilanci delle regioni, della Città di Zagabria e delle città. Le risorse per misurazioni speciali effettuate nelle reti locali vengono messe a disposizione dai soggetti inquinanti.

Il monitoraggio della qualità dell'aria per scopi speciali viene effettuato nei dintorni delle fonti di inquinamento atmosferico in base a una delibera sulla valutazione di impatto ambientale e/o ai requisiti unificati di tutela ambientale per interventi soggetti alla valutazione di impatto ambientale ovvero soggetti alla determinazione obbligatoria dei requisiti unificati di tutela ambientale. Le misurazioni per scopi speciali vengono effettuate e finanziate dal soggetto inquinante. Tali misurazioni sono parte integrante del programma di misurazione della rete locale per il monitoraggio della qualità dell'aria.

Le regioni, la Città di Zagabria, la città e i comuni effettuano valutazioni del livello di inquinamento atmosferico nel proprio territorio e, in base al livello di inquinamento atmosferico stimato, instaurano una rete locale per il monitoraggio permanente della qualità dell'aria nel proprio territorio se i livelli di inquinamento superano i valori limite (VS) previsti nel Regolamento sui valori limite di agenti inquinanti atmosferici (GU 133/05) e nel Regolamento sull'ozono atmosferico (GU 133/05), rispettando in particolare le caratteristiche locali e regionali.

Gli assessorati regionali e comunali ovvero l'organo amministrativo della Città di Zagabria competenti in materia di tutela dell'ambiente coordinano tutte le attività della rete locale.

I dati annuali sulla qualità dell'aria si trasmettono agli assessorati competenti in materia di tutela dell'ambiente presso le regioni e la Città di Zagabria.

I dati sulla qualità dell'aria rilevati nella rete locale sono pubblici e vengono pubblicati una volta all'anno nel bollettino ufficiale o sul sito Internet delle unità dell'autogoverno locale e territoriale (regionale) nella misura e nella forma che ne garantiscano la comprensibilità per un ampio pubblico.

Sistema di monitoraggio della qualità dell'aria nella Regione Istriana

La Regione Istriana è una delle regioni della RC con la traduzione più lunga per quanto riguarda il monitoraggio sistematico della qualità dell'aria. I rilevamenti sono iniziati nel 1982 sul territorio del centro urbano più grande, la Città di Pola, e successivamente le stazioni di misurazione sono state installate in altre zone, soprattutto in località con emissioni da impianti industriali che hanno comportato una modifica al numero di stazioni di misurazione e al tipo di indicatori di inquinamento.

110



Il monitoraggio dell'inquinamento atmosferico nella Regione Istriana è stato effettuato in maniera continua sino ad oggi per mezzo di stazioni classiche e automatiche.

Nel 1997 è stata installata la prima stazione automatica nel territorio della Regione Istriana e della Repubblica di Croazia. L'installazione è stata effettuata dalla Città di Pola nell'ambito di un programma di risanamento del sito di Fisella (codice della stazione: PU 14). Purtroppo proprio la stazione di misurazione automatica di Pola è stata messa fuori servizio a causa della mancanza di risorse per la manutenzione.

Dal 2009 la rete regionale ha accolto anche le stazioni automatiche intorno alla CT di Fianona (codici delle stazioni: TE 01, TE 02, TE 03, TE 04) e quella dell'abitato di Valmazzinghi (codice della stazione: KO 02) nel territorio del Comune di Arsia.

Per monitorare la qualità dell'aria intorno alla fabbrica di lana di roccia di Sottopedena, nel 2009 è stata instaurata una rete locale di monitoraggio della qualità dell'aria della fabbrica Rockwool Adriatic d.o.o. costituita da due stazioni automatiche (codici delle stazioni: LIS001-001 e LIS001-002) e tre stazioni con comandi manuali (codici delle stazioni: POT01, POT02 e POT03) ubicate all'interno della zona di potenziale impatto della fabbrica.

Il numero complessivo di stazioni di misurazione all'interno delle reti di misurazione di undici unità dell'autogoverno locale oggi ammonta a 51, di cui 27 sono stazioni di misurazione della rete locale (14 stazioni di misurazione con comandi automatici e 8 stazioni di misurazione automatiche), mentre le stazioni di misurazione con comandi automatici usate per scopi speciali sono 24.

Nella scelta dei siti per l'installazione delle stazioni classiche e automatiche si è cercato di collocarle nelle vicinanze di maggiori soggetti inquinanti e nelle aree di maggiore densità demografica.

L'installazione delle stazioni di misurazione per il monitoraggio dell'impatto della CT di Fianona e della fabbrica di lana di roccia Rockwool Adriatic d.o.o. è risultata dall'obbligo definito negli Studi di impatto ambientale relativi tali soggetti, mentre le stazioni di misurazione automatiche per il monitoraggio dell'impatto della fabbrica di cemento dell'impresa Holcim Hrvatska d.o.o. a Valmazzinghi sono state installate in virtù della buona volontà del soggetto inquinante che ha voluto offrire alla comunità locale un sistema soddisfacente di monitoraggio del loro impatto sulla qualità dell'aria nei pressi della fabbrica.

La figura 1 è una rappresentazione completa delle stazioni di misurazione della Regione Istriana e delle relative caratteristiche con l'indicazione degli agenti inquinanti monitorati presso le singole stazioni, il tipo di stazione, l'ora di campionatura come pure la frequenza di integrazione dei dati per ogni singola stazione.



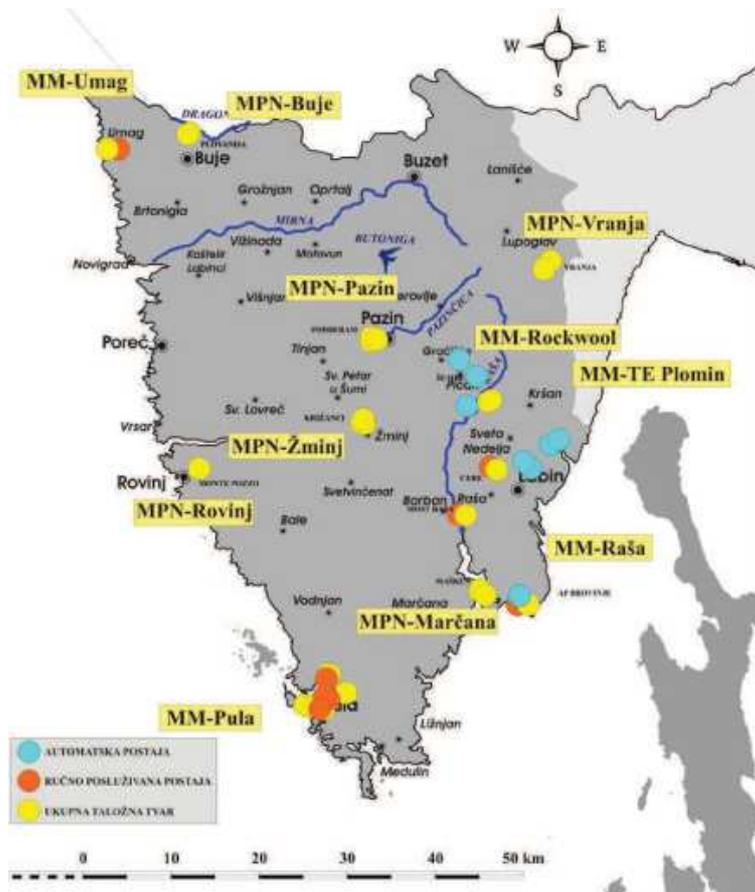


Figura 1: Rappresentazione completa delle stazioni di misurazione della Regione Istriana
 7[Stazione automatica
 Stazione con comandi manuali
 Materiale depositato complessivo]

Valutazione della qualità dell'aria ambiente

Per la gestione della qualità dell'aria è necessario attuare programmi di monitoraggio e confrontare i valori misurati con quelli impiegati per la valutazione della qualità dell'aria. Al fine di valutare i livelli di agenti inquinanti presenti nell'aria il Regolamento sui valori limite di agenti inquinanti atmosferici (GU 133/05) stabilisce valori limite (VL) e margini di tolleranza (MT) per gli agenti inquinanti presenti nell'aria, che rappresentano la base per la valutazione della qualità dell'aria e la relativa categorizzazione.

⁷ NdT: traduzione del testo dell'immagine.

VL e MT non devono essere interpretati come valori entro i quali è consentito inquinare l'aria. Infatti la Legge sulla tutela dall'aria definisce le seguenti categorie di qualità dell'aria in base ai livelli di inquinamento e prendendo in considerazione i valori limite (VL), i valori obiettivo e i valori a lungo termine per l'ozono previsti dalla legge:

- **prima categoria di qualità dell'aria** - aria pulita o poco inquinata; i valori limite (VL) e i valori a lungo termine per l'ozono non sono stati superati;
- **seconda categoria di qualità dell'aria** – aria moderatamente inquinata; i valori limite (VL) e i valori a lungo termine per l'ozono sono stati superati, ma non sono stati superati i margini di tolleranza e i valori obiettivo per l'ozono.

Le relazioni annuali sulla qualità dell'aria, stabilite in base alle misurazioni della rete locale della Regione Istriana, vengono redatte dall'Istituto di sanità pubblica della Regione Istriana, che le trasmette alla Sezione alla tutela della natura e dell'ambiente della Regione Istriana presso l' Assessorato allo sviluppo sostenibile quale organo competente. La stessa relazione viene trasmessa dalla Sezione all'ATA entro il 30 aprile dell'anno corrente per l'anno precedente. Dopo l'adozione della relazione da parte dell'organo esecutivo della Regione, la stessa viene pubblicata sul sito Internet ufficiale della Regione.

L'Agenzia per la tutela dell'ambiente, ai sensi della Legge sulla tutela dell'ambiente, della Legge sulla tutela dell'aria con relative norme attuative, è preposta all'instaurazione, la gestione e la manutenzione della banca dati contenente i dati sulla qualità dell'aria rilevati nella rete statale e locale e i dati sui risultati delle misurazioni di emissioni di agenti inquinanti atmosferici. In base alle relazioni annuali sulla misurazione della qualità dell'aria nella rete statale e in quelle locali l'ATA redige la Relazione annuale sulla qualità dell'aria nella Repubblica di Croazia e la pubblica sul suo sito Internet (www.azo.hr).

Risultati del monitoraggio della qualità dell'aria nella Regione Istriana nel periodo dal 2008 al 2011

Nel periodo dal 2008 al 2011 nel territorio della RI è stata rilevata prevalentemente la **prima categoria di qualità dell'aria** ovvero aria pulita o poco inquinata per la maggior parte dei parametri monitorati.

Tuttavia i risultati dei monitoraggi delle immissioni attraverso le stazioni di misurazione della rete locale nel suddetto periodo confermano una notevole pressione dell'industria sulla parte orientale della Regione Istriana poiché tutte le valutazioni annuali di seconda categoria di qualità dell'aria per i parametri monitorati sono state rilevate nelle stazioni di misurazione presenti in tale area. La figura 2 rappresenta i siti nel territorio della RI in cui è stata rilevata la seconda categoria di qualità dell'aria per singoli indicatori.



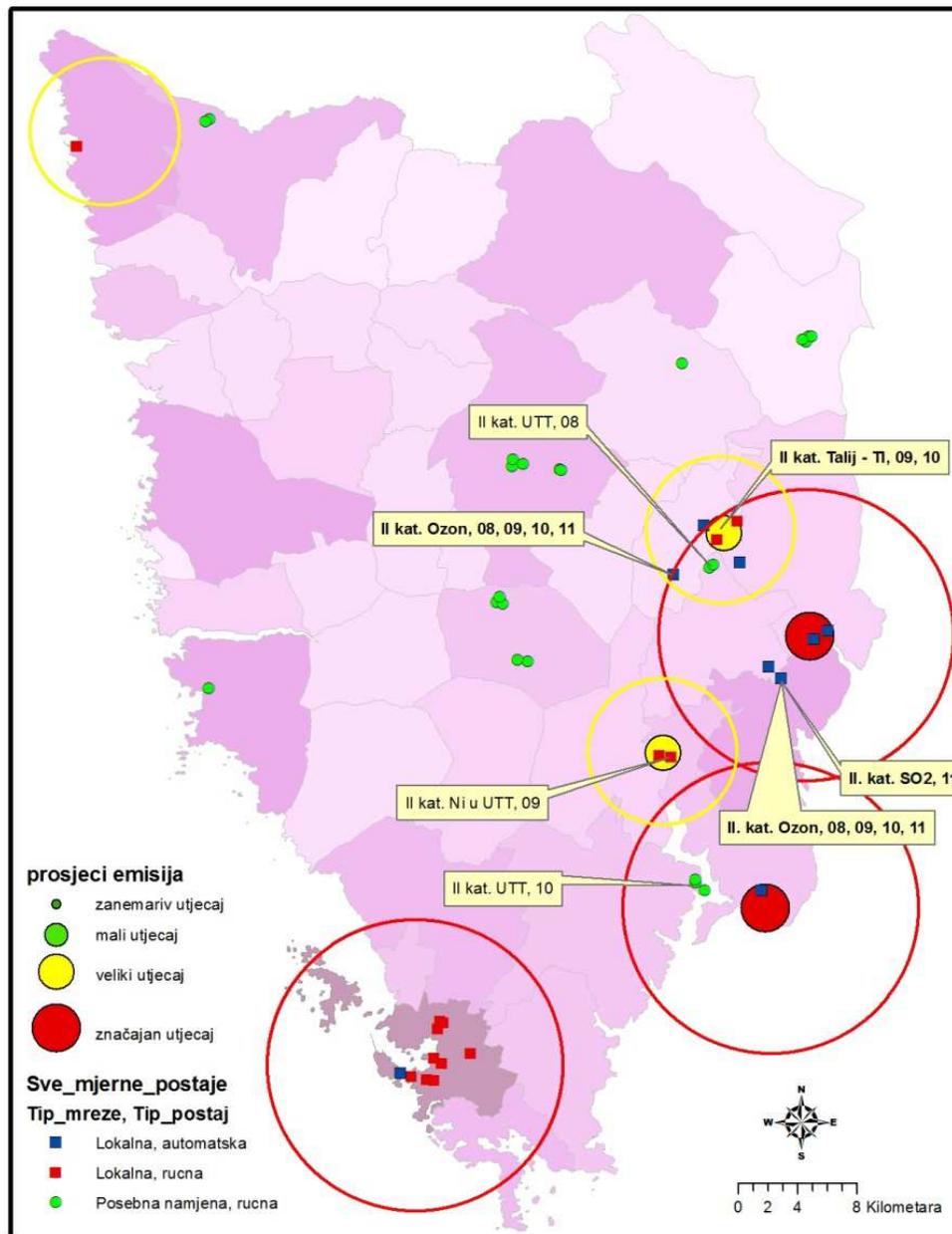


Figura 2. Siti delle stazioni di misurazione in cui è stata rilevata la seconda categoria di qualità dell'aria nel periodo 2008–2011⁸

[Il cat. MDC, 08

Il cat. tallio - TI, 09, 10

⁸ NdT: traduzione del testo dell'immagine.

Il cat. ozono, 08, 09, 10, 11
Il cat. SO₂, 11
Il cat. Ni in MDC, 09
Il cat. ozono, 08, 09, 10, 11
Il cat. MDC, 10

Emissioni medie
Impatto trascurabile
Impatto piccolo
Impatto grande
Impatto significativo

Tutte le stazioni di misurazione
Tipo di rete, tipo di stazione
Locale, automatica
Locale, manuale
Per scopi speciali, manuale

chilometri]

Nelle figure 2, 3 e 4 l'importanza dell'impatto degli impianti industriali è stata raffigurata in base ai risultati delle misurazioni delle emissioni di agenti inquinanti atmosferici nel periodo monitorato, mentre le diverse sfumature di viola delle unità dell'autogoverno locale indicano il numero di abitanti in un determinato territorio.

I singoli risultati delle misurazioni delle immissioni indicano anche l'impatto incisivo del traffico sulla qualità dell'aria nelle zone urbane nelle quali sono state registrate le concentrazioni massime di ossidi di zolfo e azoto nonché di fumi, motivo per il quale anche la zona circostante la Città di Pola è stata classificata come zona di importante alterazione della qualità dell'aria. Tuttavia nei periodi di relazione dal 2008 al 2011, su base annuale, la qualità dell'aria in base a tali parametri è sempre stata valutata di prima categoria.

Concentrazioni di ozono superiori alla norma sono state rilevate sin dall'inizio del monitoraggio di tale parametro nell'ambito della rete di misurazione della CT di Fianona. Siccome lo stesso problema si riscontra nell'intera area mediterranea, si suppone che esso sia significativamente influenzato dall'insolazione, dal trasporto a lunga distanza e dai precursori dell'ozono.

Il monitoraggio dell'ozono nella Regione Istriana viene effettuato solo all'interno della rete di misurazione della CT di Fianona ma si suppone che, se questo parametro fosse oggetto di monitoraggio presso altri siti, verrebbero altresì rilevati valori superiori di ozono.

In relazione a quanto esposto, nella Relazione sulle condizioni del territorio (GU 114/10, 141/10) per il periodo 2007-2010 per la Regione Istriana, nella sezione riguardante le zone e



i siti a rischio per emissioni atmosferiche, è stata individuata un'area di 113 ha (4 x 3 km di raggio) a rischio per la qualità dell'aria nella zona dell'Albonese (Figura 3) e un'area di 21 ha ovvero di 2,5 km di raggio corrispondente alla parte centrale del territorio amministrativo della Città di Pola (Figura 4).

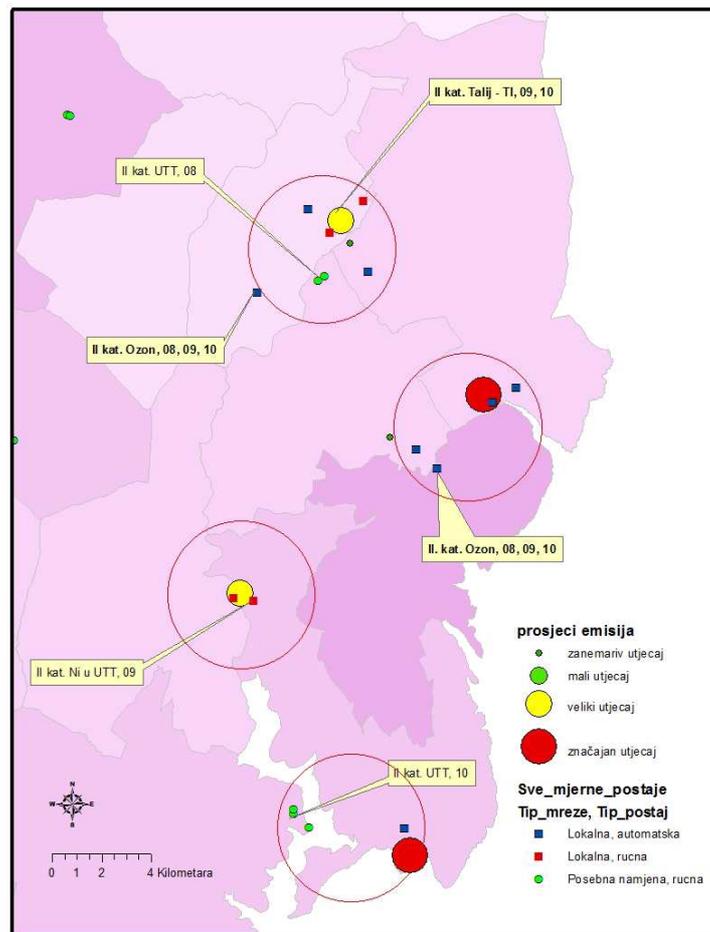


Figura 3 – Area di 113 ha (4 x 3 km di raggio) a rischio per la qualità dell'aria nella zona dell'Albonese

⁹Il cat. tallio - TI, 09, 10
 Il cat. MDC, 08
 Il cat. ozono, 08, 09, 10

⁹ NdT: traduzione del testo dell'immagine.



Il cat. ozono, 08, 09, 10

Il cat. Ni in MDC, 09

Il cat. MDC, 10

Emissioni medie

Impatto trascurabile

Impatto piccolo

Impatto grande

Impatto significativo

Tutte le stazioni di misurazione

Tipo di rete, tipo di stazione

Locale, automatica

Locale, manuale

Per scopi speciali, manuale

chilometri]



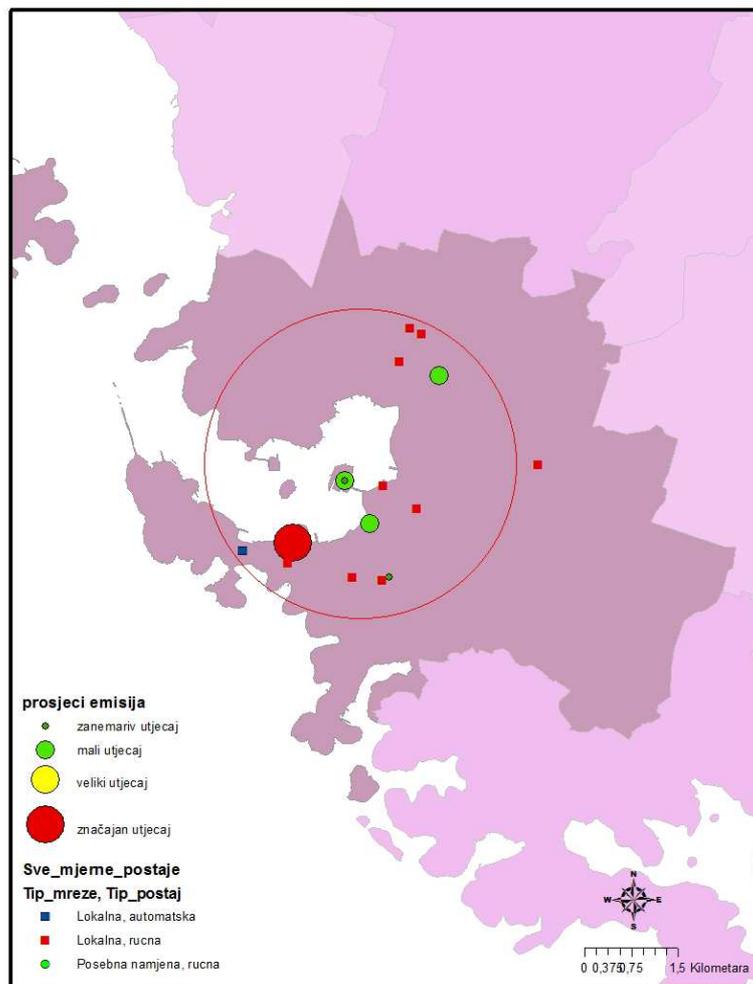


Figura 4 - Area di 21 ha con 2,5 km di raggio corrispondente alla parte centrale del territorio amministrativo della Città di Pola

Informazione del pubblico

In armonia con le norme sull'informazione del pubblico e delle parti interessate come pure della Legge sulla tutela dell'aria, i risultati delle misurazioni effettuate nella rete locale vengono pubblicate sul sito web ufficiale della RI sotto forma di relazioni annuali che comprendono i rilevamenti delle stazioni di misurazione classiche (stazioni con comandi manuali) e delle stazioni di misurazione automatiche elaborati come previsto dalle norme giuridiche ai fini della categorizzazione dell'aria (elaborazione statistica di singole misurazioni) nonché sul sito web ufficiale dell'Istituto di sanità pubblica della RI che riporta

online e in tempo reale i risultati delle misurazioni continue di agenti inquinanti atmosferici presso stazioni di misurazione automatiche.

Tutti i soggetti interessati al sistema di monitoraggio della qualità dell'aria attuano in maniera completa l'informazione del pubblico ai sensi degli standard e dei requisiti previsti dalla legge.

II. Definizione e analisi del problema

Nella procedura di definizione delle priorità per il successivo periodo di progettazione del Piano per la salute le problematiche ambientali non sono state incluse fra le priorità di gruppi bersaglio o focus group né hanno ricevuto sostegno nell'ambito di un'inchiesta web. Inoltre la conferenza di consenso non ha inserito le problematiche ambientali fra le priorità del Piano per la salute. Tuttavia, su iniziativa del gruppo del Piano per la salute e in seguito alle frequenti manifestazioni di cittadini dell'Albonese, soprattutto dopo la messa in funzione della fabbrica di lana di roccia Rockwool Adriatic d.o.o., l'Assessorato alla sanità e la previdenza sociale della RI ha messo il capitolo „Tutela dell'aria“ fra le sue proprietà.

Pertanto, al fine di definire il problema, è stato nominato un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da esperti di diverse istituzioni e associazioni (comunità accademica, IDSPRI, Holcim d.o.o, Zelena Istra, RI, UAL) che, in occasione del laboratorio tenutosi in data 24 ottobre 2012, ha preso in esame la problematica definendo poi con esattezza il problema relativo alla priorità „Tutela dell'aria“.

Il problema definito con esattezza all'interno della PRIORITÀ DELLA TUTELA DELL'ARIA recita:

Le informazioni sulla qualità dell'aria previste dalle norme giuridiche sono presentate al pubblico in maniera troppo tecnica e sono accessibili esclusivamente a persone con alfabetizzazione informatica, il che produce una scarsa informazione del pubblico e una mancanza di fiducia nei risultati delle misurazioni.

Tale problema è volto importante nel contesto integrale del sistema di tutela e miglioramento della qualità dell'aria che, ai sensi della Legge sulla tutela dell'aria, è di competenza dell'Assessorato allo sviluppo sostenibile, Sezione alla tutela della natura e dell'ambiente della Regione Istriana. Infatti, l'attuazione di tutte le ATTIVITÀ di monitoraggio della qualità dell'aria (immissioni) e delle emissioni atmosferiche da fonti di inquinamento stazionarie nonché l'attuazione di misurazioni speciali nelle vicinanze di soggetti inquinanti importanti che emettono sostanze nocive nell'atmosfera non sono sufficienti se i dati non sono facilmente accessibili al pubblico e, soprattutto, se non sono comprensibili. Pertanto, nell'ambito delle ATTIVITÀ relative alla priorità della TUTELA DELL'ARIA, oltre alle attività dell'organo amministrativo competente è necessario anche elaborare le necessità del pubblico in materia di informazione al fine di ottenere la fiducia del pubblico nel lavoro delle

119



istituzioni specializzate che effettuano le misurazioni come pure dei servizi pubblici che pubblicano i relativi risultati.

III. Obiettivo e linee guida per l'attività fino al 2016

Come previsto dalla legge, l'obiettivo strategico della Regione Istriana è stato definito dei documenti programmatici e recita:

„Raggiungimento e mantenimento della prima categoria di qualità dell'aria nel territorio della Regione Istriana“.

In riferimento alle nuove conoscenze, tale obiettivo va ampliato definendo le ATTIVITÀ di miglioramento della comunicazione con il pubblico finalizzata alla presentazione dei risultati del monitoraggio della qualità dell'aria e i metodi di informazione che faranno luce sul concetto di qualità dell'aria nel pubblico, elementi che alla fine consentiranno di riconquistare la fiducia nelle unità specializzate competenti in materia di attuazione della tutela dell'aria nel territorio della Regione Istriana.

In base a quanto esposto, la nuova definizione dell'**OBIETTIVO STRATEGICO** recita:

Raggiungimento e mantenimento della prima categoria di qualità dell'aria nel territorio della Regione Istriana, raggiungimento di un buon livello di informazione del pubblico e ottenimento della fiducia nei risultati delle misurazioni della qualità dell'aria, negli esperti e nelle istituzioni competenti in materia di qualità dell'aria a livello nazionale, regionale (territoriale) e locale.

Raggiungimento e mantenimento della prima categoria di qualità dell'aria in tutto il territorio della Regione

IV. Elaborazione operativa delle attività per il 2013

Per raggiungere gli obiettivi strategici in materia di TUTELA DELL'ARIA, oltre ai compiti pianificati e alle ATTIVITÀ dell'Assessorato allo sviluppo sostenibile, Sezione alla tutela della natura e dell'ambiente della Regione Istriana – nei quali sono definiti i soggetti interessati all'attuazione delle ATTIVITÀ – il Programma operativo per il 2013 relativo al Piano per la salute deve essere integrato anche con ATTIVITÀ a sostegno di un'informazione pubblica migliore e più comprensibile sulla qualità dell'aria nel territorio della Regione. I risultati del



sondaggio delle necessità pubbliche saranno il punto di partenza per instaurare una buona comunicazione fra il pubblico e gli organi amministrativi competenti.

1. Misure amministrative e programma di monitoraggio della qualità dell'aria nel territorio della RI

COMPITO	ATTIVITÀ	ESECUTORE RESPONSABILE	SCADENZA	RISORSE NECESSARIE
Adozione del Piano per il miglioramento della tutela dell'aria	Dibattito pubblico sulla bozza di proposta del Programma per il miglioramento della tutela dell'aria nel territorio della RI	Ass. allo sviluppo sostenibile, Sezione TNEA	Entro la fine di febbraio 2013	-
	Adozione del Programma per il miglioramento della tutela dell'aria nel territorio della RI	Servizi specializzati dell'Assemblea regionale		-
Monitoraggio della qualità dell'aria	Attuazione del Programma di monitoraggio della qualità dell'aria per il 2013	Istituto di sanità pubblica della RI, Servizio di ecologia sanitaria	Fine 2013	691.781,75
	Adozione della Relazione sulla qualità dell'aria nel territorio della RI per il 2012	Istituto di sanità pubblica della RI e Segreteria dell'Assemblea, presidente della regione, presidente dell'Assemblea	Maggio 2013	-
Catasto delle emissioni atmosferiche – Registro dei soggetti inquinanti dell'ambiente (RSIA)	Comunicazione con i soggetti tenuti alla notifica dei dati alla banca dati del RSIA	Ass. allo sviluppo sostenibile, Sezione TNEA	Compito continuativo	-
	Verifica dei dati	Ass. allo sviluppo sostenibile, Sezione TNEA	15 giugno	-

2. Miglioramento del sistema di informazione del pubblico

COMPITO	ATTIVITÀ	SOGGETTO	SCADENZA
Migliorare il sistema di informazione del pubblico sulla qualità dell'aria	Realizzazione di un compito progettuale per la determinazione delle necessità pubbliche riguardo al miglioramento del sistema di	Gruppo di lavoro per le priorità	Entro la fine di febbraio del 2013



rendendo le informazioni comprensibili e accessibile a un ampio pubblico	informazione che, in base alle misurazioni effettuate, dovrebbe essere più comprensibile e accessibile a un ampio pubblico		
	Attuazione della determinazione delle necessità pubbliche	Istituzione/impresa selezionata mediante appalto pubblico della RI	Entro il 31 maggio 2013
	Presentazione dei risultati ottenuti	Gruppo per la salute Gruppo di lavoro Istituzione che ha effettuato la ricerca	Entro il 15 giugno 2013
	Definizione di ATTIVITÀ in base alle priorità per il 2014	Gruppo di lavoro	Entro il 15 luglio 2013
	Inserimento delle ATTIVITÀ ottenute nel programma per le necessità pubbliche della RI per il 2014	Assessorato alla sanità e la previdenza sociale	Scadenza di pubblicazione dell'invito pubblico
	Analisi, valutazione e classificazione dei progetti pervenuti	Gruppo di lavoro	15 settembre 2013
	Proposta di ATTIVITÀ in base alle priorità per il 2014	Gruppo di lavoro	1 ottobre 2014

Le scadenze indicate sono in armonia con le scadenze per la proposta e l'adozione del Bilancio della RI.

[Voce nel Bilancio della RI per il 2013: si trova nella sezione dell'Ass. allo sviluppo sostenibile](#)

12. PROGETTI SELEZIONATI IN BASE A UN INVITO PUBBLICO NON INCLUSI NELLE AREE PRIORITARIE

(Progetti di miglioramento della salute e della sicurezza sociale in generale)

A seguito di un invito pubblico sono stati selezionati per il cofinanziamento altri 12 progetti che non riguardano direttamente le nuove aree prioritarie, ma sono di carattere più ampio: miglioramento della salute e della sicurezza sociale in generale e/o reperimento di risorse per la sostenibilità delle ATTIVITÀ indicate nelle priorità precedenti (cancro al seno, dipendenza).



MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SOCIALE IN GENERALE

Prevenzione e trattamento delle dipendenze

	TITOLARE	DENOMINAZIONE del progetto/programma	IMPORTO
1	Associazione Institut	"U.P.E.Z. 2013" programma di riduzione dei danni	30.000,00
2	Associazione per la prevenzione, la riabilitazione e la risocializzazione di tossicodipendenti curati, sigla: UZPIRO - CRO PULA	Prevenzione, riabilitazione e risocializzazione di tossicodipendenti curati attraverso la formazione fino all'impiego Continuazione del progetto avviato presso l'officina e le piantagioni di Altura con ulteriore formazione e lavoro	30.000,00

Diagnosi precoce del cancro al seno

	TITOLARE	DENOMINAZIONE del progetto/programma	IMPORTO
3	Gea Pola, club di donne sottoposte a trattamenti contro il cancro al seno	Prevenzione del carcinoma mammario, riabilitazione post-operatoria e drenaggio linfatico di donne operate e sottoposte a trattamenti	60.000,00
4	LEGA PER LA LOTTA CONTRO IL CANCRO, ALBONA	"METODI DI DIAGNOSI PRECOCE DEL CANCRO AL SENO"	5.000,00
5	Lega per la lotta contro il cancro, Pola	Laboratori terapeutico-riabilitativi di arte ceramica per persone sottoposte a trattamenti contro il cancro	10.000,00
6	ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO ISTARSKJE ŽUPANIJE - ISTITUTO DI SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE ISTRIANA	Coordinamento e valutazione del Programma nazionale per la diagnosi precoce del cancro al seno a livello regionale per il 2013	20.000,00



7	CASE DELLA SALUTE DELL'ISTRIA	Attuazione del programma regionale di attuazione di esami mammografici	100.000,00
Altro			
	TITOLARE	DENOMINAZIONE del progetto/programma	IMPORTO
8	Associazione Zelena Istra	Telefono verde della Regione Istriana – con la tutela dell'ambiente verso la tutela della salute	10.000,00
9	Rete croata donatori	Sensibilizzazione dei cittadini alla donazione di organi post mortem e alla necessità delle cure con trapianti di organi di persone decedute	15.000,00
10	ASSOCIAZIONE NAŠA DJECA POLA	Per il sorriso dei bambini negli ospedali	10.000,00
11	ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO ISTARSKJE ŽUPANIJE - ISTITUTO DI SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE ISTRIANA	MONITORAGGIO DELLA POPOLAZIONE DI ZANZARA TIGRE NEL TERRITORIO DELL'ISTRIA E VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA DENGUE, CHIKUNGUNYA E FEBBRE DEL NILO OCCIDENTALE	20.000,00
12	Lega croata per la lotta contro il reumatismo – sezione della Regione Istriana	Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento dell'osteoporosi	25.500,00
TOTALE			335.500,00

Voce nel Bilancio della RI per il 2013: 582



13. RIASSUNTO

¹⁰[AREA PRIORITARIA

SALUTE MENTALE DI BAMBINI E GIOVANI

SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA

INTERVENTI PRECOCI PER BAMBINI A RISCHIO

ASSISTENZA PER ANZIANI E PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

TUTELA E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (PCD)

PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

CANCRO DEL COLON-RETTO – CARCINOMA COLORETTALE (CCR)

CURE PALLIATIVE

TUTELA DELL'ARIA

IN GENERALE

¹⁰ NdT: traduzione del testo dell'immagine.



PARTE GENERALE

BILANCIO DELLA REGIONE ISTRIANA

STRUTTURA DELLE FONTI DI FINANZIAMENTO DEL PIANO PER LA SALUTE

PROBLEMA

Competenze (conoscenze e abilità) socio-emotive insufficientemente sviluppate in bambini nella fascia d'età delle elementari che producono atteggiamenti e comportamenti acritici nei confronti del rischio

Nella Regione Istriana è in aumento il numero di famiglie in difficoltà – famiglie che non sono in grado di adattarsi alle nuove condizioni di vita e che non riescono ad affrontare lo stress senza aiuto / sostegno da parte della comunità, in particolare famiglie che hanno difficoltà nell'adempire alla propria funzione educativa („parenting“).

I bambini a rischio identificati (0-3 anni) non ricevono interventi precoci a sufficienza e, di conseguenza, si ha un mancato sviluppo ottimale del bambino e un aumento della spesa finanziaria per interventi in fasi successive.

L'assistenza socio-sanitaria, i servizi e il sostegno a persone anziane e alle loro famiglie all'interno delle istituzioni e al di fuori di esse non sono abbastanza sviluppati, utilizzati né accessibili.

Insufficiente inclusione sociale (solitudine) delle persone con disabilità (la categoria maggiormente a rischio è quella delle persone con menomazioni gravi e di quelle meno abbienti) nella Regione Istriana, il che produce un peggioramento generale della salute e della qualità della vita di queste persone.



Anche se ricevono un invito di partecipazione personale, l'81% delle persone invitate di età compresa fra i 50 e i 74 anni nella Regione Istriana non aderisce alla visita preventiva per la diagnosi precoce del CCR, il che ha come conseguenza una diagnosi tardiva del cancro e un minor successo nelle cure, una peggiore qualità della vita e un più alto tasso di mortalità per CCR.

Le informazioni sulla qualità dell'aria previste dalle norme giuridiche sono presentate al pubblico in maniera troppo tecnica e sono accessibili esclusivamente a persone con alfabetizzazione informatica, il che produce una scarsa informazione del pubblico e una mancanza di fiducia nei risultati delle misurazioni.

OBIETTIVO

Ridurre il manifestarsi di comportamenti a rischio e influire sul cambiamento di atteggiamenti nei confronti dei rischi consolidando le abilità socio-emotive di bambini nella fascia d'età delle elementari

Entro la fine del 2016 i bambini a rischio identificati riceveranno più servizi di intervento precoce, il che produrrà migliori condizioni per lo sviluppo del bambino e la riduzione della spesa finanziaria per interventi in fasi successive

Creare le condizioni per una maggiore inclusione sociale delle persone con disabilità nella vita della comunità in modo da produrre un auspicato effetto mitigativo del loro senso di solitudine

Sviluppo del Centro di prevenzione delle MCV

Aumentare il tasso di risposta delle persone di età compresa fra i 50 e i 74 anni nella Regione Istriana all'invito a sottoporsi a una visita preventiva di diagnosi precoce del CCR dal 19% al 35% entro il 2016

Sviluppo di un modello di cure palliative



Raggiungimento e mantenimento della prima categoria di qualità dell'aria nel territorio della Regione Istriana, raggiungimento di un buon livello di informazione del pubblico e ottenimento della fiducia nei risultati delle misurazioni della qualità dell'aria, negli esperti e nelle istituzioni competenti in materia di qualità dell'aria a livello nazionale, regionale (territoriale) e locale

Assicurare la sostenibilità delle conquiste indicate nelle priorità precedenti

Presentare le nuove priorità ai soggetti interessati

Riunire nuovi partner e collaboratori e definire il loro ruolo

Valutare il Piano 2005-2012

LINEE GUIDA

Esaminare le possibilità di attuazione di contenuti e attività per lo sviluppo delle competenze socio-emotive di bambini nella fascia d'età delle elementari nell'ambito del curriculum scolastico

Stimolare lo sviluppo della comunità locale al fine di prepararla ad intervenire nel campo del rafforzamento della salute mentale dei bambini

Formazione di esperti nel campo della salute mentale

Monitorare la situazione e le necessità delle famiglie odierne, favorire la conciliazione degli impegni di lavoro (professionali) e della famiglia

Promuovere l'ideazione e sostenere l'attuazione di programmi efficaci rivolti alla famiglia



Stimolare l'interconnessione e la partnership di tutte le relative istituzioni e organizzazioni della società civile che si occupano di tutela di bambini, giovani e famiglie

Rendere più accessibili i servizi di sostegno alla famiglia

Aumentare le competenze professionali e collegare in maniera funzionale i fornitori di servizi di intervento precoce a livello regionale

Migliorare le condizioni di fornitura di servizi di intervento precoce in termini di spazi e attrezzature

Migliore guida e inclusione della famiglia del bambino nel corso dell'intero processo

Definizione dei problemi e delle politiche di assistenza per anziani

Programmi di assistenza per anziani - assistenza istituzionale

Programmi di assistenza per anziani – forme extraistituzionali di assistenza per anziani e persone non autosufficienti

Migliorare l'accessibilità e l'uniformità territoriale di servizi extraistituzionali sociali per persone con disabilità

Influire sulle condizioni presenti nell'ambiente e nella comunità per assicurare la mobilità e la comunicazione delle persone con disabilità

Stimolare una maggiore inclusione sociale delle persone con disabilità attraverso il sostegno ai programmi di preparazione e impiego di persone con disabilità

LYH



Interconnessione dei soggetti che attuano le attività

Informazione sui fattori a rischio

Programmi di prevenzione locali

Informare e sensibilizzare la popolazione sulla diagnosi precoce del CCR sottolineando la responsabilità personale per la salute (adesione al programma di prevenzione)

Consolidare il ruolo dei MdF e delle infermiere per l'assistenza domiciliare nell'incentivazione all'adesione

Creazione delle condizioni necessarie presso l'OG di Pola (spazi, personale, attrezzature) per l'accettazione di più persone da sottoporre a colonscopia (in relazione all'aumento del tasso di adesione)

Sviluppo di un progetto interdisciplinare

Psicooncologia (consultori)

Ospizio

Misure amministrative e programma di monitoraggio della qualità dell'aria nel territorio della RI

Miglioramento del sistema di informazione del pubblico

Prevenzione e trattamento delle dipendenze

Diagnosi precoce del cancro al seno



Altro

Promozione

Coorganizzazione della Scuola estiva di Montona

Partnership programmatica

RISORSE FINANZIARIE PREVISTE NEL BILANCIO DELLA RI IN KN

Assessorato alla sanità e la previdenza sociale – risorse senza vincolo di destinazione

Assessorato alla sanità e la previdenza sociale – Bilancio della Città di Pola

Assessorato alla sanità e la previdenza sociale – progetto UE

Assessorato allo sviluppo sostenibile - risorse senza vincolo di destinazione

TOTALE]



PRIORITETNO PODRUČJE	PROBLEM	CILJ	SMJERNICE	FINANCIJSKA SREDSTVA IZ PRORAČUNA IŽ u kn	
MENTALNO ZDRAVLJE DJECE I MLADIH	Nedovoljno razvijene socijalno-emocionalne kompetencije (znanja i vještine) kod djece osnovnoškolskog uzrasta, koje uzrokuju nekritične stavove i ponašanja u odnosu na rizike.	Smanjiti pojavnost rizičnih ponašanja i utjecati na promjenu stavova u odnosu na rizike, jačanjem socijalno-emocionalnih vještina kod djece osnovnoškolskog uzrasta.	Istražiti mogućnosti implementacije sadržaja i aktivnosti za razvoj socijalno-emocionalnih kompetencija kod djece osnovnoškolske dobi u školski kurikulum	50.000,00	530.000,00
			Poticati razvoj lokalne zajednice za spremnost za intervenciju na području jačanja mentalnog zdravlja djece.	264.000,00	
			Edukacija stručnjaka za mentalno zdravlje	216.000,00	
PODRŠKA OBITELJI	U Istarskoj županiji je u porastu broj obitelji u teškoćama – onih koje se nisu u stanju prilagoditi novonastalim uvjetima života i koje se ne mogu suočiti sa stresom bez pomoći / podrške zajednice, te naročito imaju teškoća u ispunjavanju svoje odgojne funkcije ("roditeljevanja").		pratiti stanje i potrebe današnjih obitelji, te povećavati usklađenost poslovnih obaveza i obiteljskog života	270.000,00	270.000,00
			poticati osmišljavanje i podržati provođenje učinkovitih programa usmjerenih obitelji,		
			poticati umrežavanje i partnerstvo svih relevantnih institucija i organizacija civilnog društva, koje se bave zaštitom djece, mladih i obitelji,		
			povećati dostupnost usluga za podršku obitelji		
RANE INTERVENCIJE KOD DJECE S RIZICIMA	Prepoznata rizična djeca (0-3 godine) ne dobivaju dostatne rane intervencije što za posljedicu ima neostvaren optimalan razvoj djeteta i porast financijskih troškova zbog kasnih intervencija.	Do kraja 2016. prepoznata rizična djeca će biti u većem opsegu obuhvaćena dostatnim uslugama rane intervencije što će rezultirati boljim uvjetima za razvoj djeteta i smanjenje financijskih troškova zbog kasnijih intervencija.	Povećanje stručnih kompetencija, te funkcionalno povezivanje pružatelja usluga rane intervencije na razini županije	70.000,00	100.000,00
			Poboljšanje prostornih uvjeta i opreme za pružanje usluga rane intervencije	10.000,00	
			Kvalitetnije vođenje i uključivanje djetetove obitelji kroz cjelokupan proces	20.000,00	
SKRB ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE	Socio-zdravstvena skrb, usluge i potpore starijim osobama i njihovim obiteljima u institucijama i van njih nisu dovoljno razvijene, iskorištene i dostupne.		Definiranje problema i politika skrbi o starijima	-	3.205.290,00
			Programi skrbi o starijima - institucionalna skrb	1.771.400,00 110.000,00*	
			Programi skrbi o starijima - izvaninstitucionalni oblici skrbi za starije i nemoćne	728.890,00 595.000,00*	
ZAŠTITA I UNAPRJEĐENJE KVALITETE ŽIVOTA OSOBA S INVALIDITETOM (OSI)	Nedostatak društvene uključenosti (usamljenost) osoba s invaliditetom (najrizičnija populacija su osobe s teškim oštećenjima i osobe lošeg imovinskog statusa) u Istarskoj županiji, što dovodi do narušavanja njihovog cjelokupnog zdravlja i kvalitete života	Osigurati uvjete za veću društvenu uključenost osoba s invaliditetom u život zajednice, čime očekujemo da ćemo utjecati na smanjivanje njihovog osjećaja usamljenosti	Povećati dostupnost i teritorijalnu ujednačenost izvaninstitucionalnih socijalnih usluga za osobe s invaliditetom	1.550.000,00	1.650.000,00
			Utjecati na uvjete u okolišu i zajednici radi osiguravanja mobilnosti i komunikacije osobama s invaliditetom	60.000,00	
			Poticati veću socijalnu uključenost osoba s invaliditetom kroz podršku programima	40.000,00	



			za pripremu i zapošljavanje osoba s invaliditetom		
PREVENCIJA KARDIOVASKULARNIH BOLESTI		Razvoj Centra za prevenciju KVB	LYH	3.617.093,00**	3.867.093,00
			Umrežavanje proveditelja aktivnosti	113.000,00	
			Edukacija o rizičnim čimbenicima	72.000,00	
			Lokalni programi prevencije	65.000,00	
RAK DEBELOG I ZAVRŠNOG CRIJEVA – KOLOREKTALNI KARCINOM (KRK)	Iako dobiju osobni poziv za sudjelovanje, 81% pozvanih osoba u dobi 50-74. g. u Istarskoj županiji ne odazove se na preventivni pregled za rano otkrivanje KRK-a, što ima za posljedicu kasno otkrivanje raka te manji uspjeh u liječenju, lošiju kvalitetu života i veću smrtnost od KRK-a.	povećati odaziv pozvanih osoba u dobi 50-74. g. u Istarskoj županiji na preventivni pregled za rano otkrivanje KRK-a s 19% na 35% do 2016.g.	edukacija i osvješćivanje populacije o ranom otkrivanju KRK-a uz naglašavanje individualne odgovornosti za zdravlje (odaziv na preventivni program)	30.000,00	30.000,00
			jačanje uloge LOM-a i patronaže u poticanju osoba na odaziv	-	
			stvaranje preduvjeta u OB Pula (prostor, kadrovi, oprema) za prihvatanje većeg broja osoba na kolonoskopiju (sukladno povećanju odaziva)	-	
PALIJATIVNA SKRB		Razvoj modela palijativne skrbi	Razvoj multidisciplinarnog projekta	724.000,00	800.000,00
			Psiho-onkologija (savjetovališta)	36.000,00	
			Hospicij	40.000,00	
ZAŠTITA ZRAKA	Informacije o kvaliteti zraka su, sukladno zakonskom propisu, prezentirane javnosti previše stručno i dostupne su isključivo informatički pismenim osobama, što za posljedicu ima nekvalitetnu informiranost javnosti i nepovjerenje u rezultate mjerenja.	Uspostava i održavanje I. kategorije kakvoće zraka na području Istarske županije te postizanje kvalitetnog informiranja javnosti i pridobivanje povjerenja u rezultate mjerenja kakvoće zraka, struku i institucije koje su nadležne za kakvoću zraka na nacionalnom, regionalnom (područnom) i lokalnom nivou.	Administrativne mjere i program praćenja kakvoće zraka na području IŽ	691.781,75***	691.781,75
			Unapređenje sustava informiranja javnosti:	-	
OPĆENITO		Osigurati održivost postignuća u prethodnim prioritetima	Prevenција i liječenje ovisnosti	60.000,00	335.500,00
			Rano otkrivanje raka dojke	195.000,00	
			Ostalo	80.500,00	
OPĆI DIO		Predstaviti nove prioritete ciljanim dionicima Okupiti nove partnere i suradnike, te definirati njihovu ulogu Izvršiti evaluaciju Plana 2005.-2012.	Promocija	44.500,00	114.500,00
			Suorganizacija Motovunske ljetne škole	30.000,00	
			Programsko partnerstvo	40.000,00	
PRORAČUN ISTARSKJE ŽUPANIJE - STRUKTURA IZVORA FINANCIRANJA PLANA ZA ZDRAVLJE		Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb –nenamjenska sredstva		6.580.290,00	
		Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb – Proračun Grada Pule *		705.000,00	
		Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb – EU projekt **		3.617.093,00	
		Upravni odjel za održivi razvoj- nenamjenska sredstva ***		691.781,75	
		SVEUKUPNO		11.594.164,75	

