



TOOLKIT 1

Equità e rispetto delle differenze

GESTIRE LE DIFFERENZE NEL RISPETTO DELL'EQUITÀ: STRATEGIE AZIENDALI E MODELLI ORGANIZZATIVI



Razionale

La letteratura in questi anni ha prodotto molte evidenze sugli effetti prodotti dai determinanti sociali in termini di disuguaglianze di salute.

Se si considera il punto di vista dell'organizzazione sanitaria, occorre puntare l'attenzione anche verso meccanismi generatori di altra natura e che rimandano principalmente ad aspetti psico-sociali (atteggiamenti, stereotipi, pregiudizi, attese) e di matrice organizzativa (prassi e abitudini, modalità organizzative, regole di accesso, procedure, standardizzazioni).

Questo orientamento diventa oggi cruciale dal momento che sempre più le organizzazioni sanitarie devono confrontarsi con le più svariate "diversità", non riconducibili alle tradizionali forme di classificazione dei soggetti svantaggiati (poveri, emarginati, poco istruiti, ...). Le diversità (di genere, età, nazionalità, lingua parlata, (dis)abilità, religione, orientamento sessuale, condizioni di vita, ...) con cui si confronta un'organizzazione sanitaria sono così profondamente mutate che al termine di "disuguaglianza sociale" si preferisce oggi utilizzare il termine di "vulnerabilità sociale" (Ranci, 2002), per richiamare proprio l'attenzione sulla multidimensionalità dei fenomeni e sulle nuove forme di fragilità sociale.

Se l'organizzazione sanitaria si limita ad attuare "semplicemente" interventi e servizi dedicati a target specifici di soggetti (indigenti, stranieri, ...) senza sviluppare strategie complessive di contrasto alla iniquità, di analisi dei meccanismi organizzativi alla base di possibili discriminazione e se non è in grado di presidiare il confronto con le tante diversità, rischia paradossalmente di rinforzare la vulnerabilità sociale dei soggetti che intende tutelare.

Contesto

Nel 2006 il Progetto ministeriale "Le disuguaglianze: meccanismi generatori e possibili soluzioni" ha avviato in tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Emilia-Romagna un percorso di riflessione sul tema delle disuguaglianze di salute e del rispetto delle differenze. In questi anni si è quindi proceduto a implementare tali indirizzi, da un lato sostenendo le azioni della Aziende con progetti finanziati dal Fondo di modernizzazione regionale, dall'altro inserendo nel programma dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale una serie attività di coordinamento e di formazione, in accordo con le Direzioni generali. In particolare si è lavorato per rendere le Aziende sempre più consapevoli ed efficaci nel riconoscere e rispettare le differenze di genere, origine etnica, tendenze/orientamento sessuali, età, religione/convinzioni personali, (dis)abilità, particolari condizioni di vulnerabilità sociale, così come esplicitamente richiamato dall'art.13 del Trattato di Amsterdam.

Il lavoro ha da un lato cercato di orientare esplicitamente gli indirizzi del sistema sanitario regionale e le azioni delle Aziende USL verso l'obiettivo di promuovere eguaglianza di opportunità di accesso ai servizi sanitari, nel rispetto delle differenze (di età, genere, nazionalità e lingua parlata, abilità e orientamento sessuale di cui utenti e operatori sono portatori), anche inserendo strumenti di monitoraggio e meccanismi di verifica; dall'altro, promosso l'adesione ad azioni e progetti di partecipazione attiva dei cittadini.

È stato attivato un gruppo di coordinamento regionale, costituito dalle Direzioni delle Aziende regionali, al fine di garantire omogeneità di impianto rispetto alle analisi organizzative e alla messa a punto degli strumenti; e un gruppo di coordinamento per singole Aziende e per Aree vaste, costituito dei referenti aziendali dalle Aziende sanitarie di ciascuna Area vasta (Emilia Nord, Emilia Centro e Romagna), al fine di realizzare analisi organizzative e di attivare funzioni e reti locali.

I gruppi di coordinamento aziendali, in raccordo con le altre Direzioni, si fanno carico di definire un piano di azione in grado di:

- favorire il monitoraggio delle differenze e delle disuguaglianze sociali e di salute nel territorio;
- supportare la predisposizione di profili di equità e di comunità in grado di rilevare in modo integrato le vulnerabilità sociali;

- contribuire a sistematizzare e valutare i modelli organizzativi già esistenti all'interno delle Aziende per ridurre le disuguaglianze e garantire l'equità;
- orientare i sistemi di verifica della qualità (es. accreditamento) affinché tengano in considerazione anche il tema del rispetto delle diversità e del contrasto delle disuguaglianze sociali;
- supportare i professionisti con iniziative formative e di approfondimento sui temi delle politiche di eguaglianza e di contrasto alla discriminazione.

Obiettivi

OBIETTIVO PRIMARIO:

- implementare e sperimentare un modello organizzativo per le Aziende sanitarie, anche su scala sovra-aziendale (ad esempio di Area vasta), al fine di uniformare le strategie di equità e di contrasto alle disuguaglianze di salute messe in atto nei confronti delle diversità maggiormente oggetto di discriminazione

OBIETTIVI SECONDARI:

- identificare uno o più modelli aziendali (o di Area vasta) per la garanzia di equità e il rispetto delle differenze (reti operative, funzioni, gruppi di lavoro, ...)
- mettere a punto e sperimentare percorsi e strumenti di valutazione di politiche, servizi, prassi, procedure (*toolkit*, *check list*, griglie di autovalutazione, audit, ...)
- sviluppare indicatori e standard di equità (interviste di approfondimento sui requisiti generali dell'accreditamento istituzione, profili di equità, ...)

Articolazioni e fasi del percorso

Prima fase

- costituzione del gruppo di coordinamento per ciascuna Area vasta;
- condivisione della metodologia di analisi per valutare l'impatto che le diversità (di cui i cittadini/utenti e gli operatori sono oggi portatori) hanno sull'organizzazione in ciascuna Area vasta;
- ricognizione degli strumenti che hanno come oggetto le diversità considerate, a livello di programmazione (piani attuativi, programmi, atti, ...), erogazione e gestione dei servizi-prodotti (procedure, linee guida, servizi dedicati, ...), cultura e formazione (corsi, workshop, materiali informativi, ...);
- approfondimento su elemento preciso (politica, profilo di comunità, Bilancio di missione, procedura, programma, ...) e messa a punto di strumenti e indicatori per valutare l'impatto in termini di equità di tale politica/procedura/programma, al fine della programmazione territoriale.

Seconda fase

- analisi delle criticità e dei punti di forza nelle strategie che stanno alla base delle scelte di governo aziendale delle diversità e confronto tra Aziende di Area vasta;
- confronto con esperienze nazionali e internazionali sui modelli adottati e metodologie per la gestione organizzativa delle strategie per il rispetto dell'equità (*equality department*, strumenti di *equality assesment*,...).

Terza fase

- stesura di un repertorio di "buone pratiche";
- implementazione e trasferimento delle buone pratiche.

Risultati attesi

- Modelli organizzativi nazionali e internazionali a confronto: guida a una scelta consapevole per le Aziende sanitarie regionali
- Piano operativo per l'implementazione del modello organizzativo "coordinamento inter-aziendale per gestire le diversità nel rispetto delle differenze"
- Moduli formativi per sviluppare le competenze dei professionisti coinvolti nel coordinamento
- Linee guida alle Aziende per accompagnare e monitorare l'implementazione del modello organizzativo
- Manuale di strumenti/metodologie per monitorare e verificare l'attività aziendale in merito alla gestione delle diversità nel rispetto dell'equità

LE AZIONI



Azioni svolte da tutte le Aziende sanitarie

Per quanto riguarda la prima fase:

- coordinamento del progetto Area vasta: le Direzioni aziendali hanno dato mandato a uno o più referenti aziendale di partecipare al coordinamento del progetto a livello regionale;
- costituzione del gruppo “coordinamento funzionale” per gestire le diversità nel rispetto dell’equità in ciascuna Area vasta, che si è incontrato e ha lavorato sul tema nel corso del progetto. Tra un incontro e l’altro i partecipanti del gruppo hanno lavorato per conto proprio o in sottogruppi per realizzare alcune azioni che hanno poi condiviso nelle riunioni di coordinamento;
- confronto con esperienze internazionali attraverso la partecipazione di professionisti di diverse Aziende a visite presso i servizi sanitari nazionali di altri Paesi europei (Scozia, Svezia e Catalogna);
- meta-analisi organizzativa su come si è proceduto nel corso della prima fase al fine di identificare gli elementi costitutivi di buona pratica organizzativa per la gestione delle differenze nel rispetto dell’equità: sono stati organizzati due incontri per la restituzione e l’analisi delle informazioni raccolte durante le visite all’estero, al fine di individuare buone pratiche organizzative applicabili nei contesti aziendali regionali.

Azioni svolte da ciascuna Area vasta a seconda delle proprie finalità

AREA VASTA EMILIA NORD

- condivisione della metodologia di analisi per valutare l’impatto delle diversità sull’organizzazione attraverso la predisposizione di una scheda di autovalutazione per la mappatura delle diversità degli utenti (vedi *Scheda 3. Scheda di autovalutazione per la mappatura delle diversità e loro impatto organizzativo*). In particolare la scheda è stata realizzata analizzando i livelli di programmazione, erogazione dei servizi e cultura/formazione;
- analisi di documenti della letteratura anglosassone sul tema *Equality impact assessment*;
- ricognizione degli oggetti/strumenti che hanno impatto sulle diversità considerate attraverso la compilazione delle schede di mappatura ai fini di realizzare un’autovalutazione aziendale;
- analisi delle criticità e dei punti di forza nelle strategie alla base delle scelte di governo aziendale delle diversità attraverso la stesura di un documento di analisi complessiva delle schede di autovalutazione compilate e confronto tra le diverse esperienze.

AREA VASTA EMILIA CENTRO

- condivisione della metodologia di analisi per valutare l’impatto delle diversità sull’organizzazione attraverso la predisposizione di due schede di autovalutazione per la mappatura delle diversità degli utenti e degli operatori (nell’ottica del *diversity management*). In particolare sono state realizzate analizzando i livelli di programmazione, erogazione dei servizi e cultura/formazione;
- ricognizione degli oggetti/strumenti che hanno impatto sulle diversità considerate attraverso la compilazione delle schede di mappatura ai fini di realizzare un’autovalutazione aziendale;
- analisi delle criticità e dei punti di forza nelle strategie che stanno alla base delle scelte di governo aziendale delle diversità attraverso la stesura di un documento di analisi complessiva delle schede di autovalutazione compilate e confronto tra le diverse esperienze.

AREA VASTA ROMAGNA

- analisi dei profili di comunità e degli indicatori in essi utilizzati per evidenziarne punti di forza e di debolezza in base alle indicazioni internazionali in tema di *equality assessment* (vedi [Scheda 6. Griglia di indicatori per la stesura di profili di comunità e profili di equità](#));
- definizione di un set di indicatori per la valutazione delle diversità prese in considerazione nei profili di comunità;
- sperimentazione di analisi dei profili di comunità in una realtà locale per evidenziare le criticità e i punti di forza nella costruzione dei profili per il governo locale delle diversità nel raggiungimento dell'equità;
- confronto tra i diversi utilizzatori (Enti locali e Aziende).

Il contributo dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

- confronto tra i diversi utilizzatori (Enti locali e Aziende sanitarie);
- stesura di un glossario sul tema equità e gestione delle differenze in salute (vedi [Scheda 4. Glossario - Equità e differenze](#) e [Scheda 5. Glossario - Empowerment e capacità](#));
- stesura di una prima rassegna normativa sul tema equità e gestione delle differenze (vedi [Scheda 7. Legislazione ONU - UE - Italia](#) e [Scheda 8. Legislazione Italia - Regione Emilia-Romagna](#));
- analisi del testo e del contenuto del Piano sociale e sanitario 2008-2010;
- coordinamento tra le altre Aree vaste per la sistematizzazione dei materiali, delle esperienze in atto;
- predisposizione di linee guida e documenti di indirizzo da inserire nei processi decisionali e programmi regionali.

Macro articolazioni: CULTURA

Oggetto/strumento (formazione, informazione, ...)	Diversità prese in considerazione									
	Genere		Età			Nazionalità/ origine etnica	Disabilità/disagio		Orientamento/ identità sessuale	Religione/ convinzioni personali
	M	F	<18	giovani	>65		fisico	psichico		

Note _____

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE PER LA MAPPATURA DELLE DIVERSITÀ E LORO IMPATTO ORGANIZZATIVO

VARIABILI CONSIDERATE

GENERE: con il termine si intendono le caratteristiche dell’essere uomo o donna che sono socialmente costruite, mentre con il termine sesso si intendono quelle caratteristiche che sono biologicamente determinate. I generi sono uomo, donna o transgender.

ETÀ: periodi in cui si suddivide la vita umana. Le condizioni di salute e malattia variano considerevolmente lungo l’arco della vita, così come l’età è spesso fonte di pregiudizi, soprattutto nelle fasi estreme della vita (ageism).

NAZIONALITÀ: appartenenza a una nazione, cittadinanza.

GRUPPO ETNICO: gruppo di persone che condividono l’origine etnica, la lingua, la cultura, la religione.

DISABILITÀ: intesa come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive.

ORIENTAMENTO SESSUALE: descrive l’attrazione affettiva e sessuale di un individuo, indipendentemente dal genere a cui esso appartiene o sente di appartenere. Nel linguaggio comune si parla di orientamento eterosessuale, bisessuale (bisexual) e omosessuale (lesbico, gay). Si parla anche di asessualità in assenza di un orientamento definito nei confronti della sessualità.

RELIGIONE: una religione è un complesso di credenze, comportamenti, atti rituali e culturali, mediante cui un gruppo umano esprime un rapporto con il sacro.

CONVINZIONE PERSONALI: credenze di natura non religiosa che influenzano comportamenti, stili di vita e scelte di salute (es. vegetariani, vegani, macrobiotici, atteggiamenti favorevoli o contrari a medicine alternative, vaccini, ecc.).

NOTE PER LA COMPILAZIONE

L’obiettivo delle 3 schede è realizzare la mappatura dei vari oggetti/strumenti che l’Azienda utilizza a diversi livelli:

- PROGRAMMAZIONE
- EROGAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI-PRODOTTI
- CULTURA

al fine di individuare quali diversità ognuno di essi prende in considerazione e quali sono invece le aree che richiedono una maggiore attenzione.

Questa scheda è quindi descrittiva poiché mette in luce l’esistente e fornisce una fotografia della realtà. È uno strumento che aiuta ex post a identificare le aree con carenze e definire quindi le priorità su cui l’Azienda deve lavorare.

Per la compilazione è necessario inserire in ogni riga il **nome** dell’oggetto/strumento (es. piano attuativo locale anno ..., progetto demenze, linee guida per l’accoglienza di ..., corso di formazione per ...), eventualmente una sua **breve descrizione** (se il nome non fosse sufficiente a capire il suo contenuto) e poi **contrassegnare con una X** le diversità che all’interno di questo sono prese in considerazione o vengono incluse come elemento di attenzione.

In questo modo dovrebbe essere abbastanza agevole fare una ricognizione abbastanza dettagliata, sia degli strumenti che dell’attenzione che le aziende hanno verso il tema delle differenze.

Questa scheda è stata modificata diverse volte ma è uno strumento del tutto migliorabile e adattabile nelle diverse realtà. Possono ad esempio essere diversamente dettagliate le variabili (genere, età, ...) e/o possono essere aggiunte colonne o variabili.



GLOSSARIO - EQUITÀ E DIFFERENZE



UGUAGLIANZA (Equality)

Parità dei diritti umani e individuali. Condizione per cui ogni uomo è considerato alla pari di tutti gli altri uomini in ogni contesto, indipendentemente dalla sua posizione sociale e dalla sua provenienza.

In Italia il principio è riconosciuto nell'art. 3 della Costituzione:

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

EQUITÀ (Equity)

Giustizia sostanziale, giustizia del caso concreto. Capacità di tenere conto delle particolarità e delle differenze. Rimanda alla possibilità di prendere una decisione svincolata dall'applicazione di una norma astratta, ed elaborata invece in coscienza (cosiddetto giudizio secondo equità). In questo senso, l'equità si basa sull'assunto che la rigida applicazione della legge astratta a tutti gli infiniti possibili casi della vita reale potrebbe infatti determinare, nella singola ipotesi, situazioni di sostanziale ingiustizia; per questo motivo, a date condizioni, il legislatore permette al giudice di creare e applicare una regola ad hoc. La dottrina parla perciò dell'equità come di "giustizia del caso singolo" o, meglio, "regola di giudizio del caso singolo".

DIVERSITÀ-DIFFERENZA (Diversity)

Sostanziale eterogeneità degli esseri umani, derivante da caratteristiche ambientali, economiche, appartenenze sociali e comunitarie. Il concetto di disuguaglianza chiama in causa la molteplicità delle variabili in base alle quali l'eguaglianza può essere valutata (variabili focali), ovvero una pluralità di fattori rispetto a cui di volta in volta vengono definite, valutate e interpretate le condizioni di disuguaglianza interpersonale. Condizioni di disuguaglianza in termini di una variabile possono convivere con l'uguaglianza rispetto ad un'altra variabile: ad esempio, redditi uguali possono coesistere con una forte disuguaglianza nell'abilità di fare ciò che si ritiene importante (es. capacità di star bene) e noi ci differenziamo per le nostre caratteristiche personali (età, sesso e capacità) e per le circostanze esterne (proprietà di beni, provenienza sociale, condizioni ambientali).

DISUGUAGLIANZA DI SALUTE (Health inequality)

Eterogeneità delle condizioni di salute di una determinata popolazione. Tale eterogeneità si riferisce sia alle condizioni di salute in senso stretto, sia alle possibilità di accesso alle prestazioni e ai servizi erogati, sia alla salute percepita.

La spiegazione di questa disuguaglianza è stata ricercata dagli studi epidemiologici nella diseguale distribuzione, all'interno della popolazione, di quelli che sono stati definiti come determinanti di salute (individuali, socio-economici, ambientali, stili di vita, sistema dei servizi).

Gli studi socio-psicologici hanno invece evidenziato il ruolo di mediazione e moderazione che hanno gli altri fattori: fattori psicologici (credenze, stereotipi, pregiudizi, senso di autoefficacia e di vulnerabilità, percezione del rischio, strategie di coping, ...) e condizioni sociali (rete sociali di supporto, sostegno sociale, rappresentazioni, ...).

INIQUITÀ (di salute)

Si riferisce alle differenze che sono ritenute non solo non necessarie ed evitabili, ma anche ingiuste. Per definire una certa situazione iniqua vanno pertanto analizzate e giudicate ingiuste le cause nel contesto sociale di riferimento. Il termine iniquità ha quindi una dimensione morale ed etica. Le principali cause evitabili che provocano disuguaglianze ingiuste di salute sono quelle che rimandano a:

- comportamenti a rischio per salute quando in condizioni di forte restrizione nella possibilità di scelta; esposizione a condizioni di vita e lavoro insalubri e stressanti;
- accesso inadeguato a servizi sanitari essenziali e altri servizi pubblici.

Sebbene il giudizio su quali situazione siano ingiuste vari in base al luogo e al tempo, esso è tuttavia legato anche alle possibilità di scelta degli individui: dove questa è bassa o nulla le disuguaglianze di salute sono considerate più inique e ingiuste.

DISCRIMINAZIONE (Discrimination)

Distinzione, che si manifesta attraverso un comportamento. Trattamento diverso (di solito peggiore) che un individuo o un gruppo mettono in atto verso altre persone, in base a specifiche caratteristiche dell'individuo o del gruppo di popolazione discriminato.

Si distinguono tre tipi di discriminazione: normativa, sociale o individuale.

La discriminazione può essere positiva o negativa; volontaria o involontaria; socialmente accettata o rifiutata; legittima o illegittima.

I principali criteri su cui si basa la discriminazione sono la razza, la nazionalità, la religione, la cultura, ma anche l'età, il sesso, la professione, la classe sociale, lo status, l'efficienza fisica, la normalità psichica. I gruppi storicamente vittime di maggiori discriminazioni sono: donne (sessismo), anziani (ageismo), persone di colore e di gruppi etnici minoritari (razzismo), ebrei (antisemitismo), bambini, disabili, persone che soffrono di disturbi mentali, omosessuali/bisessuali/transessuali, nomadi, senza fissa dimora, tossicodipendenti, prostitute, carcerati-ex carcerati.

VULNERABILITÀ

Situazione di vita caratterizzata dall'inserimento precario nei canali di accesso alle risorse materiali fondamentali (innanzitutto il lavoro, la casa, ma anche i benefici erogati dal welfare state) e/o dalla fragilità del tessuto relazionale di riferimento (costituito innanzitutto dalla famiglia, ma anche dalle reti sociali territoriali). Ciò che la caratterizza non è semplicemente un deficit di risorse, ma un'esposizione a processi di disarticolazione sociale che raggiunge un livello critico, ovvero mette a repentaglio la stabilità dei modelli di organizzazione della vita quotidiana. È quindi una condizione in cui la mancanza di risorse si somma ad una riduzione delle possibilità di scelta.

Definita in questo modo la vulnerabilità, non è una caratteristica stabile nel tempo, ma temporanea/passeggera; non oggettiva e uguale per tutti; una forma di disagio intermedio e non estremo (come la povertà); una condizione caratterizzata più dall'incertezza della situazione, dalla difficoltà di attuare scelte o dalla riduzione delle possibilità di scelta, che non dalla mancanza di risorse.

GLOSSARIO - EMPOWERMENT E CAPACITÀ



CAPACITÀ (Capability)

Il concetto di capacità indica l'abilità di fare cose. L'economista Sen, che ha sviluppato un approccio radicalmente nuovo alla teoria dell'eguaglianza e delle libertà, distingue i funzionamenti, che sono le esperienze effettive che l'individuo ha deciso liberamente di vivere (ciò che ha scelto di fare o essere) e le capacità, che sono invece le alternative di scelta, ossia l'insieme dei funzionamenti che un individuo può scegliere. Le capacità rispecchiano quindi essenzialmente la libertà di acquisire importanti funzionamenti, ovvero la libertà dell'individuo di condurre un certo tipo di vita piuttosto che un altro. In tal senso possono essere intese come rappresentazione della libertà sostanziale. Se i funzionamenti costituiscono lo star bene, le capacità rappresentano la libertà individuale di acquisire lo star bene. Sen propone di studiare la povertà, la qualità della vita e l'eguaglianza non solo attraverso i tradizionali indicatori della disponibilità di beni materiali (ricchezza, reddito o spesa per consumi), ma soprattutto analizzando la possibilità di vivere esperienze o situazioni cui l'individuo attribuisce un valore positivo. Non solo, quindi, la possibilità di nutrirsi e avere una casa adeguata, ma anche essere rispettati dai propri simili, partecipare alla vita della comunità, e così via. Inoltre condizioni di disuguaglianza in termini di una variabile possono convivere con l'uguaglianza rispetto a un'altra variabile: ad esempio, redditi uguali possono coesistere con una forte disuguaglianza nell'abilità di fare ciò che si ritiene importante (es. capacità di stare bene).

EMPOWERMENT

Il termine "empowerment" indica l'acquisizione di potere, ovvero l'incremento delle capacità delle persone a controllare attivamente la propria vita. Per empowerment si intende un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita.

Un'iniziativa di empowerment è un processo volto allo sviluppo di competenze, per consentire alle persone: di padroneggiare la propria vita; di avere conoscenza, abilità, attitudini e consapevolezza per influenzare il proprio e l'altrui comportamento, per migliorare la qualità della propria vita; di sviluppare competenze tali per cui possano diventare più indipendenti nella risoluzione dei problemi e nella presa di decisioni.

RESILIENZA

Capacità di un materiale di assorbire gli urti improvvisi senza spezzarsi: il materiale a cui si paragona la resilienza è la plastilina, che cambia forma e si adatta, senza perdere le sue caratteristiche. In termini di psicologia sociale, è la capacità dell'uomo di assorbire gli stress della vita, sia quelli più forti e drammatici (lutto, perdita del lavoro e della casa, ...), che quelli più quotidiani (spese impreviste, delusioni affettive, malattia, scarso rendimento scolastico, derisioni, ...). La resilienza quindi è la capacità di continuare a funzionare nonostante i grandi e piccoli traumi, ovvero è da un lato capacità di assorbire gli urti (elasticità) e dall'altro capacità di adattarsi ai cambiamenti (plasticità). La resilienza è un processo, non una caratteristica innata, ovvero sia gli individui che le organizzazioni la acquisiscono per gradi durante la vita. Attinge la sua forza non solo dalle capacità del singoli, ma anche dalle risorse del contesto. Imparare la resilienza può essere compito dei singoli, delle agenzie educative (famiglia e scuola *in primis*), dei servizi (sociali, sanitari, ...) e di intere comunità.

STEREOTIPO

Letteralmente significa impronta rigida: dal greco: stereòs = rigido e tûpos = impronta. Il giornalista Walter Lippmann agli inizi del XX secolo utilizzò il termine per indicare le pre-immagini e le pre-concezioni che mediano il rapporto conoscitivo tra gli individui e la realtà esterna: quando tali immagini si riferiscono a gruppi sociali siamo portati a pensare che tutti i membri di quel gruppo siano difficilmente distinguibili tra loro, come ci sembrano esattamente uguali tutte le immagini di un giornale che derivano dallo stesso stampo tipografico (lo stereotipo).

Il meccanismo di base su cui agisce lo stereotipo è un processo di semplificazione necessario per la mente umana, che non sarebbe altrimenti in grado di comprendere l'infinità varietà e complessità della realtà esterna. Tale processo non avviene né in modo casuale né per scelta individuale, ma si sviluppa secondo modalità socialmente e culturalmente costruite: è la cultura del gruppo stesso a produrre gli stereotipi che i singoli membri acquisiscono e utilizzano per una efficace interpretazione della realtà. In termini generali, lo stereotipo può quindi essere definito come

la tendenza alla formazione di nozioni semplificate che non tengono conto delle sfumature e restano rigidamente immuni dall'esperienza,

tendenza ad attribuire all'individuo quei tratti che secondo noi caratterizzano il gruppo.

In termini più specifici (ristretti), lo stereotipo è l'insieme rigido e coerente di credenze negative che un determinato gruppo sociale condivide rispetto a un altro. Lo stereotipo può essere considerato come il "nucleo cognitivo del pregiudizio", ovvero come la rielaborazione in un'immagine coerente e stabile di tutte le informazioni e le credenze relative a una categoria di persone, in grado di sostenere e riprodurre nel tempo il pregiudizio nei loro confronti.

PREGIUDIZIO

Indica un giudizio emesso prima dell'esperienza, in assenza di validazione empirica. Come tale il pregiudizio è, nella maggioranza dei casi, considerato un giudizio errato, un errore di valutazione proprio perché privo di riscontri empirici, nonostante gli errori di valutazione non siano una necessaria conseguenza della mancanza di dati, né l'esperienza diretta possa da sola garantire la veridicità delle interpretazioni. Nell'ambito delle scienze sociali i pregiudizi si riferiscono non tanto a fatti o eventi, ma a specifici gruppi sociali.

In termini generali, il pregiudizio è un giudizio espresso precedentemente all'esperienza, in termini sociologici è la tendenza a considerare in un determinato modo, a priori, le persone che appartengono ad un determinato gruppo sociale. In linea teorica il pregiudizio può essere sia favorevole che sfavorevole al gruppo bersaglio, in pratica, nella maggior parte dei casi, risulta sfavorevole e discriminante. Risiede proprio in questa loro caratteristica diffusa di penalizzazione la rilevanza sociale dei pregiudizi: discriminando altre categorie sociali, il gruppo, da un lato salvaguarda la propria rilevanza culturale e rafforza il senso di appartenenza dei propri membri, dall'altro orienta concretamente azioni di discriminazioni che giungono spesso a tragiche conseguenze.

STIGMA

Termine usato come sinonimo di marchio. Indica un tratto somatico che è oggetto di valutazioni negative particolarmente diffuse e ostili. I tratti somatici più diffusi e socialmente visibili e come tali base di fondamentali forme di differenziazione e disuguaglianza sono quelli legati alla razza e al sesso. In sociologia si usa per caratterizzare un handicap fisico o mentale o una devianza. Il termine è stato utilizzato da Goffman per indicare un attributo dato a una persona in termini fortemente screditanti.

Le persone stigmatizzate sono soggetti la cui identità sociale è svalutata, degradante secondo il punto di vista degli altri. Una persona che possiede uno stigma non viene considerata come completamente umana.

Sen AK. *La disuguaglianza. Un riesame critico*. Il Mulino, 1992.

Goffman E. *Stigma. L'identità negata*. Giuffrè, 1983.

SCHEDA PER RIPORTARE L'INDICATORE NEI PROFILI DI EQUITÀ E COMUNITÀ

Determinanti sociali di salute

Tasso di gravidanza in minorenni

Definizione:

Numero di gravidanze di residenti minorenni x 1.000
Donne residenti 15-17 anni

Significato: i dati di letteratura evidenziano come:

- le gravidanze in adolescenza sono correlate a un più alto rischio di cure prenatali inadeguate, neonati di basso peso alla nascita e mortalità infantile.
- nelle famiglie con genitori adolescenti il rischio di esclusione sociale è più alto: le madri adolescenti sono più a rischio di non terminare gli studi, avere difficoltà a trovare un lavoro, essere genitori single e crescere il proprio bambino in condizioni di povertà.
- i figli di adolescenti sono più a rischio di soffrire di condizioni di salute precarie e di diventare a loro volta genitori adolescenti
- le gravidanze tra gli adolescenti sono più frequenti in ragazzi con basso livello di istruzione e in condizione di disagio economico-sociale.

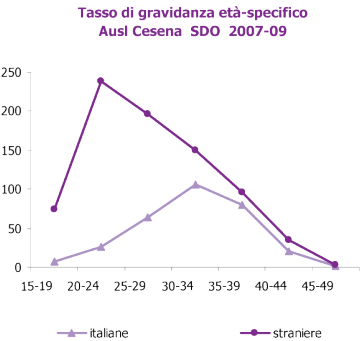
Conoscere l'entità e la distribuzione del fenomeno consente di monitorare l'eventuale presenza di aree o categorie a maggior rischio verso cui indirizzare azioni preventive o di supporto mirate.

Questo indicatore viene proposto per esplorare la sottocategoria dei determinanti strutturali di salute relativa alla salute sessuale e riproduttiva.

- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena il tasso di gravidanza è risultato pari a 55 gravidanze ogni 1.000 donne in età feconda (15-49 anni), in linea col dato regionale.
- Il tasso di gravidanza è significativamente più alto nelle donne straniere (125‰ vs 46,4‰ delle italiane).
- La percentuale di gravidanze nelle donne straniere è più alta in particolare prima dei 35 anni.
- Circa il 12% delle gravidanze esita in una interruzione volontaria di gravidanza (IVG); la percentuale di IVG è più alta nelle donne straniere (19,5% vs 9,7% delle italiane), dato confermato a livello regionale.

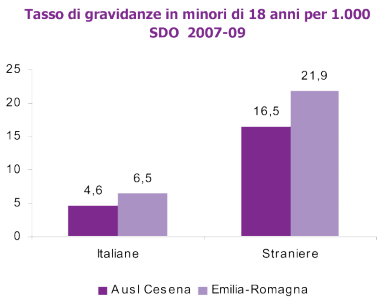
N° e Tassi di gravidanza SDO 2007-09				
	Ausl Cesena		Emilia-Romagna	
	N	Tasso	N	Tasso
Italiane	5.737	46,4	115.313	46,0
Straniere	1.870	125,0	44.743	120,6
Totale	7.607	54,8	160.056	55,7

* ogni 1.000 donne in età feconda (15-49 anni)



- Nel triennio 2007-09 nelle minorenni residenti nell'Ausl di Cesena si sono registrate 41 gravidanze, pari a una media di 13-14 all'anno; un quarto (25%) delle gravidanze si sono verificate in minorenni con cittadinanza straniera.
- Il tasso di gravidanze è significativamente maggiore nelle minorenni straniere rispetto a quelle italiane (16,5 vs 4,6).
- A livello regionale il tasso di gravidanza è più alto sia nelle minorenni italiane (6,5) sia in quelle straniere (21,9); si mantiene il rapporto 1 a 3 tra italiane e straniere (6,5 vs 21,9).
- Nelle gravidanze in minorenni il ricorso IVG è alto, in particolare nelle minorenni italiane rispetto alle straniere sia a livello aziendale (77.4% vs 30%) sia a livello regionale (69.4 vs 49.6).

Numero di gravidanze in minori di 18 anni SDO 2007-09		
	Ausl Cesena	Emilia-Romagna
Italiane	31	905
Straniere	10	341



Metodo di calcolo:
N° ricoveri per gravidanza (parti + IVG + Aborti Spontanei) in minorenni residenti avvenuti in regione x 1.000
Donne residenti 15-17 anni

Le gravidanze comprendono: parti (DRG 370-375) + Interruzioni Volontarie di Gravidanza (codice diagnosi principale = 635-635.92) + Aborti Spontanei (codice diagnosi principale = 632 e 634.0-634.92)

Validità e limiti: l'indicatore fornisce una misura dell'entità delle gravidanze nelle minorenni che hanno avuto un accesso ospedaliero.

Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) 2007-09

Agencia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Area Comunità, equità e partecipazione - maggio 2012



GRIGLIA DI INDICATORI
PER LA STESURA DI PROFILI DI EQUITÀ E PROFILI DI COMUNITÀ

NOTE PER LA COMPILAZIONE

L'obiettivo della seguente griglia è raccogliere e analizzare nel dettaglio una lista di indicatori a livello locale, sia per l'affinamento dei Profili di comunità, sia per la stesura di Profili di equità (*Equity Profile*), secondo le indicazioni del processo di *Health Equity Audit* (HEA). La griglia è stata sperimentata per la stesura nel 2011 del “Profilo di equità in epoca pre-natale e pediatrica” nel territorio dell’Azienda USL di Cesena.

Si consiglia di compilarla seguendo le seguenti fasi:

- FASE 1. ANALISI DEGLI INDICATORI PRESENTI NEI PROPRI PROFILI DI COMUNITÀ: livelli di stratificazione e di dettaglio disponibili, raggiungibili e non disponibili; fonte dei dati, periodicità
- FASE 2. DEFINIZIONE DI CRITERI PER LASCELTA DI UNALISTADI INDICATORI NECESSARI PER IDENTIFICARE INIQUITÀ E DISUGUALIANZE: da letteratura internazionale e nazionale sul tema, da indicazioni normative, linee guida e raccomandazioni regionali e locali
- FASE 3. CREAZIONE DI UNA LISTA CONDIVISA DI INDICATORI ESSENZIALI PER LA LETTURA DELLE INIQUITÀ E DELLE DISUGUAGLIANZE: confronto tra indicatori già utilizzati e raccomandati
- FASE 4. VALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA DELLA LISTA: verifica disponibilità, reperibilità, necessità di integrazioni e raccolta dati *ad hoc*
- FASE 6. DISSEMINAZIONE DEI RISULTATI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO: calcolo degli indicatori a livello locale, confronto con dati di altri territori, miglioramento fonti informative, pubblicazione e diffusione dei risultati, stesura del report e di indicazioni per il contrasto locale delle iniquità e delle disuguaglianze

Questa scheda è stata modificata diverse volte ma è uno strumento del tutto migliorabile e in fase di utilizzo nelle diverse realtà.

VARIABILI E AREE TEMATICHE

Nelle linee guida per la creazione di un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze in salute, la Commission on Social Determinants of Health (CSDH) dell’Organizzazione mondiale della sanità raccomanda di stratificare i dati per sesso, almeno due indicatori di posizione socio-economica (educazione, reddito, posizione professionale), gruppo etnico, altri fattori di stratificazione sociale rilevanti per il contesto studiato e area di residenza (urbana, rurale, ecc.). Non è quindi sufficiente avere una sola variabile di stratificazione (es. cittadinanza) perché il dato raccolto possa essere interpretato in maniera adeguata e utile alla programmazione di interventi.

Le variabili consigliate per la stratificazione degli indicatori di iniquità e di disuguaglianze sono pertanto:

- età
- sesso
- cittadinanza
- disabilità
- livello di istruzione
- stato occupazionale
- reddito
- condizioni di particolare vulnerabilità sociale

Si consiglia inoltre di organizzare l’elenco di indicatori in sezioni tematiche. Quelle utilizzare nel “Profilo di equità in epoca pre-natale e pediatrica” nel territorio dell’Azienda USL di Cesena sono state quelle suggerite dalla CSDH:

- contesto socio-economico
- determinanti sociali di salute (determinanti strutturali di iniquità e condizioni di vita quotidiana)
- effetti sulla salute
- conseguenze socio-economiche della malattia



LEGISLAZIONE IN TEMA DI RISPETTO DELLE DIFFERENZE E ANTIDISCRIMINAZIONE



Generale



Dichiarazione universale dei diritti umani (1948)

art. 2. Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione



Patto sui diritti economici, sociali e culturali (1966)

art. 2. Ciascuno degli Stati parti del presente Patto si impegna a rispettare e a garantire a tutti gli individui che si trovino sul suo territorio e siano sottoposti alla sua giurisdizione i diritti riconosciuti nel presente Patto, senza distinzione alcuna, sia essa fondata sulla razza, il colore, il sesso, la lingua, la religione, l'opinione politica o qualsiasi altra opinione, l'origine nazionale o sociale, la condizione economica, la nascita o qualsiasi altra condizione.



Trattato di Amsterdam (1997)

art. 13. Fatte salve le altre disposizioni del presente trattato e nell'ambito delle competenze da esso conferite alla Comunità, il Consiglio, deliberando all'unanimità su proposta della Commissione e previa consultazione del Parlamento europeo, può prendere i provvedimenti opportuni per combattere le discriminazioni fondate sul sesso, la razza o l'origine etnica, la religione o le convinzioni personali, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali.



Carta dei diritti fondamentali (2000)

art. 21. È vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l'appartenenza a una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali.

Nell'ambito d'applicazione del trattato che istituisce la Comunità europea e del trattato sull'Unione europea è vietata qualsiasi discriminazione fondata sulla cittadinanza, fatte salve le disposizioni particolari contenute nei trattati stessi.



Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (2000)

art. 14. Il godimento dei diritti e delle libertà riconosciuti nella presente Convenzione deve essere assicurato senza nessuna discriminazione, in particolare quelle fondate sul sesso, la razza, il colore, la lingua, la religione, le opinioni politiche o quelle di altro genere, l'origine nazionale o sociale, l'appartenenza a una minoranza nazionale, la ricchezza, la nascita o ogni altra condizione.



Costituzione della Repubblica italiana

art. 3. Tutti i cittadini hanno pari dignità sociali e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

art. 32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Razza e origine etnica



Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale (1965)

art. 2. Gli Stati contraenti condannano la discriminazione razziale e si impegnano a continuare, con tutti i mezzi adeguati e senza indugio, una politica tendente ad eliminare ogni forma di discriminazione razziale e a favorire l'intesa tra tutte le razze, e a tale scopo:

- a) ogni Stato contraente si impegna a non porre in opera atti o pratiche di discriminazione razziale verso individui, gruppi di individui o istituzioni e a fare in modo che tutte le pubbliche attività e le pubbliche istituzioni, nazionali e locali, si uniformino a tale obbligo;
- h) ogni Stato contraente si impegna a non incoraggiare, difendere ed appoggiare la discriminazione razziale praticata da qualsiasi individuo od organizzazione;
- c) ogni Stato contraente deve adottare delle efficaci misure per rivedere le politiche governative nazionali e locali e per modificare, abrogare o annullare ogni legge e ogni disposizione regolamentare che abbia il risultato di creare la discriminazione o perpetuarla ove esista;

- d) ogni Stato contraente deve, se le circostanze lo richiedono, vietare e por fine con tutti i mezzi più opportuni, provvedimenti legislativi compresi, alla discriminazione razziale praticata da singoli individui, gruppi od organizzazioni;
- e) ogni Stato contraente si impegna, ove occorra, a favorire le organizzazioni e i movimenti integrazionisti multirazziali e gli altri mezzi ad eliminare le barriere che esistono tra le razze, nonché a scoraggiare quanto tende a rafforzare la separazione razziale.

Genere ed età



Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (1979)

- art. 2. Gli Stati parte condannano la discriminazione nei confronti della donna in ogni sua forma, convengono di perseguire con ogni mezzo appropriato e senza indugio, una politica tendente ad eliminare la discriminazione nei confronti della donna e, a questo scopo, si impegnano a:
- a) iscrivere nella loro costituzione nazionale o in ogni altra disposizione legislativa appropriata, il principio dell'uguaglianza tra uomo e donna, se questo non è ancora stato fatto, e garantire per mezzo della legge, o con ogni altro mezzo appropriato, l'applicazione effettiva del suddetto principio;
 - b) adottare tutte le misure legislative e ogni altro mezzo adeguato, comprese, se necessario, le sanzioni tendenti a proibire ogni discriminazione nei confronti delle donne;
 - c) instaurare una protezione giuridica dei diritti delle donne su un piede di parità con gli uomini al fine di garantire, attraverso i tribunali nazionali competenti ed altre istanze pubbliche, l'effettiva protezione delle donne da ogni atto discriminatorio;
 - d) astenersi da qualsiasi atto o pratica discriminatoria nei confronti della donna ed agire in maniera da indurre autorità ed enti pubblici a conformarsi a tale obbligo;
 - e) prendere ogni misura adeguata per eliminare la discriminazione praticata nei confronti della donna da persone, organizzazioni o enti di ogni tipo;
 - f) prendere ogni misura adeguata, comprese le disposizioni di legge, per modificare o abrogare ogni legge, disposizione, regolamento, consuetudine o pratica che costituisca discriminazione nei confronti della donna;
 - g) abrogare tutte le disposizioni penali che costituiscono discriminazione nei confronti della donna.



Costituzione della Repubblica italiana

- art. 31. La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose. Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo.
- art. 37. La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale e adeguata protezione. La legge stabilisce il limite minimo di età per il lavoro salariato. La Repubblica tutela il lavoro dei minori con speciali norme e garantisce a essi, a parità di lavoro, il diritto alla parità di retribuzione.

Disabilità e patrimonio



Costituzione della Repubblica italiana

- art. 32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.
- art. 38. Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere, ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso d'fortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo, provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera.

Orientamento e identità sessuale



Risoluzione del Parlamento europeo sull'omofobia in Europa (2006)

Il Parlamento europeo ... condanna con forza ogni discriminazione fondata sull'orientamento sessuale; ... chiede alla Commissione di far sì che la discriminazione basata sull'orientamento sessuale sia vietata in tutti i settori, completando il pacchetto antidiscriminazione fondato sull'articolo 13 del Trattato.

Religione



Costituzione della Repubblica italiana

- art. 19. Tutti hanno diritto di professare liberamente la propria fede religiosa in qualsiasi forma, individuale o associata, di farne propaganda e di esercitarne in privato o in pubblico il culto, purché non si tratti di riti contrari al buon costume.

LEGISLAZIONE IN TEMA DI RISPETTO DELLE DIFFERENZE E ANTIDISCRIMINAZIONE



Generale

-  Legge 328/2000 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
DLgs 229/1999 e succ. mod.
Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419
-  LR 2/2003 Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- LR 29/2004 Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale

Genere

-  Legge 903/1977 Parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro
- Legge 164/1982 Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso
- DLgs 151/2001 Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53
- DLgs 198/2006 Codice delle pari opportunità tra uomo e donna
-  LR 12/2003 Norme per l'uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l'arco della vita, attraverso il rafforzamento dell'istruzione e della formazione professionale, anche in integrazione tra loro
- LR 13/2005 Statuto della Regione Emilia-Romagna
art. 41 - "Commissione per le Pari Opportunità fra donne e uomini"
- DGR 1838/2006 Approvazione del protocollo d'intesa in materia di iniziative regionali contro le discriminazioni
- DGR 1500/2008 Piano interno integrato delle azioni regionali in materia di pari opportunità di genere, 2008

Età

-  anziani
- LR 5/1994 Tutela e valorizzazione delle persone anziane - interventi a favore di anziani non autosufficienti
- DGR 2299/2004 e succ. mod.
Approvazione del Piano di azione per la comunità regionale. Una società per tutte le età: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo (PAR)

bambini e minori

-  Legge 285/1997 Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza
-  LR 1/2000 e succ. mod. Norme in materia di Servizi educativi per la prima infanzia
- LR 14/2008 Norme in materia di politiche per le giovani generazioni
- DGR 846/2007 Direttiva in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi

Nazionalità / paese di origine / cittadinanza



- Legge 33/1980 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, concernente provvedimenti per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per la previdenza, per il contenimento del costo del lavoro e per la proroga dei contratti stipulati dalle pubbliche amministrazioni in base alla legge 1 giugno 1977, n. 285, sull'occupazione giovanile (art. 1, laddove modifica art. 5 del DL 663/1979)
- Legge 943/1986 Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari e contro le immigrazioni clandestine
- Legge 39/1990 (Legge Martelli)
Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 1989, n. 416, recante norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello Stato. Disposizioni in materia di asilo
- DL 1/1992 Differimento di termini previsti da disposizioni legislative in materia di interventi in campo economico e sociale (art. 4. Assistenza sanitaria a cittadini extracomunitari)
- DL 489/1995 (Decreto Dini)
Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione europea (art. 13)
- Legge 40/1998 (Legge Turco-Napolitano)
Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (artt. 32 e 33)
- DLgs 286/1998 e succ. mod. e integrazioni
Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (artt. 34, 35, 36)
- DPR 394/1999 e succ. mod.
Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (art. 35)
- Circolare ministeriale 24 marzo 2000, n. 5
Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria (art. 43)



- LR 5/2004 Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati. Modifiche alle leggi regionali 21 febbraio 1990, n. 14 e 12 marzo 2003, n. 2
- Delibera Assemblea legislativa 206/2008
Approvazione del programma 2009-2011 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri (art. 3, comma 2, L.R. 5/2004)

Disabilità



- Legge 104/1992 Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate



- LR 29/1997 Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili
- LR 4/2008 Disciplina degli accertamenti della disabilità - Ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale
- DGR 1230/2008 Fondo regionale per la non autosufficienza - Programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità

A cura di
Barbara Calderone, Benedetta Riboldi, Maria Augusta Nicoli
Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Area Comunità, equità e partecipazione
maggio 2012

Ideazione e realizzazione grafica
Federica Sarti

Stampa
Centrostampa della Regione Emilia-Romagna