

PIANO PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018 - 2020

Programma Attuativo Annuale 2018

Distretto Ovest della Provincia di Ferrara



**PIANO PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020 E
PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE 2018
DISTRETTO OVEST FERRARA**

Capitolo 1 – Processo di creazione del Piano di Zona

Capitolo 2 – Analisi dei dati
(dati ed analisi dei bisogni del Distretto)

Capitolo 3 – Misure attuative per il contrasto alla povertà

Capitolo 4 – Obiettivi e priorità

Capitolo 5 – Strumenti per la valutazione e il monitoraggio del Piano di Zona

Schede intervento

Capitolo 1 – Processo di creazione del Piano di Zona

Con la Deliberazione Assembleare n. 120 della Regione del 12 luglio 2017 è stato approvato il Nuovo Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, il cui obiettivo è quello di puntare all'ammodernamento, al miglioramento dei servizi rispetto ad una società che negli ultimi anni è profondamente cambiata e che ha fatto emergere nuovi bisogni e nuove esigenze.

Gli obiettivi strategici individuati dal Nuovo Piano Sociale e Sanitario sono:

- lotta all'esclusione, alla povertà e alla fragilità;
- il Distretto come snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sociale e sanitaria;
- l'individuazione di obiettivi volti a sviluppare strumenti nuovi di prossimità, l'individuazione di obiettivi specifici di integrazione sociale e sanitaria e lo sviluppo delle Case della Salute e/o dei modelli integrati e multidisciplinari di intervento.

Successivamente con Delibera di Giunta Regionale n. 1423 del 02 ottobre 2017, sono state approvate le schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale. Le schede attuative, che seguono, discendono dagli obiettivi strategici individuati nel Piano Sociale e Sanitario, adottano un approccio fortemente trasversale per favorire l'integrazione degli interventi (non solo sociali e sanitari, ma anche educativi, formativi, per il lavoro, per la casa) e riguardano prevalentemente azioni innovative o già avviate, da rendere più efficaci tramite nuove procedure e strumenti e/o da potenziare e ampliare negli obiettivi. Le schede attuative individuate dalla Regione sono 39, suddivise in 5 aree di competenza:

- Area A "Domiciliarità e prossimità"
- Area B "Prevenzione disuguaglianze e promozione salute"
- Area C "Promozione autonomia"
- Area D "Partecipazione e responsabilizzazione"
- Area E "Qualificazione servizi"

Con l'approvazione del nuovo Piano Sociale e Sanitario la Regione Emilia Romagna ha avviato un percorso di formazione con i referenti degli Uffici di Piano dei Distretti, per guidarli nella stesura del Piano di Zona. In particolare sono stati indicati tre passaggi fondamentali:

- COME – individuare le schede d'intervento da sviluppare, e definire quali azioni si vogliono realizzare attraverso percorsi partecipati. Le schede devono rappresentare la declinazione distrettuale di quanto indicato nelle 34 schede di intervento approvate con la DGR 1423/2017 sopraindicata, e da realizzare a livello distrettuale; l'attuazione delle restanti 5 schede è di competenza regionale (le nn.: 13-Fondi integrativi extra LEA; 26-Empowerment e partecipazione di comunità; 30-Aggiornamento di strumenti e procedure sociosanitarie; 34-Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali; 39-Livelli essenziali delle prestazioni sociali nella Regione Emilia-Romagna);
- COSA – individuare l'oggetto di discussione;
- CHI – quali soggetti potrebbero essere coinvolti nella definizione delle azioni.

Sottolineando l'importanza della partecipazione attiva nella stesura del Piano di Zona, la Regione ha richiesto a ciascun Distretto di individuare due progettualità da condurre attraverso la metodologia del Community Lab ("programmazione partecipata per un welfare di comunità"). Sulla base degli obiettivi strategici del Nuovo Piano Sociale e Sanitario, la Regione ha suggerito che uno dei progetti fosse rivolto al tema del contrasto alla povertà.

Il Distretto Ovest ha presentato una progettualità legata al tema del contrasto alla povertà e lotta all'esclusione sociale, ed una riguardante il tema della conflittualità familiare.

Nello specifico, il primo progetto rappresenta l'ampliamento di un progetto già realizzato sul Comune di Cento, agli altri Comuni del Distretto. Si tratta di un percorso partecipato rivolto agli operatori e agli utenti delle Caritas che, attraverso l'utilizzo di attività pratiche, ha favorito la conoscenza tra operatori e le persone/utenti con cui lavorano, cercando di rompere il classico sistema assistenzialista del "dare-avere", promuovendo percorsi condivisi utili sia agli utenti che agli operatori stessi, finalizzati ad evitare l'emergenza, intervenendo in anticipazione sulle necessità del territorio e costruendo una rete entro la quale migliorare la qualità della vita della città. L'Amministrazione unitamente e attraverso gli operatori dei servizi comunali che sono primi conoscitori dei bisogni del territorio, valorizza la responsabilità propria e dei cittadini quale

presupposto necessario perché la collaborazione risulti orientata alla produzione di risultati utili e misurabili.

Obiettivo del processo di programmazione locale vuole essere il trasferimento di buone pratiche, promuovendo il percorso nell'intero territorio distrettuale con la facilitazione del Comune di Cento e dei mediatori sociali del Centro di Mediazione sociale di Cento.

Il processo intende quindi individuare e formare diversi stakeholders territoriali, quali Assistenti Sociali, rappresentanti di associazioni e Caritas, allenatori sportivi, educatori ecc., per sperimentare il percorso su un territorio vasto e al contempo integrarlo con nuove idee e proposte che emergeranno dagli incontri formativi, capitalizzando i contributi di tutti i soggetti coinvolti. L'idea è quella di creare una sorta di "cassetta degli attrezzi" della partecipazione, adattabile poi a diversi contesti.

Relativamente alla seconda progettualità, legata al tema della conflittualità familiare, è stato proposto un percorso che coinvolga il Centro per le Famiglie dell'Alto Ferrarese insieme al Servizio Sociale Professionale – Area Tutela minori e sostegno delle responsabilità familiari e Adulti, e che parta da un percorso già attivo a livello provinciale.

Le azioni da sviluppare legate a bisogni propri del territorio distrettuale, dovranno essere prioritariamente quelle di prevenzione, attraverso la creazione di nuove opportunità di formazione, ascolto ed espressione sia per gli operatori, sia per le famiglie.

Da una parte si vuole sviluppare un percorso formativo e di supervisione rivolto ad operatori; dall'altra, in sinergia con quello che è il percorso/progetto avviato a livello provinciale, si propone di costruire "percorsi di ascolto per le famiglie a Sistema", in cui vi sia un'unica "regia", un linguaggio comune, partendo da una mappatura di tutti i servizi presenti sul territorio, coinvolti nella tematica della conflittualità familiare, per agevolare le famiglie nella conoscenza di ciò che esiste e di cui è possibile fruire. Ripensando ai servizi in chiave "innovativa", quindi a luoghi (es. case della salute), ma anche non-luoghi (situazioni informali, luoghi non istituzionali) per permettere alle famiglie di esprimersi più liberamente, anche attraverso la creazione di un legame diretto con associazioni di affiancamento familiare che possano costruire, dove manca, una rete di aiuto che non preveda il coinvolgimento diretto dei servizi.

Oltre alla conduzione dei due percorsi partecipati sopraindicati, il Distretto Ovest ha deciso di procedere all'intera stesura del Piano di Zona triennale 2018-2020 attraverso modalità partecipative.

Di seguito vengono riportati gli incontri realizzati:

24 novembre 2017

Si è tenuto il primo incontro dell'Ufficio di Piano allargato con l'obiettivo di avviare il percorso di programmazione dei Piani di Zona. In particolare la partecipazione è stata estesa ad altri soggetti istituzionali e a tutti gli operatori dei servizi sociali e sanitari, individuati sulla base di una preliminare analisi delle priorità.

Durante tale incontro è stata presentata ai partecipanti la modalità di lavoro che si intendeva seguire, nello specifico è stato chiesto di dividersi, sulla base delle proprie competenze e/o preferenze, in diversi gruppi di lavoro corrispondenti alle 5 aree di intervento individuate nel Nuovo Piano Sociale e Sanitario. In particolare a ciascun gruppo è stato chiesto di analizzare le schede attuative di intervento regionali corrispondenti alla propria area e di individuare, partendo da quanto già esistente, le azioni: a cui dare continuità, da ampliare/integrare, da ridimensionare, ed eventualmente nuove da proporre.

Ciascun gruppo formato ha iniziato a lavorare in maniera autonoma, incontrandosi successivamente, per definire le azioni, partendo da un'analisi dei bisogni e delle necessità.

Si precisa che il lavoro sulle aree A ed E è stato svolto da operatori dell'Ausl in raccordo con i propri servizi coinvolti, riguardando prioritariamente interventi sanitari, con un'attività quotidiana di confronto, e di restituzione sistematica durante gli incontri dell'Ufficio di Piano allargato, pertanto non si riportano le date degli incontri.

4 dicembre 2017 e 7 dicembre 2017

Nella prima data si è riunito il gruppo relativo alle aree C e D, mentre nella seconda il gruppo di lavoro relativo all'area B. Entrambi, partendo dalle azioni già attive sul territorio e dalla normativa vigente, hanno iniziato a lavorare sulle proposte per la nuova programmazione.

14 dicembre 2017

Si è svolto il secondo incontro dell'Ufficio di Piano allargato, al quale hanno partecipato i membri dei diversi gruppi di lavoro. Durante l'incontro in particolare il gruppo relativo all'area B ha esposto quanto elaborato ed è avvenuto un confronto con anche gli altri soggetti presenti. Quanto emerso è stato raccolto dal gruppo B il quale ha successivamente continuato ad incontrarsi per procedere con i lavori.

20 dicembre 2017

Si è riunito il Comitato di Distretto nel quale sono stati presentati gli strumenti per la programmazione dei Piani di Zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020 e sono state discusse le proposte emerse nel corso degli incontri dell'Ufficio di Piano, in particolare la modalità di lavoro scelta per la costruzione del Piano di Zona.

20 dicembre 2017 e 10 gennaio 2018

Si è riunito il gruppo di lavoro relativo alle aree C e D il quale ha continuato il proprio confronto sulle attività ed i servizi già esistenti ed anche sull'analisi del contesto, in modo da definire una proposta progettuale basata sui bisogni realmente esistenti.

11 gennaio 2018

Si è tenuto il terzo incontro dell'Ufficio di Piano allargato, durante il quale è avvenuta l'esposizione delle proposte da parte del gruppo area C e D. Anche in questo caso, alla presentazione è seguito un confronto fra tutti i soggetti presenti in modo da permettere anche a chi non fa parte del gruppo, di dare il proprio contributo.

15 gennaio 2018

Si è riunito il gruppo relativo all'area B il quale ha deciso di operare formando tre sottogruppi relativi a tre macro aree quali Fragilità, Stranieri e Famiglie, alle quali sono state assegnate specifiche schede regionali. Successivamente è stato deciso di concentrare l'interesse sui bisogni specifici delle famiglie di cui fanno parte anche gli stranieri. Inoltre, ciascun operatore del gruppo, a seconda delle proprie competenze, si è impegnato ad effettuare una mappatura dei servizi presenti sul territorio, in particolare in merito agli stranieri ed alle famiglie.

L'obiettivo di tale lavoro è stato sia quello di conoscersi meglio tra operatori e servizi, che di comprendere meglio le eventuali progettualità da migliorare, da implementare o nuove da realizzare.

La riflessione emersa dal gruppo è stata di comprendere le diverse progettualità, partendo dal punto di vista dell'utente, di coloro che usufruiscono dei servizi e che li conoscono.

17 gennaio 2018 e 23 gennaio 2018

Si è riunito il gruppo relativo alle aree C e D, il quale ha continuato con la progettazione e definizione delle proposte di azioni da inserire nel Piano di Zona. Inoltre è stato chiesto loro di produrre una sintesi di quanto elaborato fino a quel momento, indicando obiettivi e priorità che il gruppo aveva individuato, e azioni proposte.

30 gennaio 2018

Si è riunito il gruppo relativo all'area B che ha analizzato ed implementato la mappatura dei servizi prodotta dal Centro per le Famiglie dell'Alto Ferrarese e dal Servizio Stranieri. Successivamente, considerata anche la complessità degli interventi afferenti a tale area, sono stati individuati quattro differenti ambiti su cui lavorare per la definizione delle proposte progettuali, che sono i seguenti:

- Sostegno alla genitorialità;
- Fragilità giovanile: i ragazzi che escono dal percorso scolastico (19-20 anni ed i giovani dai 24 anni in su;

- Bisogni delle persone straniere in situazione di sofferenza,
- Scuola come spazio aperto: una proposta per promuovere esperienze sportive e di aggregazione.

5 febbraio 2018

E' stato realizzato un primo incontro tra la Cabina di Regia per la programmazione del Piano di zona del Distretto Ovest, ed i referenti della Regione Emilia-Romagna che seguono il percorso di programmazione locale. L'incontro aveva come obiettivo quello di condividere le modalità d'azione e valutare insieme le successive fasi di lavoro.

7 febbraio 2018

Si è svolto il quarto incontro dell'Ufficio di Piano allargato, con i seguenti specifici obiettivi:

- Definire in maniera condivisa le modalità di realizzazione del primo open day allargato al terzo settore e a soggetti privati potenzialmente coinvolgibili;
- Verificare le modalità con cui si sono formati i gruppi di lavoro e possibilità di ridefinizione degli stessi.

Per il raggiungimento del primo obiettivo è stato chiesto ai partecipanti di scrivere su dei Post-it da attaccare su diversi cartelloni le informazioni base per l'organizzazione dell'evento. In particolare bisognava ipotizzare una data e l'orario, i soggetti da coinvolgere e le modalità con cui contattarli, ed in ultimo la tecnica di conduzione della giornata. Una volta raccolte le proposte di tutti i presenti è stato fatto un momento di restituzione per decidere la proposta da adottare.

In merito al secondo obiettivo, sono stati esaminati i gruppi di lavoro formati (professionalità degli operatori, tematiche trattate, ecc.) ed è stato chiesto di valutare la loro rappresentanza e l'eventuale necessità di apportare integrazioni e/o modifiche.

8 febbraio 2018

Si è riunito il Comitato di Distretto durante il quale è stato presentato il lavoro svolto dai diversi gruppi ed è stato illustrato quanto definito dalla DGR 2193/2017 in merito alla stesura dei Piani di Zona, nello specifico sono state presentate le diverse sezioni che costituiranno il Piano (analisi del contesto, scelte strategiche e priorità individuate, schede intervento, sezione dedicata al tema della povertà e lotta all'esclusione sociale, processo attivato per la realizzazione del Piano e valutazione e monitoraggio)).

7 marzo 2018

Si è svolto il quinto incontro dell'Ufficio di Piano allargato per concludere il confronto sul lavoro realizzato nei gruppi, ed ultimare l'organizzazione dell'Open Day.

In particolare è stato riportato quanto emerso dal gruppo di lavoro relativo all'Area B "Riduzione delle disuguaglianze e promozione della salute" con l'individuazione di tre diverse tematiche rispetto alle quali si propone di sviluppare specifiche progettualità. La prima è legata ai giovani/adulti, per i quali esistono già interventi realizzati dallo Spazio Giovani, e riguarda la necessità di costruire una modalità di raccolta e comprensione dei loro bisogni ed interessi. La seconda riguarda gli adolescenti ed è rappresentata dal bisogno di creare una stretta collaborazione con le scuole, principalmente nella fascia pomeridiana, attraverso l'apertura e l'utilizzo dello spazio da parte di soggetti esterni, ad es. associazioni, per la promozione di attività extrascolastiche ("scuola aperta"). La proposta sarebbe rivolta in particolare agli Istituti Superiori. La terza tematica riguarda i primi 1.000 giorni di vita, nello specifico riguarda la possibilità di lavorare sulla neonatalità e neogenitorialità, costruendo una equipe multidisciplinare al fine di potenziare azioni già esistenti per intervenire sulla domiciliarità.

Relativamente all'organizzazione dell'Open Day, sono state individuate le diverse aree tematiche da trattare, ad ognuna delle quali sarebbe stato assegnato un gruppo di lavoro, e proposti i facilitatori che avrebbero condotto ciascun gruppo di lavoro.

23 marzo 2018

E' stato realizzato il primo incontro aperto "Open Day" per la programmazione del Piano di Zona al quale hanno partecipato circa 100 persone, tra amministratori, operatori del sociale, del sanitario, del Terzo Settore e Organizzazioni Sindacali.

A seguito di una presentazione iniziale del Nuovo Piano Sociale e Sanitario e del lavoro svolto fino a quel giorno, i partecipanti si sono suddivisi in cinque differenti gruppi di lavoro, scegliendo spontaneamente in quale stare, corrispondenti alle tematiche individuate nell'Ufficio di Piano, precisamente: "Contrasto alla povertà", "Sostegno alla genitorialità – primi 1.000 giorni di vita", "Adolescenti, giovani/adulti", "Autonomia e prevenzione – Anziani" ed "Autonomia e prevenzione – Disabili". All'interno di ciascun gruppo, mediato da due facilitatori, sono stati raccolti bisogni e proposte da parte dei partecipanti. I gruppi hanno proseguito il lavoro fino al termine della giornata ed è stato comunicato che la restituzione di quanto emerso sarebbe stata fatta nel prossimo "Open Day".



4 aprile 2018

Si è tenuto il sesto incontro dell'Ufficio di Piano allargato durante il quale è stata fatta una restituzione del lavoro dell'Open Day del 23 marzo, analizzando i bisogni e le proposte emersi ed individuando le principali tematiche trattate, quali in particolare il sostegno e la cura della famiglia, la promozione di attività motorie, sia per il mantenimento di corretti e sani stili di vita, sia come momento di socializzazione, ed infine tutti i gruppi hanno manifestato la necessità di fare rete e di favorire un corretto scambio di informazioni, attraverso anche una formazione mirata dei soggetti/operatori della rete.

Inoltre è stata definita l'organizzazione del secondo "Open Day" previsto per il 18 aprile.

12 aprile 2018

Si è svolto il secondo incontro con i referenti della Regione Emilia-Romagna per condividere quanto emerso dal primo "Open Day" e valutare insieme come strutturare il secondo. In particolare è stato deciso di lavorare, nel secondo incontro aperto, sulla strutturazione e consolidamento della rete, procedendo nel seguente modo:

- a ciascun gruppo sarà mostrata la mappa dei soggetti pubblici e privati presenti al precedente incontro, che eventualmente potrà essere integrata con i nuovi soggetti presenti, lavorando sulle domande “Quali sono le mappe di cui ho bisogno?” - “Quali sono i legami necessari per affrontare la tematica?”;
- successivamente, attraverso l'uso di post-it, a ciascun partecipante sarà chiesto di rispondere alle domande: “Cosa già faccio?”, “Cosa posso fare io?” “Cosa posso fare io con gli altri?”, attaccando poi le risposte su un cartellone;
- infine sarà chiesto ad ognuno di “posizionarsi” rispetto alla programmazione, utilizzando una sedia o un tavolo, che rappresentano la programmazione. Rispetto a come ognuno si sentirà, si metterà ad una determinata distanza dalla stessa. Anche la posizione del corpo avrà un significato importante.

18 aprile 2018

Durante tale giornata è stato realizzato il secondo evento aperto “Open Day” per la programmazione dei Piani di Zona al quale hanno aderito circa 80 persone, tra amministratori, operatori del sociale, del sanitario, del Terzo Settore e sindacati.

Dopo un momento di iniziale di presentazione di quanto emerso nella giornata del 23 marzo, i partecipanti hanno proseguito nel lavoro divisi per gruppi. In particolare gli obiettivi della giornata sono stati: di proseguire con l'ascolto e la raccolta dei bisogni e di “mettere le basi” per costruire e consolidare la rete. Sul territorio esistono infatti molte realtà che spesso fra loro non si conoscono; l'obiettivo è quello di metterle a sistema in modo da garantire una migliore offerta.

Al termine dell'attività ai partecipanti è stato chiesto di esprimere come si sentono rispetto alla programmazione triennale, la distanza che percepiscono da essa e le sensazioni che provano, rappresentate in parte dalle foto e dalle frasi sotto riportate:



“Distanza media e di apertura” “Rilassata e pronta” “Mi aspettavo tanto e sono vicina”
 “Speranzosa e vicina perché ci credo” “Vicina ma con gli altri” “Insieme e abbracciate perché insieme è più facile da quando ci conosciamo meglio” “Un dito puntato ad indicare una meta”
 “Incerta sul compito, ma positiva. Spero che si valuterà e si terrà conto delle cose che abbiamo indicato e delle questioni sollevate” “Agganciata” “Sguardo fisso e agganciata alla ragazza più giovane” “Scettica perché sono anni che ci pensiamo, speriamo che questa volta sia diverso”

2 maggio 2018

Si è tenuto l'incontro con i facilitatori dei diversi gruppi di lavoro per fare una verifica di quanto emerso dagli “Open Day” e per valutare insieme le priorità per il triennio. Inoltre sono state decise le modalità con cui procedere alla stesura delle schede intervento da inserire nel Piano di Zona.

Nella settimana successiva si sono tenuti alcuni incontri con i singoli facilitatori favorendo un confronto diretto rispetto ai contenuti da inserire all'interno delle schede intervento del Piano di Zona.

21 maggio 2018

In tale giornata si è svolto il Comitato di Distretto durante il quale è stato illustrato il percorso realizzato e sono stati presentati i bisogni emersi nel corso degli "Open Day", andando a definire insieme obiettivi e priorità per il triennio.

27 giugno 2018

Si è riunito il Comitato di Distretto, durante il quale è stato presentato e discusso il Piano di Zona per la salute ed il benessere sociale triennale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018. In particolare sono stati analizzati gli interventi inseriti all'interno delle schede attuative ed i relativi aspetti finanziari.

Nella stessa data il Piano di Zona è stato presentato anche alla Commissione Consigliare III "Istruzione, Servizi Sociali, Associazionismo, Sport, Cultura".

28 giugno 2018

Si è tenuto l'incontro di concertazione con i rappresentanti del Terzo Settore ed i Sindacati, per la discussione e approvazione del Piano di Zona per la salute ed il benessere sociale triennale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018.

4 luglio 2018

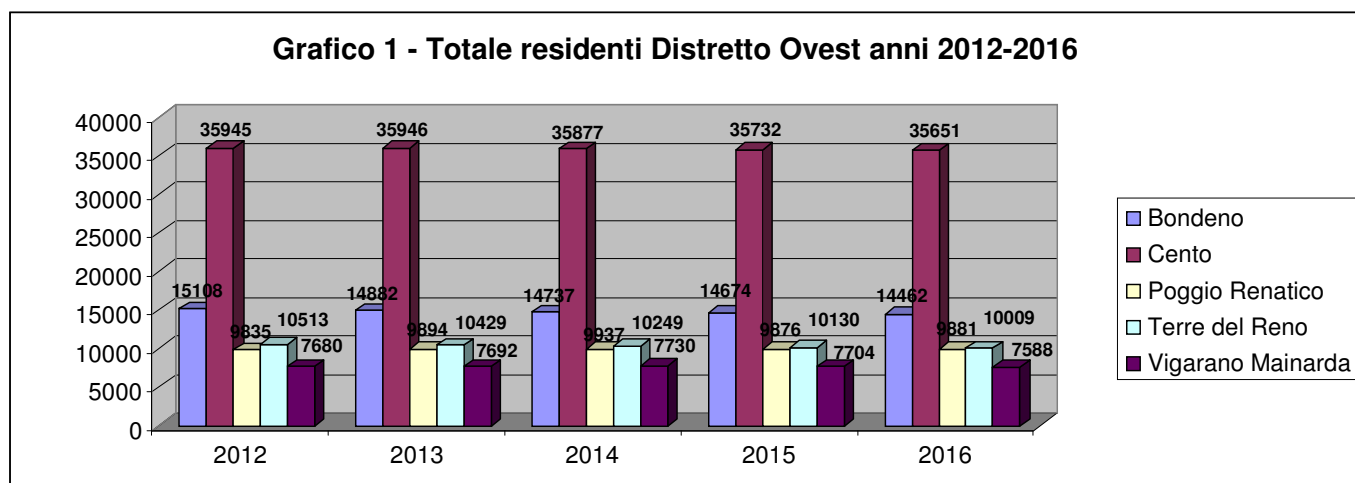
Si è riunito il Comitato di Distretto per l'approvazione del Piano di Zona per la salute ed il benessere sociale triennale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018.

Capitolo 2 – Analisi dei dati

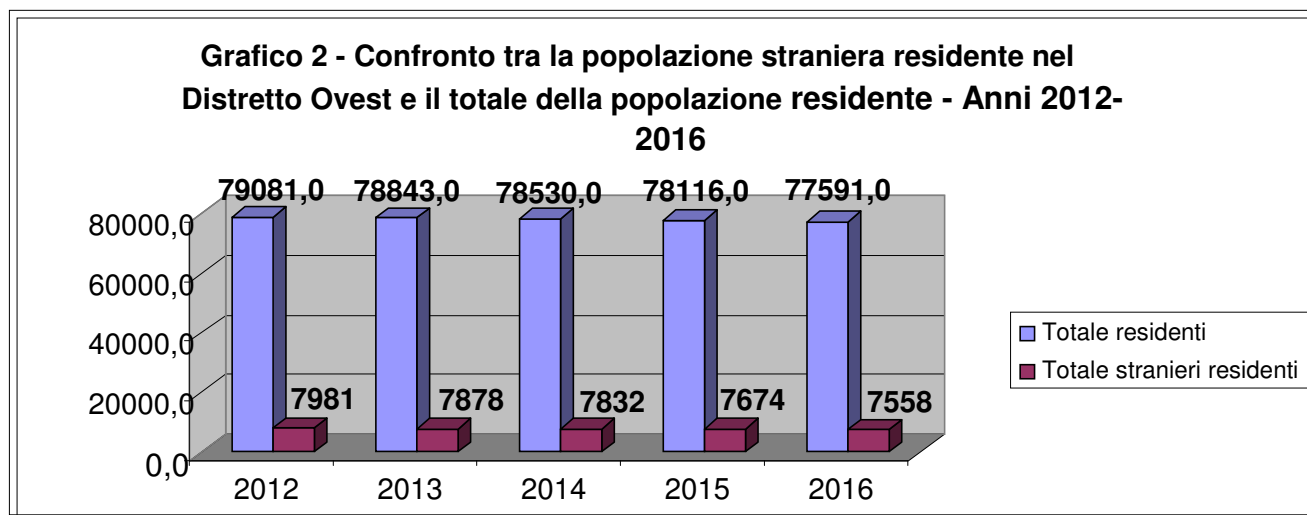
DATI DEMOGRAFICI

La popolazione totale dei cinque comuni del Distretto Ovest ammonta a 77.591 abitanti residenti al 31/12/2016, di cui 7.558 sono di origine straniera, pari al 9,7% del totale.

Di seguito viene mostrato l'andamento relativo al numero di residenti sul Distretto Ovest, dall'anno 2012 all'anno 2016.

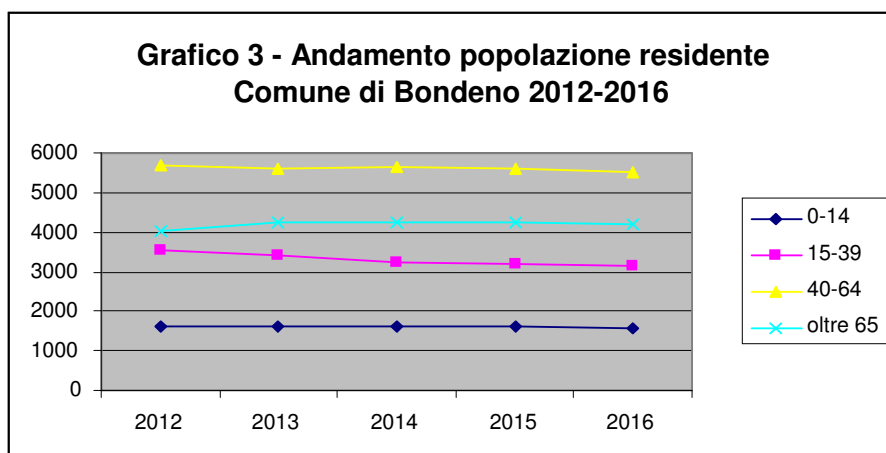


Il *grafico n.2* mostra la percentuale di popolazione straniera residente, rispetto al totale e la sua variazione dal 31/12/2012 al 31/12/2016. In particolare nel corso degli anni si è avuto gradualmente un calo sia della popolazione totale residente sul territorio, sia della percentuale della popolazione straniera.



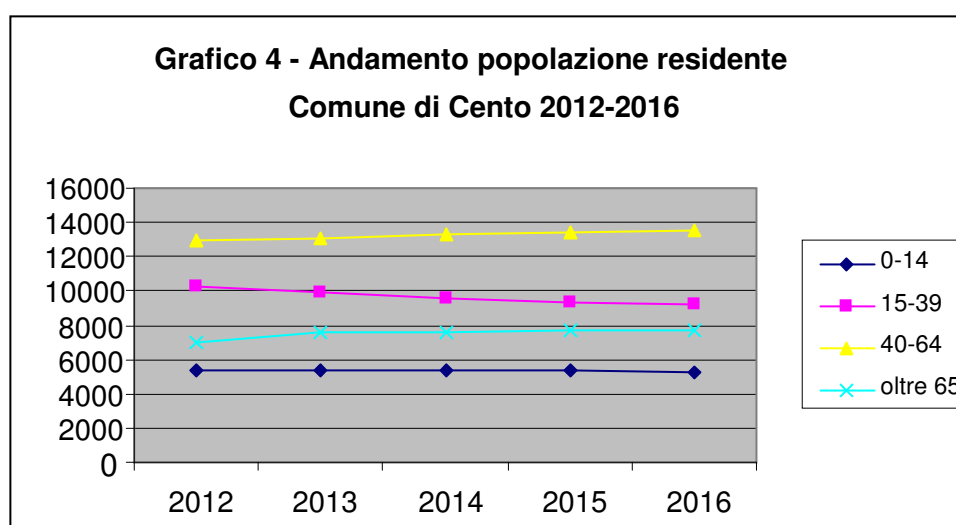
La *Tabella 1* ed il *grafico 3* mostrano l'andamento della popolazione residente nel Comune di Bondeno dal 31/12/2012 al 31/12/2016 suddivisa per fasce d'età, osservando un lieve calo della popolazione residente per le fasce d'età dai zero ai 64 anni mentre un aumento della popolazione ultra sessantacinquenne, con un leggero calo nell'ultimo anno.

BONDENO					
	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016
0-14	1628	1607	1600	1610	1588
15-39	3549	3401	3244	3205	3139
40-64	5683	5608	5629	5597	5540
oltre 65	4012	4266	4264	4262	4195



La *Tabella 2* ed il *grafico 4* mostrano l'andamento della popolazione residente nel Comune di Cento dal 31/12/2012 al 31/12/2016 suddivisa per fasce d'età, osservando un calo della popolazione residente per le fasce d'età dai zero ai 39 anni mentre un aumento della popolazione dai 40 agli oltre 65 anni di età.

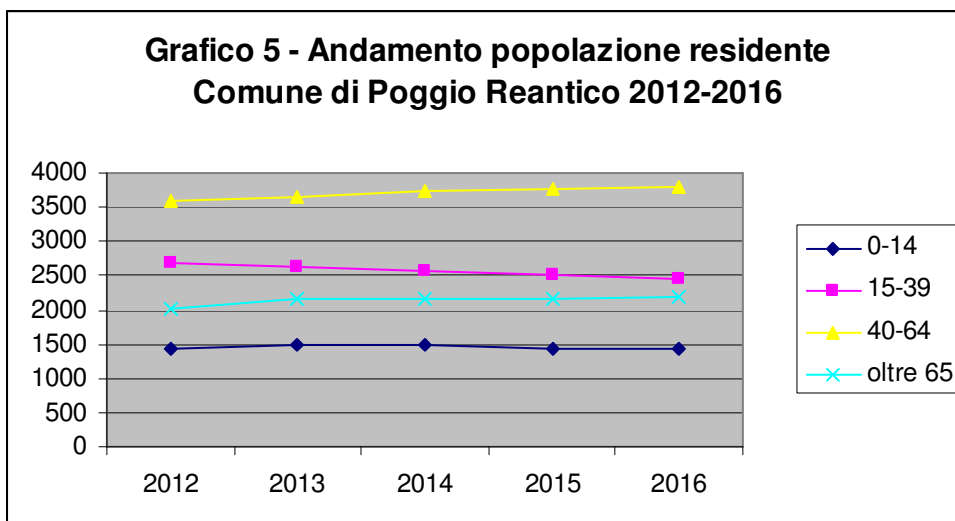
CENTO					
	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016
0-14	5389	5398	5368	5315	5243
15-39	10240	9927	9598	9331	9175
40-64	12931	13081	13279	13403	13523
oltre 65	7009	7540	7632	7683	7710



La *Tabella 3* ed il *grafico 5* mostrano l'andamento della popolazione residente nel Comune di Poggio Renatico dal 31/12/2012 al 31/12/2016 suddivisa per fasce d'età, osservando anche in

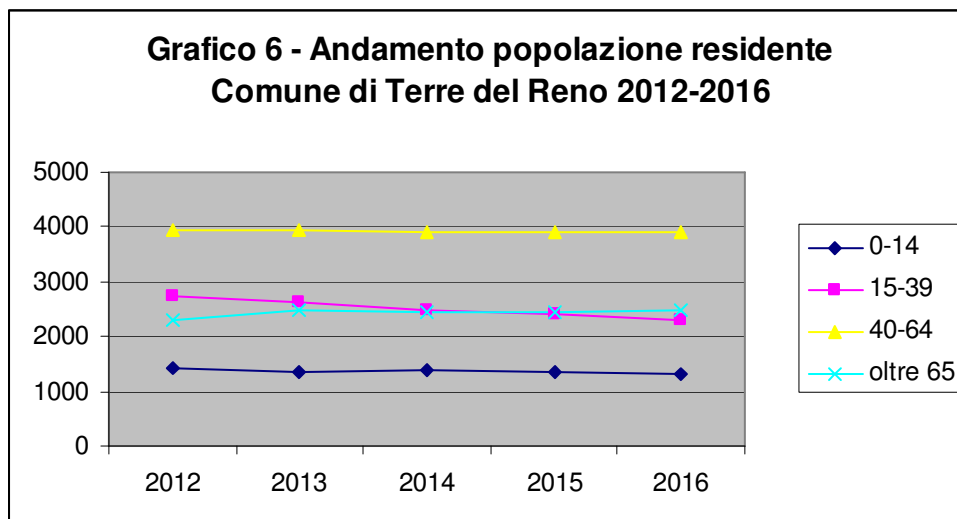
questo caso un calo della popolazione residente per le fasce d'età dai zero ai 39 anni mentre un aumento della popolazione dai 40 agli oltre 65 anni di età.

POGGIO RENATICO					
	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016
0-14	1439	1484	1482	1432	1435
15-39	2685	2614	2571	2515	2465
40-64	3594	3649	3729	3773	3786
oltre 65	2023	2147	2155	2156	2195



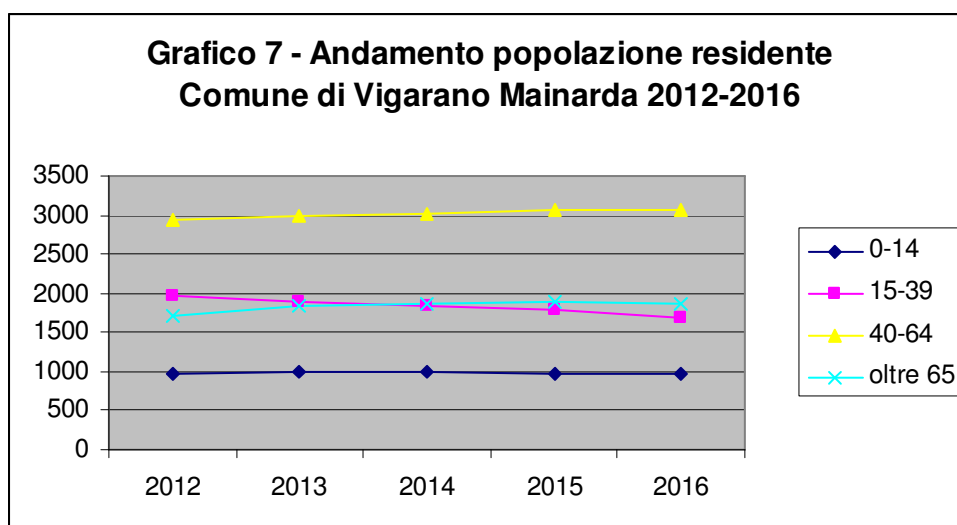
La *Tabella 4* ed il *grafico 6* mostrano l'andamento della popolazione residente nel Comune di Terre del Reno dal 31/12/2012 al 31/12/2016 suddivisa per fasce d'età, osservando un calo della popolazione residente per le fasce d'età dai zero ai 64 anni mentre un trend di aumento per la popolazione ultra sessantacinquenne.

TERRE DEL RENO					
	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016
0-14	1426	1354	1395	1359	1318
15-39	2740	2631	2491	2404	2307
40-64	3940	3944	3922	3918	3894
oltre 65	2298	2500	2441	2449	2490



La *Tabella 5* ed il *grafico 7* mostrano l'andamento della popolazione residente nel Comune di Vigarano Mainarda dal 31/12/2012 al 31/12/2016 suddivisa per fasce d'età, osservando un calo della popolazione residente per le fasce d'età dai zero ai 39 anni mentre un aumento per la popolazione dai 40 agli oltre 65 anni d'età.

VIGARANO MAINARDA					
	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016
0-14	974	989	999	981	965
15-39	1958	1897	1850	1783	1689
40-64	2948	2977	3018	3058	3067
oltre 65	1717	1829	1863	1882	1867



La *Tabella n. 6* mostra la variazione del **TASSO DI IMMIGRAZIONE** negli anni dal 2012 al 2016, suddiviso per Comuni del Distretto Ovest. I dati rilevano una tendenza di diminuzione del tasso di immigrazione per tutti i Comuni del Distretto Ovest.

Tasso di immigrazione					
	2012	2013	2014	2015	2016
Bondeno	24,87	34,91	25,07	26,55	25,02
Cento	56,64	41,58	28,65	26,4	29,49
Poggio Renatico	53,31	44,64	35,42	38,44	37,83
Terre del Reno	39,3	36,17	29,23	37,72	33,60
Vigarano Mainarda	43,82	67,43	34,04	34,95	29,7

La *Tabella n.7* mostra la variazione del **TASSO DI EMIGRAZIONE** negli anni dal 2012 al 2016, suddiviso per Comuni del Distretto Ovest.

Tasso di emigrazione					
	2012	2013	2014	2015	2016
Bondeno	29,41	25,22	26,08	21,24	28,25
Cento	36,4	27,09	29,68	27,57	29,61
Poggio Renatico	41,37	31,93	30,78	40,05	35,19
Terre del Reno	46,23	46,98	38,34	42,58	44,97
Vigarano Mainarda	31,89	37,8	31,7	32,22	33,63

La *Tabella n.8* mostra la variazione del **TASSO MIGRATORIO TOTALE** negli anni dal 2012 al 2016, suddiviso per Comuni del Distretto Ovest.

Tasso migratorio totale					
	2012	2013	2014	2015	2016
Bondeno	-4,55	9,69	-1,01	5,31	-3,23
Cento	20,24	14,49	-1,03	-1,17	-0,11
Poggio Renatico	11,94	12,71	4,64	-1,62	2,64
Terre del Reno	-6,94	-10,81	-9,11	-4,86	-11,37
Vigarano Mainarda	11,93	29,63	2,34	2,73	-3,93

A questo punto analizziamo l'**indice di dipendenza**, che equivale al rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0 -14 anni e oltre 64 anni) e la popolazione attiva (15-64 anni). L'indice totale corrisponde alla somma degli indici di dipendenza giovanile e senile. L'indice di vecchiaia invece rappresenta il n. di residenti over 65 ogni 100 residenti under 15.

De seguito si riportano i dati relativi ai Comuni del Distretto Ovest in merito a tale indicatore, dove si può notare che il Comune di Cento presenta nel tempo, il valore più contenuto.

Tab. 9

COMUNE	ANNO 2013				ANNO 2014			
	INDICE DI DIPENDENZA			INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI DIPENDENZA			INDICE DI VECCHIAIA
	Giov.	Senile	Totale		Giov.	Senile	Totale	
Bondeno	17,6	46	63,6	260,9	17,8	47,4	65,2	265,5
Cento	23,3	31,9	55,1	137	23,5	32,8	56,2	139,7
Poggio Renatico	22,9	33,7	56,6	147,1	23,7	34,3	58	144,7
Terre del Reno	19,9	36,7	56,5	184,8	20,3	37,5	60,7	184,9
Vigarano Mainarda	21	38,3	59,3	183,6	20,4	40,25	57,8	116,37
TOTALE DISTRETTO OVEST	21,6	35,7	57,3	165,4	21,8	36,8	58,5	168,8

COMUNE	ANNO 2015				ANNO 2016				ANNO 2017			
	INDICE DI DIPENDENZA			INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI DIPENDENZA			INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI DIPENDENZA			INDICE DI VECCHIAIA
	Giov.	Senile	Totale		Giov.	Senile	Totale		Giov.	Senile	Totale	
Bondeno	18	48,1	66,1	266,5	18,3	48,4	66,7	264,7	18,3	48,3	66,6	264,2
Cento	23,5	33,4	56,8	142,2	23,4	33,8	57,2	144,6	23,1	34	57,1	147,1
Poggio Renatico	23,5	34,2	57,7	145,4	22,8	34,3	57,1	150,6	23	39,3	58,1	153
Terre del Reno	20,5	38,3	58,8	186,5	20,3	38,9	59,1	191,8	20,3	38	59,5	193,5
Vigarano Mainarda	42,9	40,6	62	115,06	21,2	41,2	62,4	195,9	21,3	37,65	61,4	188,9
TOTALE DISTRETTO OVEST	22	37,2	59,2	169,3	21,8	37,6	59,5	172,3	21,7	38	59,7	175

Infine la *Tabella n.10* mostra la variazione del **TASSO DI CRESCITA NATURALE** negli anni dal 2012 al 2016, suddiviso per Comuni del Distretto Ovest.

Tasso di crescita naturale					
	2012	2013	2014	2015	2016
Bondeno	-8,36	-9,15	-8,99	-10,01	-11,55
Cento	0,54	-0,73	-1,7	-3,05	-2,81
Poggio Renatico	-1,13	0,31	-2,32	-5,36	-0,91
Terre del Reno	-4,60	-1,27	-4,39	-6,92	-5,62
Vigarano Mainarda	-4,29	-2,63	-1,95	-3,38	-9,68

Il contesto sanitario nei distretti della provincia di Ferrara.

Contesto socio-demografico: gli indicatori denotano una popolazione matura, che sostiene un forte carico sociale

La popolazione ferrarese presenta le caratteristiche demografiche tipiche di una società “matura”, dove una forte presenza di anziani si accompagna a una limitata presenza di giovani, e le classi di età centrali - che riuniscono la popolazione economicamente attiva, oltre che quella tradizionalmente impegnata nelle attività di cura – sono proporzionalmente meno presenti. Nel 2017 l'indicatore provinciale che esprime il “**carico sociale**” di un territorio, cioè l'indice di dipendenza, è pari a 63 (che è ben superiore alla soglia critica di 50): su **100 persone in età lavorativa si contano 63 persone bisognose di sostegno, ciò significa che più della metà della popolazione “dipende” da meno della metà della popolazione stessa.**

Indice di dipendenza (anno 2017): Distretto Centro Nord 0.64, Ovest 0.60, Sud Est 0.64, Provincia di Ferrara 0.63, RER 0.60

Il fenomeno della denatalità, associato a una riduzione della mortalità e all'aumentata aspettativa di vita, fa perdurare la ormai consolidata tendenza all'invecchiamento di questo territorio, che registra una presenza di anziani - e in particolare dei grandi anziani ultra75enni - tra le più alte in Italia (27,5%), e una percentuale di under 15 (11,1%) tra le più basse.

Tasso di natalità (anni 2010-2016): tasso standardizzato per 1.000 ab. Serie storica anni 2010 - 2016

Distretto	2010	2012	2014	2016
Centro Nord	7,1	6,7	6,3	5,7
Ovest	10,6	9,6	7,7	7,4
Sud Est	7,2	7,1	5,9	5,3
Provincia di Ferrara	7,9	7,5	6,5	5,9

Fonte: Rapporto CEDAP.

L'invecchiamento si caratterizza per una forte polarizzazione: un altissimo indice di vecchiaia e dipendenza degli anziani in alcuni comuni del medio ferrarese (Berra, Copparo, Jolanda e Ro), e indici di vecchiaia e di dipendenza più bassi nell'Alto Ferrarese (Cento, Poggio Renatico, Terre del Reno, Vigarano Mainarda) che sono allineati alla media regionale e italiana¹.

Indice di vecchiaia (anno 2017): Distretto Centro Nord 277,3, Ovest 175, Sud Est 272,2, Provincia di Ferrara 248,2, RER 177.5.

¹ I dati di popolazione sono elaborati sulla popolazione residente al 1/1/2017. Fonte: Regione Emilia Romagna.

% di grandi anziani 75anni+ (anno 2017): Distretto Centro Nord 15.4, Ovest 12.5, Sud Est 14.9, Provincia di Ferrara 14.6, RER 12.7

% under 15 anni (anno 2017): Distretto Centro Nord 10.4, Ovest 13.6, Sud Est 10.4, Provincia di Ferrara 11.1, RER 13.4

Da un punto di vista demografico si delinea quindi il quadro di un territorio che presenta bisogni di salute eterogenei, in un contesto generale a forte domanda di assistenza.

L'impatto della popolazione anziana, e in particolare dei grandi anziani, sul sistema sanitario e socio-sanitario è elevata. Ci troviamo in presenza di cittadini prevalentemente "pluripatologici", caratterizzati da situazioni di cronicità, disabilità (a diversi stadi e livelli) e demenza, che richiedono interventi sanitari "a lungo termine". Sono persone, spesso in polifarmaco terapia, che ricorrono frequentemente al ricovero in ospedale; per rimanere al loro domicilio necessitano di interventi di assistenza integrata domiciliare o, dove non sia possibile e nei casi di non autosufficienza, di servizi residenziali temporanei (sollevio) o semi-residenziali.

A questo si associa il fenomeno di generale indebolimento delle famiglie, i soggetti che sono tradizionalmente impegnati nell'assistenza. La riduzione della loro dimensione, la crescente mobilità delle persone che le porta a vivere più o meno lontano dai luoghi di nascita e di discendenza, le mutazioni nella struttura per età (alta percentuale di anziani che vivono soli e di coppie anziane, l'invecchiamento di chi presta assistenza) e provenienza della popolazione, fanno disegnare il quadro di un progressivo indebolimento delle reti familiari nel senso più ampio.

Questo indebolimento fa sì, per esempio, che il 40% delle persone disabili attualmente in carico all'area disabilità dell'Ausl di Ferrara abbia una rete familiare fragile (composta solo dalla madre o solo dal padre o solo con fratelli/sorelle) e che il 64% dei familiari (padre e/o madre) degli ospiti dei centri della Provincia abbia più di 61 anni. Un disabile ogni quattro è inoltre senza fratelli/sorelle.

Dal punto di vista epidemiologico, la struttura della popolazione si riflette in una maggiore **incidenza delle patologie croniche** (diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio) rispetto alla media regionale e da **una aumentata prevalenza e incidenza delle patologie cronico degenerative e delle forme di demenza**. Nell'infanzia, le patologie infettive mostrano una bassa numerosità e un trend in discesa, sia per le buone condizioni sociali e sanitarie, sia per i programmi di vaccinazione svolti (le coperture vaccinali sono prossime alla soglia raccomandata del 95%)².

In questo contesto di elevato carico sociale e forte bisogno di assistenza, l'**aspettativa di vita** media a Ferrara risulta essere la più bassa della RER. Tuttavia va sottolineato che questo valore è progressivamente cresciuto negli ultimi anni e nel 2016 si è sostanzialmente allineato al valore medio nazionale, che è tra i più alti al mondo³.

Speranza di vita alla nascita (valori in anni) in provincia di Ferrara. Anni 2007-2016

	2007	2014	2015	2016
speranza di vita alla nascita maschi	78,2	80,2	79,5	80,3
speranza di vita alla nascita femmine	83,9	84,4	83,5	84,2
speranza di vita a 65 anni maschi	17,5	18,8	18,4	19,2
speranza di vita a 65 anni femmine	21,6	22,1	21,3	21,8

² Bilancio di missione Azienda Usl di Ferrara. Anno 2015

³ La speranza di vita alla nascita (o aspettativa di vita media) indica il numero medio di anni che una persona può contare di vivere dalla nascita nell'ipotesi in cui, nel corso della propria esistenza sia sottoposta ai rischi di mortalità registrati per età, nell'anno in cui avviene l'osservazione. Non è un indicatore fisso e va rivisto man mano che si invecchia e in riferimento all'anno in cui avviene l'osservazione. In particolare, a parità di condizioni sanitarie, l'aumento della longevità è correlato positivamente con un miglioramento delle condizioni economiche, ovvero con un tenore di vita più elevato e con un innalzamento dei livelli di istruzione.

Speranza di vita alla nascita e a 65 anni (valori in anni). Maschi e femmine. Anno 2016

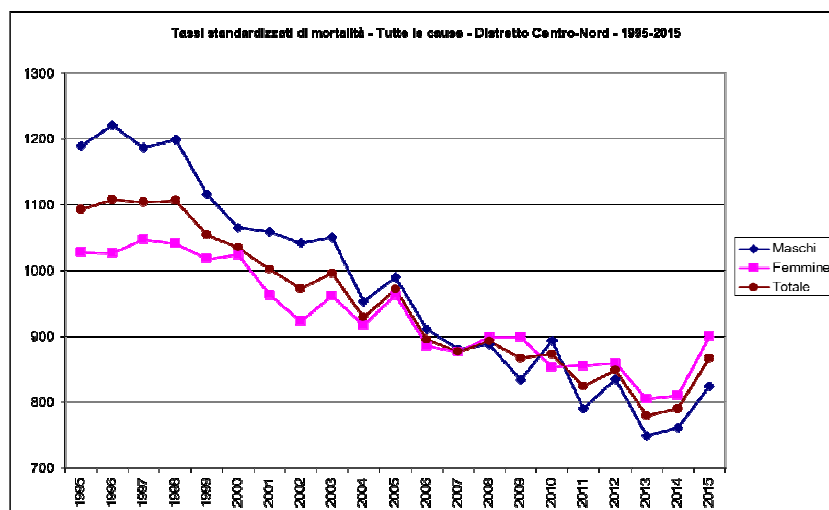
	Speranza di vita (valore in anni) ANNO 2016	
	alla nascita (M-F)	a 65 anni (M-F)
Ferrara	80,3 – 84,2	19,2 – 21,8
Regione ER	81,2 -85,3	19,6 - 22,5
Italia	80,6 - 85	19,1 – 22,3

Dati ISTAT e Osservatorio nazionale della Salute anno 2017.

A parte la flessione del 2015, che ha riguardato l'intero territorio nazionale, l'andamento evidenzia una progressiva crescita, sia per gli uomini che per le donne⁴. L'aumento della speranza di vita interessa anche le persone portatrici di disabilità: in Europa la aspettativa media delle persone con disabilità si assesta intorno ai 62 anni (negli anni '60 non superava la maggiore età e nel decennio successivo arrivava a 33 anni) e circa il 10% di esse supera i 70 anni d'età.

Il principale fattore che ha sostenuto la crescita dell'aspettativa di vita a Ferrara è stata la **riduzione della mortalità**: negli ultimi 20 anni, il tasso di mortalità è diminuito del 17% all'anno, come variazione percentuale.

Tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause (Distretto Centro - Nord). Anni 1995-2015



Profilo di salute della comunità ferrarese. Azienda Usl di Ferrara (dicembre 2016).

Totale deceduti e tasso grezzo di mortalità per Distretto di residenza. Anno 2017

Distretto	N deceduti	Tasso grezzo di mortalità
Centro Nord	1.319	759,4
Ovest	529	681,8
Sud Est	746	758,0
Provincia di Ferrara	2.594	741,8

Banca dati REM, Regione Emilia Romagna.

La diminuzione delle morti per malattie cardiovascolari (-13% all'anno negli ultimi 20 anni) ha giocato un ruolo importante. Tuttavia le malattie del sistema circolatorio continuano a

⁴ Il divario tra i sessi, seppure in lieve diminuzione, rimane elevato (circa 4 anni). Studi recenti hanno rilevato come questo differenziale sia attribuibile per il 60% circa alla minore mortalità delle donne nell'ambito delle malattie cardiovascolari e dei tumori. Profilo di salute della comunità ferrarese - Azienda Usl di Ferrara dicembre 2016.

rappresentare la prima causa di morte delle donne ferraresi (38,7%), mentre negli uomini la causa principale è rappresentata dai tumori (34,5%).

Tra i fattori che si possono associare alla crescita dell'aspettativa di vita c'è l'assistenza sanitaria per condizioni potenzialmente letali. Per esempio a Ferrara il tasso di mortalità dopo un ricovero ospedaliero per infarto si è significativamente ridotto. Anche la riduzione della mortalità per incidente stradale, grazie a tanti interventi multisettoriali, ha un impatto positivo importante (diminuzione assoluta pari all'84%, nel periodo 2001-2015) ⁵. Sono invece aumentati molto, a livello mondiale, gli anni di vita persi per l'Alzheimer e la cardiopatia ipertensiva⁶.

Il ricorso ai servizi sanitari

Il ricorso al **ricovero ospedaliero, come forma di assistenza sanitaria, mostra un trend in diminuzione**⁷, con avvicinamento ai valori medi regionali, in conseguenza anche a miglioramenti nella gestione di malattie croniche a livello territoriale.

Tasso standardizzato di ospedalizzazione e di accesso al PS (per 1.000 abitanti) per Distretto di residenza e Anno di dimissione 2016

Distretto di residenza	Tasso standardizzato di ospedalizzazione	Tasso standardizzato di accesso al PS
CENTRO-NORD	148,8	355,7
OVEST	147,1	400,4
SUD-EST	155,2	451,6
TOTALE	150,1	392,7

Banca dati SDO e Banca dati PS, Regione Emilia-Romagna.⁸

Il quadro d'insieme è caratterizzato dall'elevato impegno sanitario e sociale dovuto a patologie cronico-degenerative quali quelle cardiocircolatorie, tumorali e respiratorie, che frequentemente vedono come fattori determinanti/favorevoli quelli legati a stili di vita non corretti (fumo di sigaretta, inattività fisica, alimentazione non corretta, abuso di alcol...) e che possono essere oggetto di interventi di educazione della salute.

Tra le cause principali di ricovero si ritrovano, nello specifico, le patologie a carico del sistema cardiocircolatorio (15.4% nel 2013 sulla totalità delle patologie) e i tumori (11.8% nel 2013), che insieme inducono oltre il 25% dei ricoveri. ⁹

Si registrano inoltre nuove tipologie di "**dimissione difficile**", tra le quali anziani soli, disturbi psichiatrici in giovani e adulti, forme di dipendenza patologica da sostanze, multiethnicità, famiglie con problematiche socio-economiche, neonati abbandonati.

In questo contesto di complessità si inserisce la Centrale Dimissioni e Continuità Assistenziale, con l'obiettivo di agevolare l'interfaccia tra i diversi servizi assistenziali, garantire al cittadino adeguata presa in carico nel luogo di cura più appropriato, secondo la gravità/complessità dei suoi bisogni, promuovere percorsi sanitari organizzati per intensità di cura

Il progetto della Centrale (avviato nel 2017) si articola sui tre distretti, attraverso i quattro presidi ospedalieri pubblici, tra i quali l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Sant'Anna", e i tre di Cento, Argenta e Lagosanto afferenti all'Azienda Territoriale. A questi si affiancano le due strutture accreditate presenti nella città di Ferrara e quattro strutture intermedie pubbliche o convenzionate (due Ospedali di Comunità e due Hospice). Nella rete assistenziale si inseriscono anche le

⁵ I dati sulla mortalità e cause di morte sono tratti dal Profilo di salute della comunità ferrarese. Azienda Usl di Ferrara (dicembre 2016) all'anno 2015.

⁶ Dementia. A public health priority. World Health Organization. Anno 2012.

⁷ Il decremento citato ha interessato sia i soggetti ricoverati presso le strutture dell'Ausl, sia quelli ricoverati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

⁸ Nel tasso di ospedalizzazione sono esclusi i neonati sani e comprese le schede di mobilità passiva interregionale in contestazione. Tasso standardizzato di ospedalizzazione: Tasso x 1.000 abitanti. La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella italiana residente al 01/01/2012.

⁹ Numeri minori, ma sempre alti, si trovano per le patologie dell'apparato digerente (9.2%), genitourinario (9.0%) e respiratorio (6.7%). Non trascurabili gli accessi per traumi/avvelenamenti (6.5%) Dati dal 2011 al 2015. Fonte: Profilo di comunità della popolazione ferrarese (dicembre 2016).

strutture sociosanitarie, le CRA/RSA dedicate ai ricoveri temporanei, le CRA con Nuclei ad Alta Intensità Assistenziale (NAIA), un Nucleo speciale Demenze ed infine CRA ad ingresso definitivo da graduatoria assistenziale.¹⁰

A livello di **assistenza territoriale**: l'Azienda Usl di Ferrara eroga attività assistenziale in maniera integrata all'Azienda Ospedaliero Universitaria "S. Anna" su un territorio di 349.692 abitanti, attraverso tre Presidi Ospedalieri, due Ospedali di Comunità, due Hospice e 6 Case della Salute attive, più una in corso di programmazione. Tredici sono i Nuclei di Cure Primarie, costituiti da duecento medici di medicina generale e trentanove pediatri di libera scelta, che garantiscono l'erogazione dell'assistenza di base.

Le sei Case della Salute, dislocate in numero di 2 a Ferrara, 1 a Copparo, 1 a Portomaggiore-Ostellato, una a Comacchio e una a Codigoro, implementano un sistema di cure primarie centrato su una visione ampia ed integrata di salute, intesa come benessere bio-psico-sociale. Lo sviluppo delle Case della Salute rappresenta un cambiamento culturale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale: il paradigma del nuovo modello di cura è incentrato sull'anticipazione degli interventi rispetto al possibile manifestarsi degli eventi clinici di riacutizzazione (dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa), incentivando il modello del paziente esperto.

Al loro interno è possibile trovare molteplici attività, articolate in maniera funzionale al contesto di riferimento:

- ambulatori di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale con il fine di garantire la continuità delle cure 24 ore su 24/ 7 giorni su 7;
- ambulatori di specialistica ambulatoriale ed infermieristici, con attività integrate in tempo reale con quelle dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- co-presenza di infermieri, fisioterapisti, riabilitatori in collaborazione con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, nel ruolo di case manager e disease manager per i pazienti affetti da pluri-patologie;
- presenza di un Punto Unico di Accesso, CUP, personale amministrativo per le attività dedicate;
- assistenza domiciliare integrata, punto prelievi, diagnostica radiologica, consultorio familiare, servizio per le dipendenze, servizio psichiatrico territoriale, dialisi, pediatria di comunità;
- chronic care model per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, BPCO);
- vaccinazioni, screening tumorali, attività veterinarie e certificazioni medico-legali;
- collegamento funzionale con i reparti per acuti, l'ospedale e le strutture di riabilitazione e di lungo degenza, per gestire le dimissioni e i ricoveri programmati o facilitati.

Tra le azioni di implementazione del modello in essere vi è il coinvolgimento delle associazioni del territorio, aventi il ruolo di sensore e di soluzione a diversi problemi a valenza sociale, anche attraverso una funzione di promozione, educazione e sostegno ai processi di autocura.

In relazione all'assistenza farmaceutica, l'invecchiamento e la prevalenza delle patologie croniche tra la popolazione ferrarese possono essere letti come fattori predisponenti un maggior **consumo di farmaci**. Questo troverebbe conferma anche nei recenti studi riportati dal Rapporto OsMed-AIFA per l'anno 2015, i quali evidenziano una ampia diffusione della politerapia - ovvero l'assunzione concomitante di più farmaci della stessa o di diverse aree terapeutiche - nella popolazione geriatrica italiana. In particolare si afferma che in Italia l'11,3% dei cittadini anziani ricevono una prescrizione contemporanea di 10 o più farmaci. Il gruppo di età che risulta essere esposto al più alto carico farmacologico è quello tra i 75 e gli 84 anni, con il 55% dei soggetti trattati con 5-9 farmaci e il 14% con 10 o più farmaci.¹¹ A Ferrara il valore DDD (Defined Daily Dose, o Dose definita giornaliera di farmaco) medio giornaliero per abitante si attesta intorno a

¹⁰ Annuario Socio Economico Ferrarese, CDS edizioni anno 2018.

¹¹ Rapporto OsMed – AIFA anno 2015.

1,07 (Ovest 1,02; Centro Nord 1,06; Sud Est 1,12), valore che sale a 2,67 tra gli anziani e raggiunge il valore massimo (pari a 3,06) tra i 75-84 anni.¹²

In calce al capitolo sul ricorso ai servizi sanitari è utile riportare il dato nazionale sulle disuguaglianze di salute: in Italia, per motivi economici, liste di attesa e ticket, **rinuncia alle cure sanitarie** il 7,2% dei residenti, pari a circa 4,3 milioni di persone. Il 5,1%, ovvero circa 2,7 milioni di persone, lo fa per motivi economici, la seconda causa sono le liste d'attesa¹³. Non si dispongono di dati riferiti al territorio ferrarese su questo fenomeno, che a livello nazionale presenta un forte gradiente territoriale (nelle Regioni del Sud si riscontra la percentuale maggiore rinuncia alle cure pari all'11,2% dei residenti; al Centro il 7,4% e al Nord il 4,1%). Tuttavia è ragionevole supporre che il fenomeno trovi una compiuta espressione anche in questa provincia, dove il reddito dichiarato dai nuclei familiari è mediamente più basso rispetto a quello delle altre province della regione.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

La letteratura riporta che i **principali fattori di rischio** modificabili e intermedi (ipertensione, fumo di tabacco, sedentarietà, elevato consumo di alcol, ipercolesterolemia, obesità e scarso consumo di frutta e verdura) determinano la maggior parte (86%) degli anni di vita vissuti in condizioni di disabilità. Da questo punto di vista, gli indicatori sugli **stili di vita a Ferrara** mostrano una situazione in evoluzione positiva, tuttavia i fattori di rischio, modificabili e intermedi, sono ancora molto diffusi ed incidono in modo significativo sul benessere della nostra popolazione. Da qui l'importanza di promuovere stili di vita sani, con progetti e interventi mirati a livello territoriale.

Nella prevenzione primaria, sono diminuite le persone che fumano (oggi: 24% - erano il 36% vent'anni fa); nella prevenzione secondaria, si registra una buona partecipazione delle donne ferraresi ai programmi di screening oncologico. Questo ha contribuito a ridurre le morti per tumore del 3% all'anno negli ultimi 20 anni. La mortalità per tumore della mammella femminile è in lieve costante diminuzione (-0,5% all'anno). La mortalità per tumore del colon retto è il lieve costante diminuzione (-0,6% all'anno). La diversa evoluzione dell'abitudine al fumo (calo nei maschi e aumento nelle donne) si rispecchia nel diverso andamento della mortalità per tumore del polmone: in diminuzione nei maschi (-3% all'anno) e in lieve crescita nelle donne (+0,3% all'anno)¹⁴.

Stile di vita attivo: da un lato i ferraresi sono fisicamente più attivi rispetto ad alcuni anni fa, si muovono a piedi e in bici più della media regionale; questo li porta ad essere meno sedentari rispetto a quanto osservato in regione. Tuttavia una quota rilevante di adulti (il 41%) pratica attività fisica a livelli inferiori rispetto a quelli raccomandati.

Stato nutrizionale ed eccesso ponderale (persone sovrappeso o obese)¹⁵: la provincia di Ferrara ha una maggior presenza di obesi rispetto alla media regionale. Si stima che l'eccesso ponderale coinvolga quasi un adulto (tra i 18 e i 69 anni di età) su due: in particolare il 31% di essi è in sovrappeso e ben il 14% obeso. Occorre ricordare che le persone in eccesso ponderale mostrano profili di salute più critici e maggiori carichi di malattia (dichiarano più frequentemente di soffrire di ipertensione o ipercolesterolemia). L'eccesso ponderale aumenta con l'avanzare dell'età, e colpisce maggiormente gli uomini rispetto alle donne e le persone socialmente svantaggiate. Il distretto Centro Nord, che ha una popolazione meno sedentaria, mantiene valori di eccesso ponderale più bassi rispetto al resto della provincia. La quota più elevata di persone in sovrappeso si registra nel distretto Sud-Est (33%), la più alta di obesi è nel distretto Ovest (16%)

12 Dati elaborati da Flusso AFT. Anno 2017 (provvisorio). Azienda di erogazione: FERRARA.

13 XX Rapporto Pit Salute di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.

14 I dati sugli stili di vita sono tratti dal Profilo di Comunità dell'Azienda USL di Ferrara dicembre 2016 - indagine PASSI (2011-2014).

15 Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (Body Mass Index o BMI, calcolato come peso in kg diviso altezza in metri elevata al quadrato) in 4 categorie: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9) e obeso (BMI ≥ 30).

Il 22% delle persone di età compresa tra i 18 e i 69 anni dichiara un **consumo di alcol “a maggior rischio”** per la salute. Il dato è in linea con il valore regionale e non evidenzia differenze significative tra i distretti. Risulta però allarmante il fenomeno tra le classi di età più giovani, dove il comportamento a rischio è stato dichiarato dal 45% dei giovani tra i 18 e 24 anni.

Il consumo è più diffuso nel sesso maschile (28% M contro 17% F) e nelle persone con un livello di istruzione medio-alto. Risulta evidente la maggiore prevalenza tra le persone di cittadinanza italiana (23%) rispetto ai cittadini stranieri (14%).

Guida sotto l'effetto di alcol: la percentuale di persone che dichiarano di aver guidato sotto effetto di alcol è pressoché dimezzata negli ultimi 5 anni (da 8% a 5%).

La percentuale dei ferraresi che ha ammesso aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, nei 30 giorni precedenti l'intervista (6%) è in linea con il dato regionale. E' però doveroso tenere in considerazione questo comportamento a rischio, che è stato dichiarato in maggior misura dagli intervistati più giovani (il 12% dei giovani 18-24 anni) e diminuisce progressivamente all'aumentare dell'età degli intervistati (che scende fino al 4% tra gli intervistati più anziani).

La guida sotto l'effetto dell'alcol è inoltre molto superiore tra gli uomini rispetto alle donne (11% contro 1%), e tra i cittadini italiani rispetto ai cittadini stranieri (7% contro 1%). Non risultano invece essere particolarmente influenti le condizioni economiche e il livello d'istruzione.

Abitudine al fumo: A Ferrara la percentuale di fumatori si stima essere inferiore a quella regionale e ha registrato una leggera diminuzione nel corso degli anni (dal 27% del 2011 al 24% del 2014). Nello stesso periodo sembra aver interessato in misura significativamente superiore i cittadini del distretto Sud Est rispetto a quelli degli altri due distretti (Ovest 24%; Centro Nord 23%, Sud Est 32%; Provincia 26%; RER 29%).

Adesione ai programmi di screening: tutti i ferraresi candidati allo screening ricevono l'invito. la risposta è alta per gli screening femminili, mentre solo il 50% dei ferraresi risponde allo screening del tumore del colon retto.

Inquinamento atmosferico: secondo il Profilo di salute del Piano regionale Prevenzione 2015-18, si stima che in Emilia-Romagna circa il 13% del carico di malattia sia dovuto all'inquinamento ambientale. Le patologie su cui i fattori ambientali incidono maggiormente sono malattie respiratorie, tumori, malattie cardiovascolari, ma l'inquinamento agisce anche su altri aspetti della salute, dalla riproduzione alle malattie endocrine.

Il periodo 2001-2015 **mostra una confortante tendenza alla diminuzione nei valori medi annuali per PM10 E PM2,5, una diminuzione meno netta per NO2 e invarianza dei valori di ozono**. L'inquinamento atmosferico continua però a rimanere un problema per la salute, oltre che in corrispondenza di episodi acuti caratterizzati da picchi di concentrazione legati a condizioni meteorologiche sfavorevoli, anche in presenza di concentrazioni di inquinanti superiori agli standard definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Un'informazione integrata ambiente e salute può aiutare i cittadini nella tutela della propria salute, mediante un duplice percorso: collettivo, tramite politiche ambientali più efficaci e tutelanti nelle scelte di gestione della qualità ambientale, e individuale, attraverso comportamenti di protezione della salute.

Focus: le principali cause di morte nel territorio ferrarese

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte delle donne ferraresi (38,7%), negli uomini la causa principale è rappresentata dalle **patologie tumorali** (34,5%)¹⁶.

Le malattie cardio-cerebrovascolari rimangono uno dei più importanti problemi di salute pubblica perché sono tra le principali cause di morbosità e mortalità. Notevole è anche l'impatto in termini di qualità della vita per chi supera l'evento acuto (disabilità, non autosufficienza...). L'insorgenza e la progressione di queste patologie possono essere contrastate agendo sui principali determinanti di salute (attività fisica, abuso di alcol, corretta alimentazione, fumo di tabacco).

Anche se in calo, le malattie del sistema circolatorio continuano a rappresentare in provincia di Ferrara la prima causa di decessi (il 36,3% del totale) - e pare utile riportare che a partire dal 1999 i tassi cominciano ad essere sistematicamente più elevati per le femmine. Si evidenzia tuttavia che il tasso di mortalità per infarto miocardico acuto ha registrato una netta diminuzione (passa da 85,37 nel 1995 a 35,34 nel 2015).

Relativamente alle patologie tumorali, in Italia la sopravvivenza è equivalente o migliore rispetto alla media europea, tuttavia questa classe di patologie presenta un impatto estremamente rilevante sia dal punto di vista della morbosità e della mortalità, sia per quanto riguarda la domanda di assistenza e l'effetto sulla qualità della vita dei soggetti e dei famigliari colpiti. A questo contribuisce anche il progressivo invecchiamento della popolazione, che amplifica la richiesta di prestazioni sanitarie ed assistenziali tumore-correlate.

Anche se si assiste a una diminuzione della mortalità dovuta ai tumori - a Ferrara il tasso scende da 340,01 nel 1995 a 270,26 nel 2015 - questi continuano a rappresentare la seconda causa di morte del nostro territorio. Un tumore è stato causa del 28,4% delle morti - il 33,3% se si considerano soltanto i maschi. Tra per la popolazione femminile va segnalato il tumore della mammella, il cui tasso di mortalità (femminile) è pari a 37,88. Relativamente alla mortalità per tumore del colon retto (28,39) sembra che col tempo si stia riducendo il differenziale tra femmine e maschi, tradizionalmente a sfavore di questi ultimi.

Le patologie a carico dell'apparato respiratorio costituiscono uno spettro molto ampio, andando da BPCO a varie forme di neoplasia. Relativamente al cancro al polmone, è più colpita la componente maschile della popolazione. Nei maschi, rappresenta il secondo tumore per incidenza, dopo i carcinomi della prostata ed è la prima causa di morte per tumore (il 27% del totale delle morti), mentre nella donna è la terza causa, dopo mammella e colon-retto (11% del totale delle morti). La percentuale di sopravvivenza a 5 anni, pur essendo aumentata negli ultimi decenni, risulta ancora molto bassa. E' da decenni nota l'associazione tra fumo di sigaretta e le patologie polmonari e non sono risultati particolarmente efficaci alcuni semplici esami diagnostici di screening.

Focus: il consumo di farmaci nella popolazione ferrarese

Il consumo di farmaci da parte della popolazione ferrarese presenta valori abbastanza omogenei nei tre distretti e può essere associato all'invecchiamento e alla conseguente prevalenza delle patologie croniche tra la popolazione.

Recenti studi nazionali riportati dal Rapporto OsMed-AIFA per l'anno 2015 (l'ultimo disponibile) evidenziano infatti una ampia diffusione della politerapia - ovvero l'assunzione concomitante di più farmaci della stessa o di diverse aree terapeutiche - nella popolazione geriatrica. In particolare si afferma che in Italia l'11,3% dei cittadini anziani ricevono una prescrizione contemporanea di 10 o più farmaci. Il gruppo di età che risulta essere esposto al più alto carico farmacologico è quello tra i 75 e gli 84 anni, con il 55% dei soggetti trattati con 5 - 9 farmaci e il 14% con 10 o più farmaci.¹⁷

Di questo si trova conferma anche nei dati ferraresi, che riportano le DDD (Defined Daily Dose, o Dose definita giornaliera di farmaco) ab/die erogate alla popolazione nell'anno 2017, con riferimento alle diverse classi di età.

Flusso AFT Farmaceutica. DDD per Distretto di erogazione. Anno 2017

Distretto di erogazione	Popolazione	DDD anno 2017	DDD/ab	DDD/ab die
Ovest	77.591	28.894.192	372,39	1,02
Centro- Nord	173.690	67.032.523	385,93	1,06
Sud-Est	98.411	40.303.055	409,54	1,12
Totale	349.692	136.229.770	389,57	1,07

Flusso AFT Farmaceutica. DDD per Distretto di erogazione e classi di età anziana. Anno 2017

Distretto di erogazione	DDD totale per classi di età			DDD/ab die medio	DDD/ab. die per classi di età		
	65-74	75-84	>84	per abitanti 65 anni+	65-74	75-84	>84
DISTR. OVEST	7.744.752	7.998.325	3.556.375	2,86	2,42	3,29	2,26
DISTR. CENTRO-NORD	18.136.865	20.056.983	8.522.776	2,56	1,01	2,94	2,87
DISTR. SUD-EST	11.073.517	11.903.445	4.958.623	2,74	2,29	3,15	3,14
TOTALE	36.955.133	39.958.754	17.037.773	2,67	2,24	3,06	3,02

Dati elaborati da Flusso AFT. Anno 2017 (provvisorio). Azienda di erogazione: FERRARA

SITUAZIONE ECONOMICA - LAVORATIVA

Il tasso di occupazione è il principale indicatore del mercato del lavoro, in quanto indica la capacità dello stesso di utilizzare le risorse umane disponibili. Di fatto costituisce una misura del grado di coinvolgimento nel mercato del lavoro delle persone potenzialmente attive, poiché esclude i troppo giovani e gli anziani.

Di seguito vengono riportati i dati relativi alle persone in cerca di lavoro al 31/12/2012, 31/12/2013, 31/12/2014, 31/12/2015, distinguendoli per Comune e per genere.

Tab. 11

Persone in cerca di occupazione al 31/12/2012 per comune di residenza e genere			
Centro per l'Impiego Alto Ferrarese			
	Maschi	Femmine	Totale
Valori assoluti			
Bondeno	576	741	1.317
Cento	1.550	2.140	3.690
Terre del Reno	409	595	1.004
Poggio Renatico	301	446	747
Vigarano Mainarda	221	354	575

Tab. 12

Persone in cerca di occupazione al 31/12/2013 per comune di residenza e genere			
Centro per l'Impiego Alto Ferrarese			
	Maschi	Femmine	Totale
Valori assoluti			
Bondeno	517	659	1.176
Cento	1.500	1.971	3.471

Mirabello	126	180	306
Sant'Agostino	270	374	644
Poggio Renatico	296	409	705
Vigarano Mainarda	213	320	533

Tab. 13

Persone in cerca di occupazione al 31/12/2014 per comune di residenza e genere			
Centro per l'Impiego Alto Ferrarese			
	Maschi	Femmine	Totale
	Valori assoluti		
Bondeno	515	621	1.136
Cento	1.476	1.781	3.257
Mirabello	129	155	284
Sant'Agostino	272	318	590
Poggio Renatico	270	406	676
Vigarano Mainarda	195	300	495

Tab. 14

Persone in cerca di occupazione al 31/12/2015 per comune di residenza e genere			
Centro per l'Impiego Alto Ferrarese			
	Maschi	Femmine	Totale
	Valori assoluti		
Bondeno	480	547	1.027
Cento	1.281	1.619	2.900
Mirabello	103	145	248
Sant'Agostino	239	317	556
Poggio Renatico	247	337	584
Vigarano Mainarda	172	252	424

Per gli anni 2015, 2016 e 2017, la percentuale di occupati nella Provincia di Ferrara era così distribuita:

Tab. 15

Provincia di Ferrara	2015	2016	2017
AGRICOLTURA	4,86%	63,27%	6,8%
INDUSTRIA	30,56%	29,25%	25%
COSTRUZIONI			4,05%
SERVIZI	64,58%	63,27%	64,86%

DATI SPORTELLI POLIFUNZIONALI - DISTRETTO OVEST

Il servizio di sportello è rivolto a tutti i cittadini, istituzioni, servizi pubblici, privati e del privato sociale. E' un servizio ad accesso libero che offre informazioni, orientamento, ascolto immediato e accesso ai servizi territoriale.

Il *Grafico 8* mostra l'affluenza agli sportello negli ultimi 3 anni. E' importante leggere i dati tenendo in considerazione che, per l'anno 2015, i dati sono stati raccolti a partire dal 01 Maggio, data di partenza della nuova organizzazione degli Sportelli Sociali Polifunzionali.

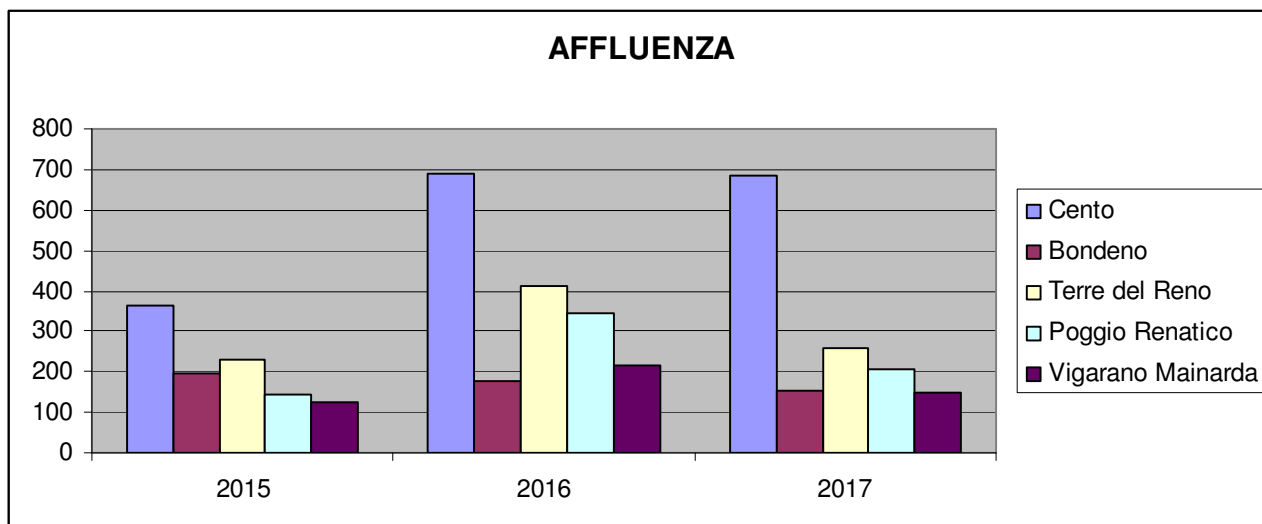


Grafico 8

Nel *Grafico 9* è invece mostrata la tipologia di risposta data agli utenti: Informazioni se la persona non necessita o non ha i requisiti per una presa in carico, oppure Appuntamento per l'approfondimento del caso e l'eventuale passaggio all'area di competenza oppure la presa in carico leggera, ovvero il monitoraggio effettuato dall'assistente sociale dello Sportello.

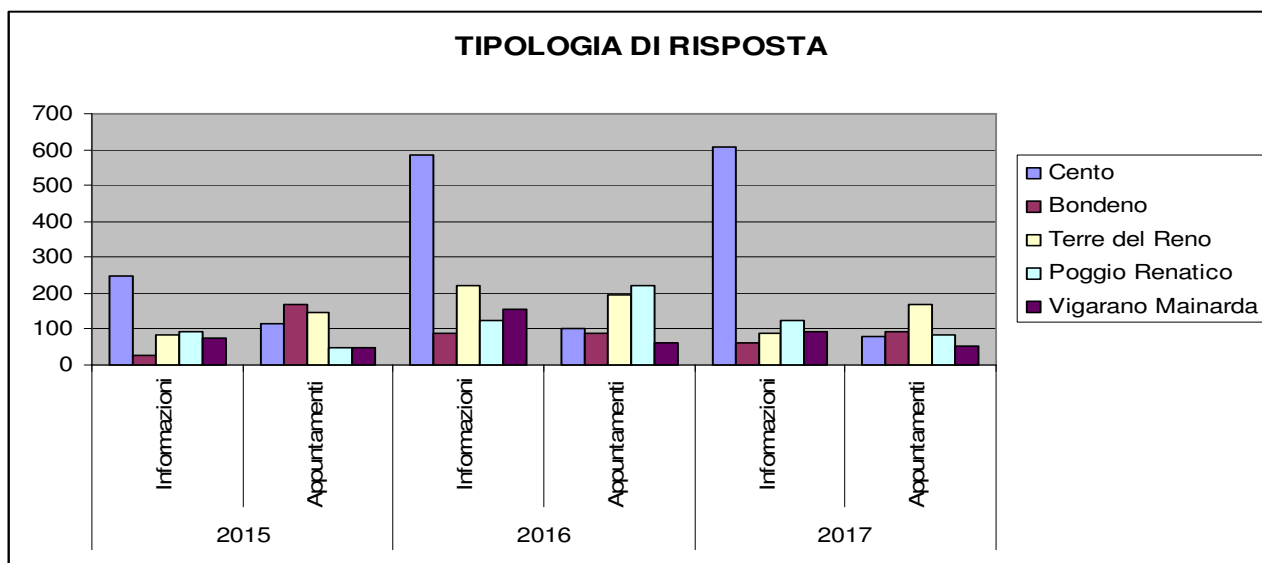


Grafico 9

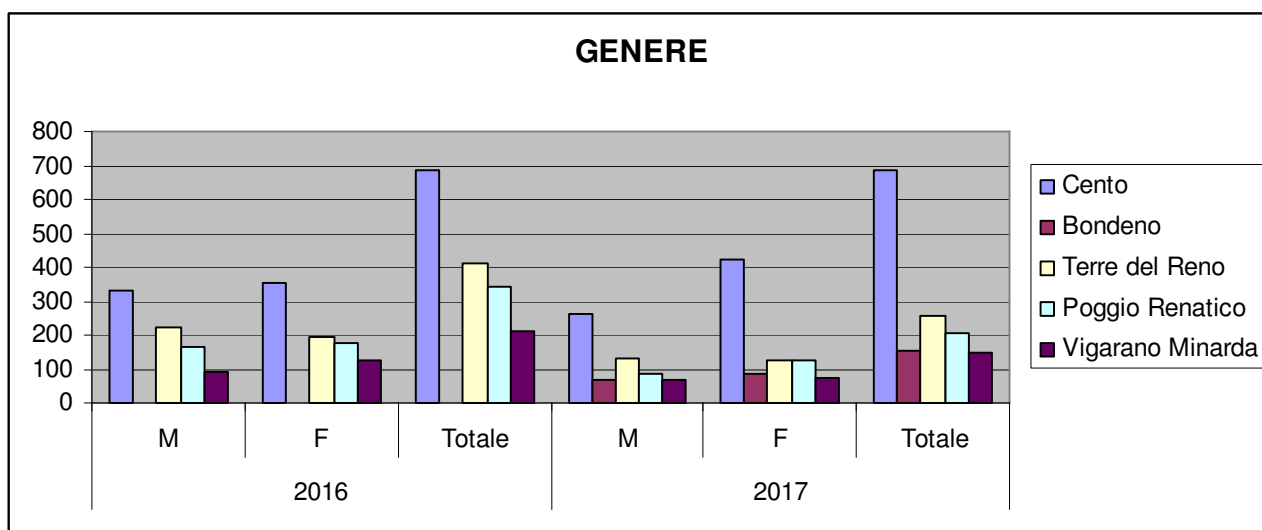


Grafico 10

La *tabella 16* di seguito indica la percentuale di affluenza agli sportelli divisi per provenienza.

	2016			2017		
	ITALIA	UE	EXTRA-UE	ITALIA	UE	EXTRA-UE
TOTALE	64,00%	1,80%	34,20%	59,10%	1,30%	39,50%

Sportello Stranieri

Il Grafico 11 mostra l'affluenza allo sportello stranieri negli anni 2015, 2016 e 2017.

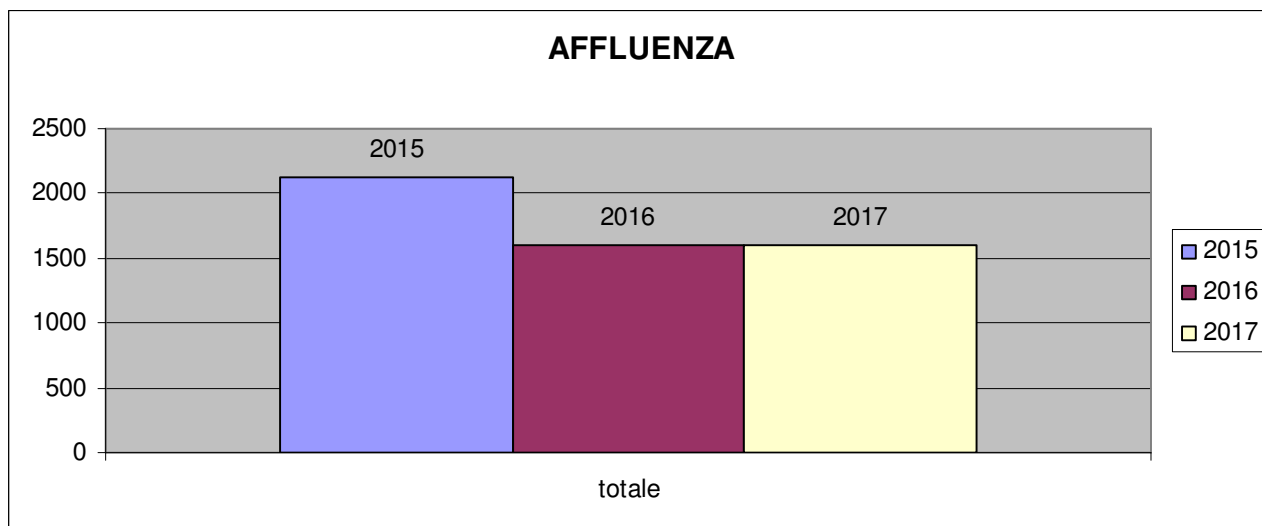


Grafico 11 Sportello Stranieri

Il *Grafico 12* indica la suddivisione dell'utenza per genere. La maggior parte di accessi viene effettuata da uomini, come sportello possiamo confermare che questo dato è dato dal fatto che ancora diverse donne, soprattutto di origine pachistana, non accedono allo sportello per questioni legate alla non conoscenza della lingua italiana.

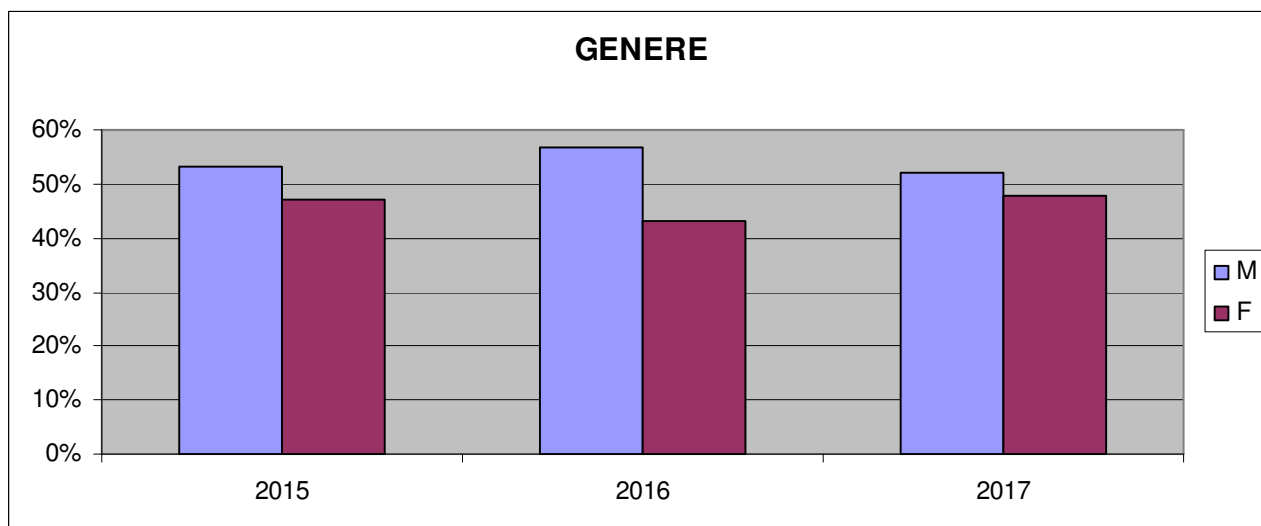


Grafico 12 Sportello Stranieri

Nel grafico di seguito è possibile avere una fotografia della provenienza di chi accede allo sportello. La maggior parte di utenti sono originari dell'Africa, nello specifico della zona del Maghreb e dalla Nigeria e Costa d'Avorio.

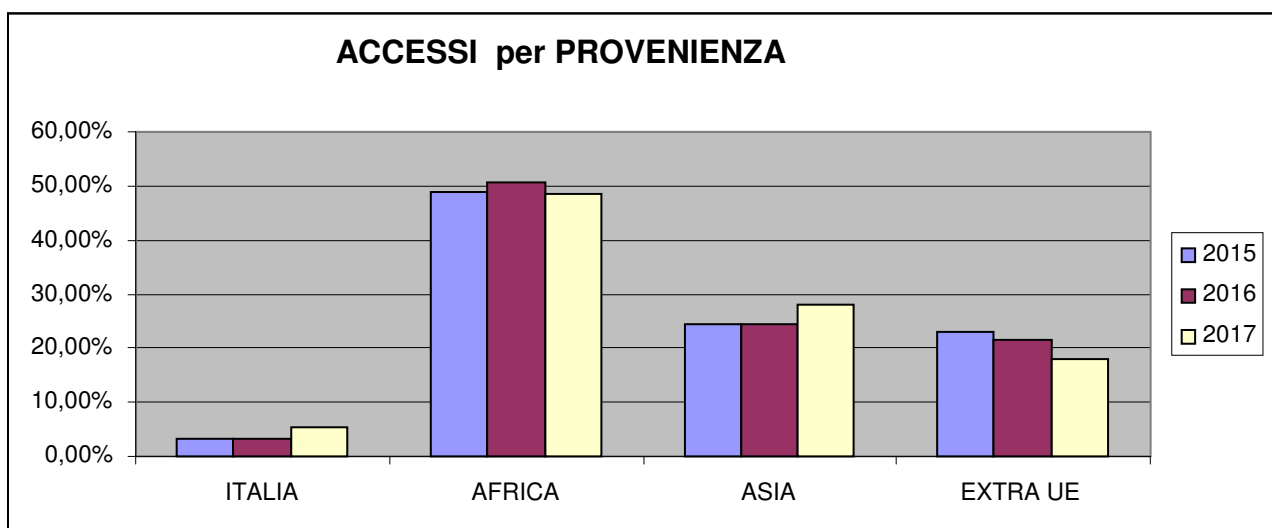


Grafico 13 Sportello Stranieri

Sportello Assistenti Familiari e Famiglie

Il *grafico 14* mostra l'affluenza allo sportello da parte di assistenti familiari, famiglie, colleghi come ad esempio assistenti sociali, amministratori di sostegno.

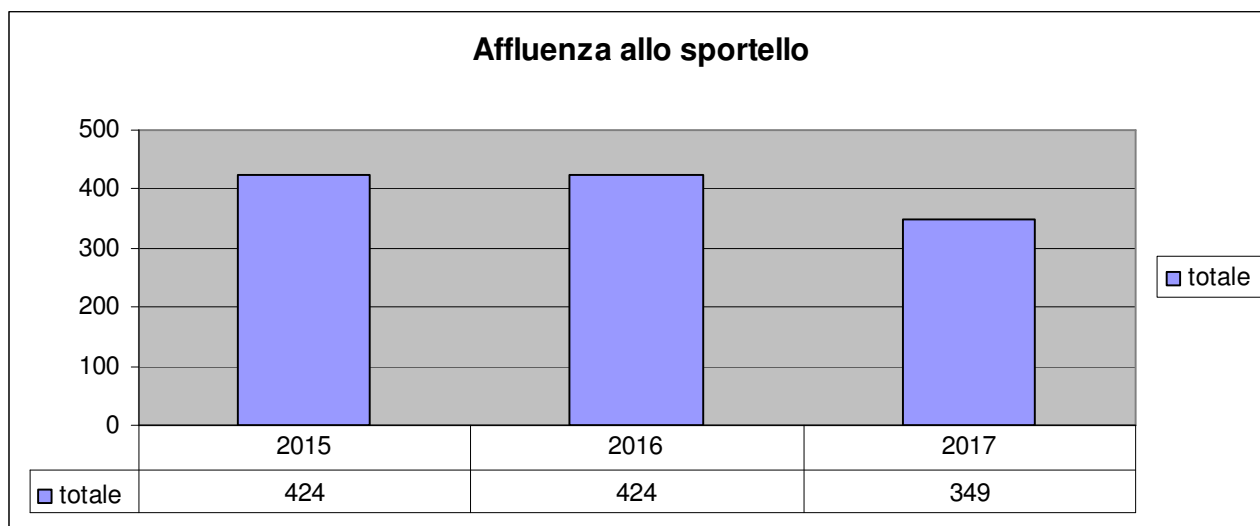


Grafico 14 Sportello Ass. Familiari e Famiglie

Nell'ultimo anno si è assistito ad un lieve calo dell'affluenza allo sportello che, in base ad una nostra lettura del dato e della realtà che ci circonda, è dovuto ad una fatica della famiglia nel sostenere il peso economico che l'assunzione di una ass. familiare comporta e quindi un conseguente minor richiesta DOMANDA – OFFERTA. Allo stesso tempo, anche le formazioni attivate per nuove assistenti familiari sono calate, probabilmente come conseguenza delle minor richieste da parte del territorio.

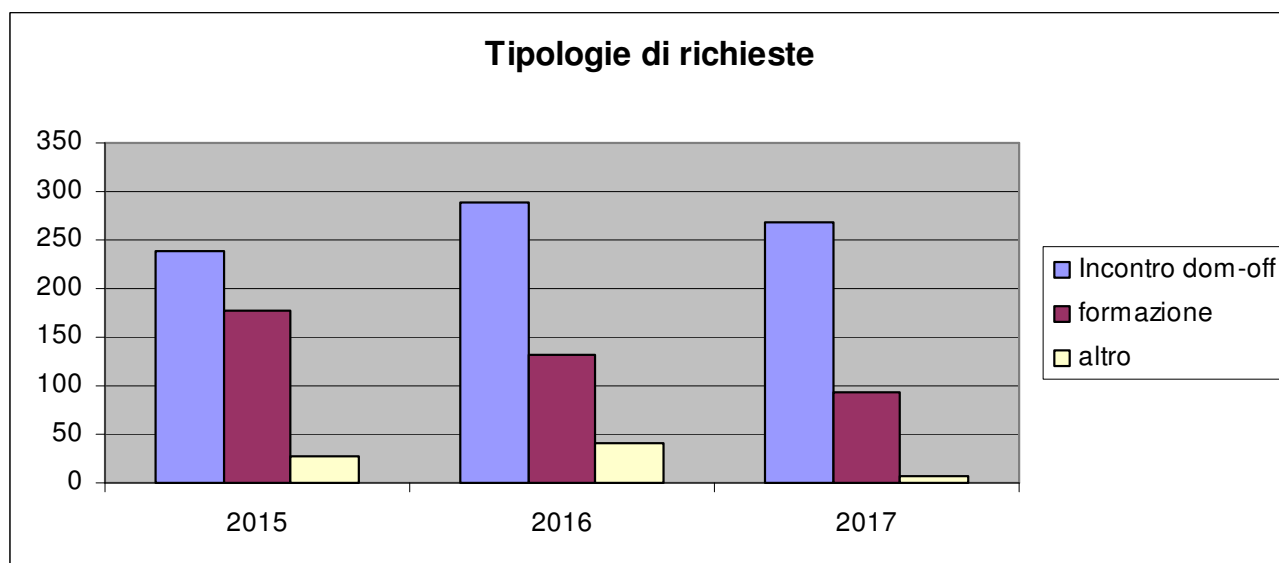


Grafico 15 Sportello Ass. Familiari e Famiglie

Con il *grafico 16* si conferma che il servizio è soprattutto un punto di riferimento per le assistenti familiari che cercano un lavoro, che necessitano di orientamento ai servizi, ma anche per quelle che vedono nello sportello un'occasione di scambio, di condivisione di fatiche e problematiche legate a dinamiche interne alle famiglie in cui lavorano.

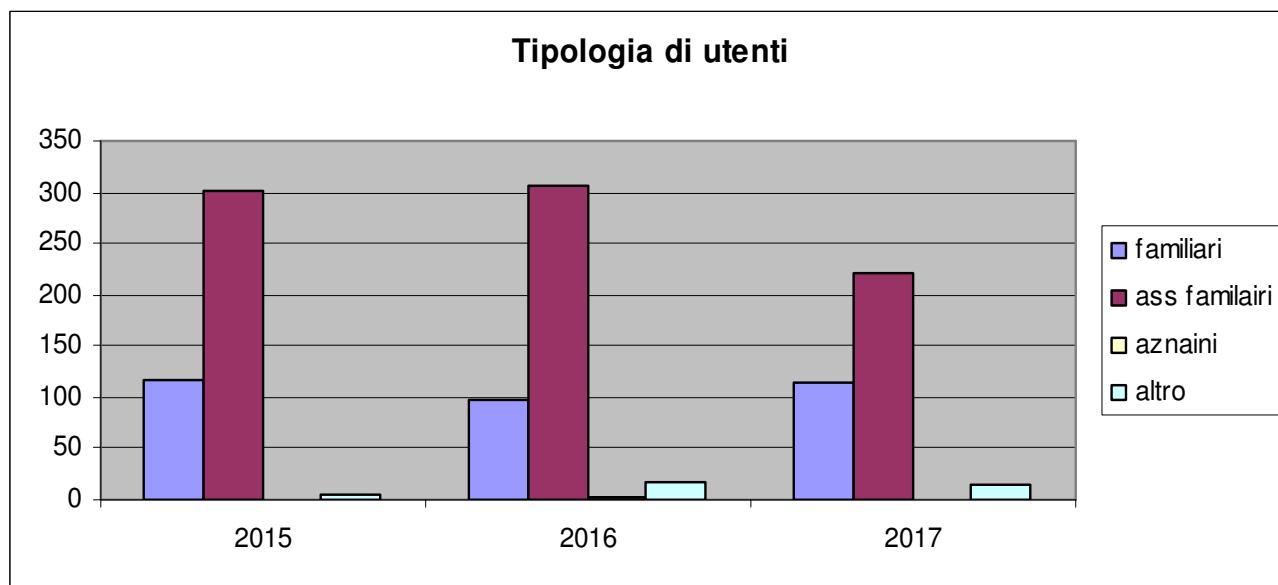


Grafico 16 Sportello Ass. Familiari e Famiglie

Servizio per l'Integrazione Socio Sanitaria

Il Servizio si rivolge alla popolazione fragile anziana o in condizioni di disabilità, residenti nel Distretto Ovest.

La tabella 3 mostra il numero di utenti che il servizio Area sostegno a domicilio ha avuto in carico e quanto erano ancora effettivamente in carico il 31 dicembre 2017. Da una lettura del dato che tiene in considerazione degli utenti in carico al 31/12/2016, è decisamente in crescita l'accesso a questo tipo di servizio. Nel 2016, infatti, il totale delle persone in carico al 31 /12/ 2016 era 57, mentre al 31 /12/2017 il totale è di 70.

Area sostegno a domicilio

Comune di residenza	Utenti complessivi anno 2017	Utenti in carico al 31 dicembre 2017
Cento	32	27
Bondeno	16	11
Terre del Reno	13	13
Poggio Renatico	15	14
Vigarano Mainarda	6	5

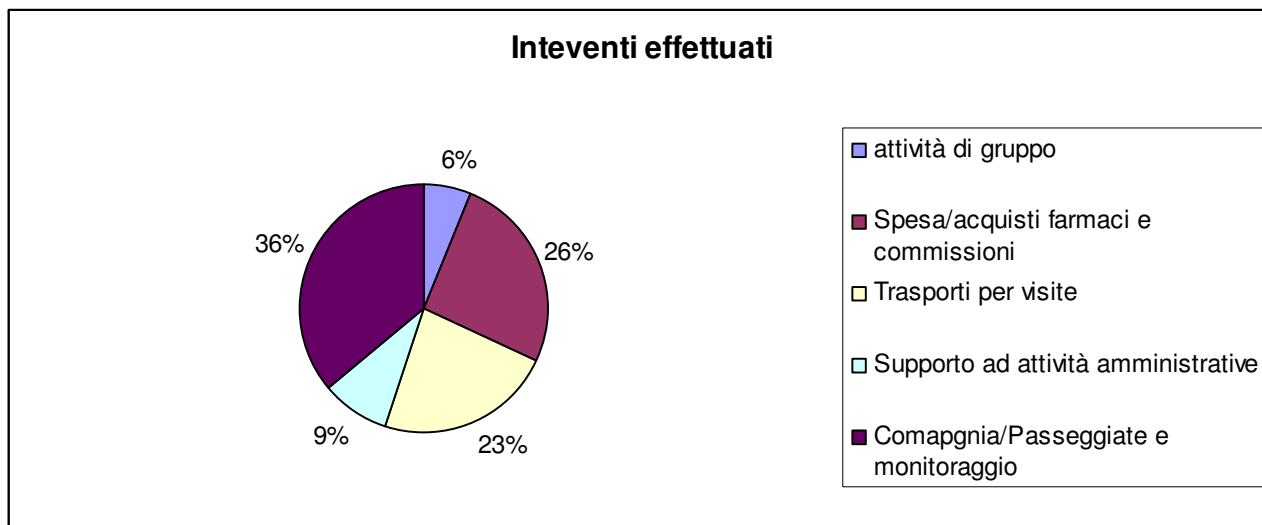
Tabella 17

Suddivisione utenti per fasce di età

	TOTALE
ADULTI 18-64	19
GIOVANI ANZIANI 65-74	19
ANZIANI 75-84	36
GRANDI ANZIANI 85 e oltre	8

Tabella 18

Tipologia di interventi / attività



Area Sostegno psicologico

Questa area si rivolge alla popolazione adulta o anziana e caregiver residenti nel Distretto Ovest in carico ai servizi o afferenti agli sportelli sociali del territorio.
Il totale delle persone in carico durante l'ano 2017 sono 56

Nel *Grafico 17* gli accessi sono stati divisi per caregiver , ovvero familiari di bambini/adulti/anziani non autosufficienti e Fragili, ovvero persone sole/con patologie/affezioni neurologiche croniche/deficit cognitivi.

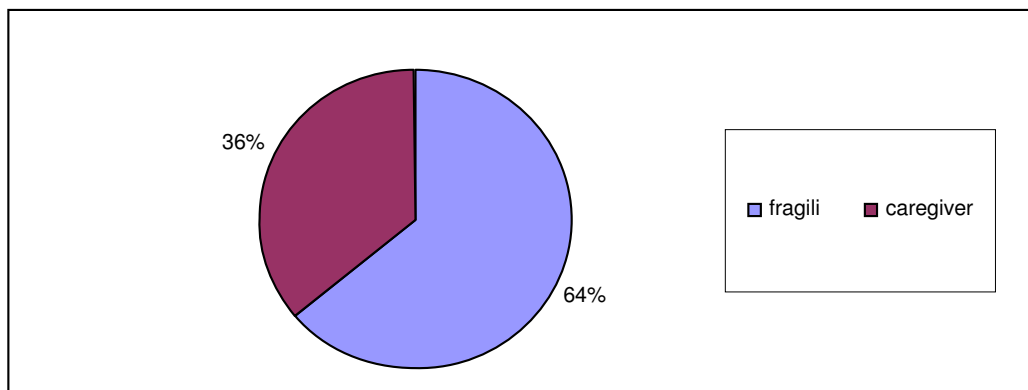


Grafico 17

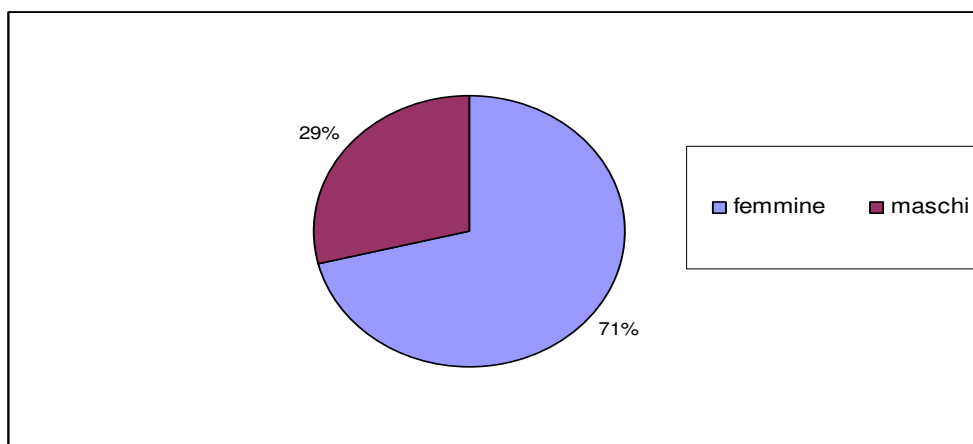


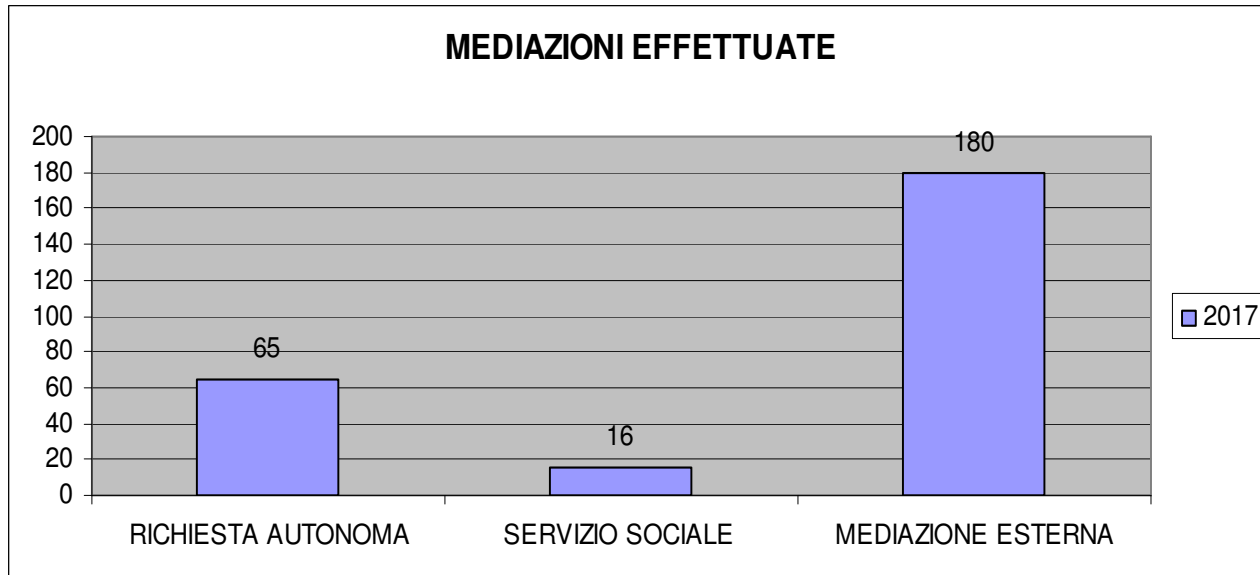
Grafico 18

Mediazione sociale

Il servizio di mediazione si pone l'obiettivo di risolvere problemi che emergono dalla convivenza tra le persone, o in particolari contesti abitativi.

L'obiettivo è gestire le conflittualità portando le persone ad un confronto tra loro conducendole a migliorare il loro contesto di convivenza e stimolare la loro partecipazione attiva.

Per l'anno 2017 il *Grafico 19* mostra la tipologia di utenti che hanno avuto accesso al servizio: per Richiesta Autonoma si intende il cittadino che si rivolge direttamente al servizio per esporre la problematica; con Servizio Sociale si intende i colleghi Assistenti Sociali che chiedono supporto e intervento al servizio per situazioni in carico; per Mediazione Esterna invece si intende tutte le persone che il servizio coinvolge attraverso l'attivazione di percorso partecipati sul territorio.



DATI AREE

DATI MINORI E FAMIGLIE

Di seguito si riporta l'andamento della composizione dei nuclei familiari negli anni indicati e si osserva un mantenimento abbastanza costante della composizione delle famiglie, con un leggero aumento di quelle monoparentali.

Andamento composizione nuclei familiari - Distretto Ovest

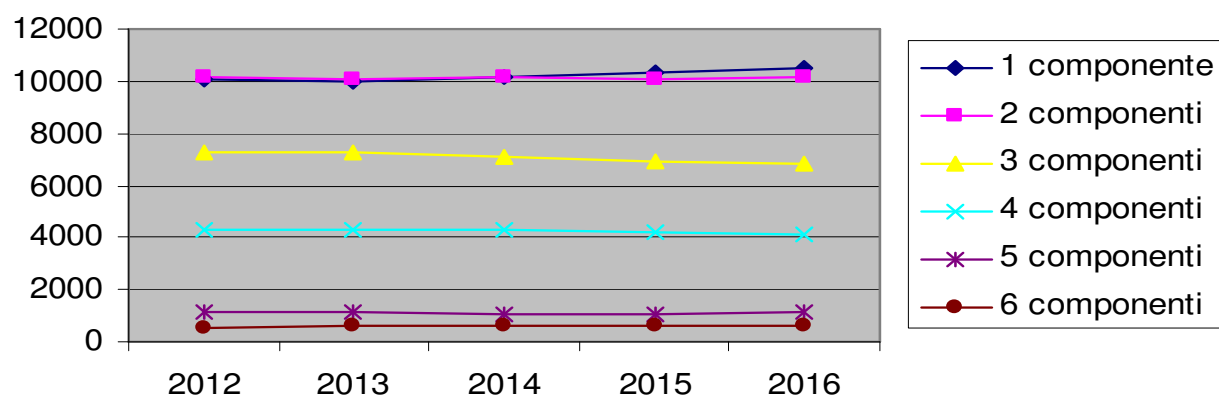
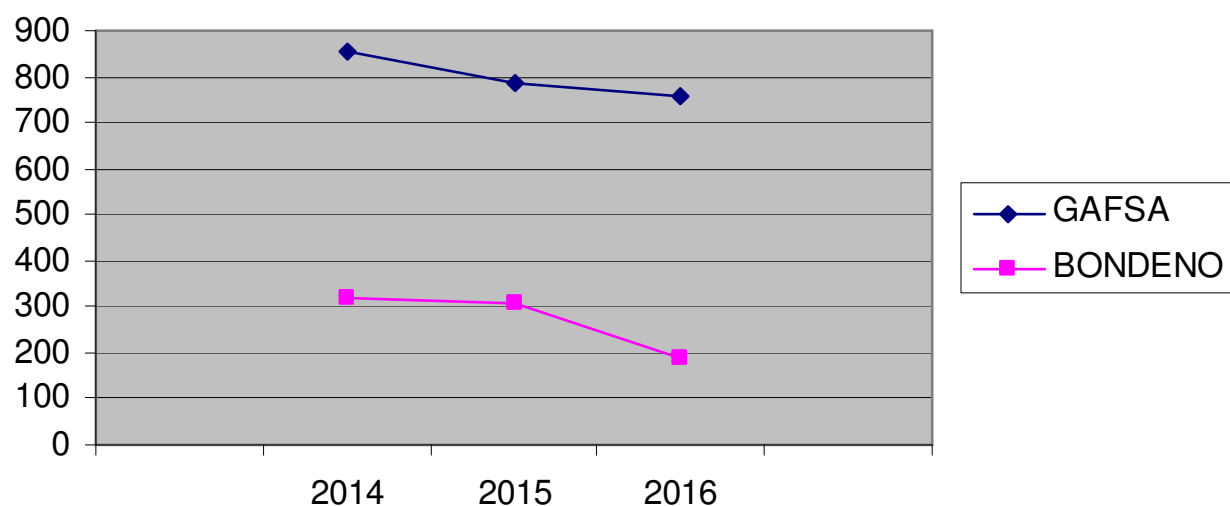


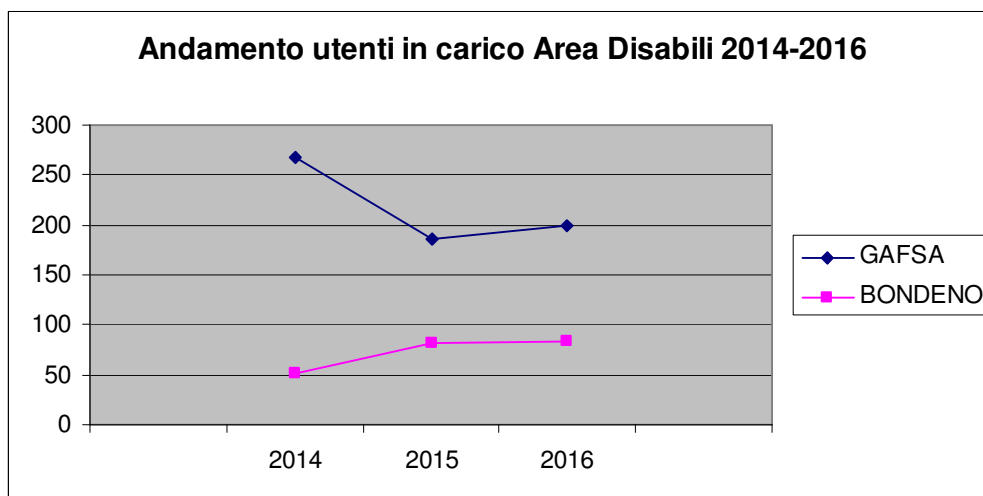
Grafico 20

Nel *Grafico 19 AREA MINORI* viene riportato il numero utenti in carico per gli anni dal 2014 al 2016, suddivisi per la Gestione Associata "GAFSA" ed il Comune di Bondeno.

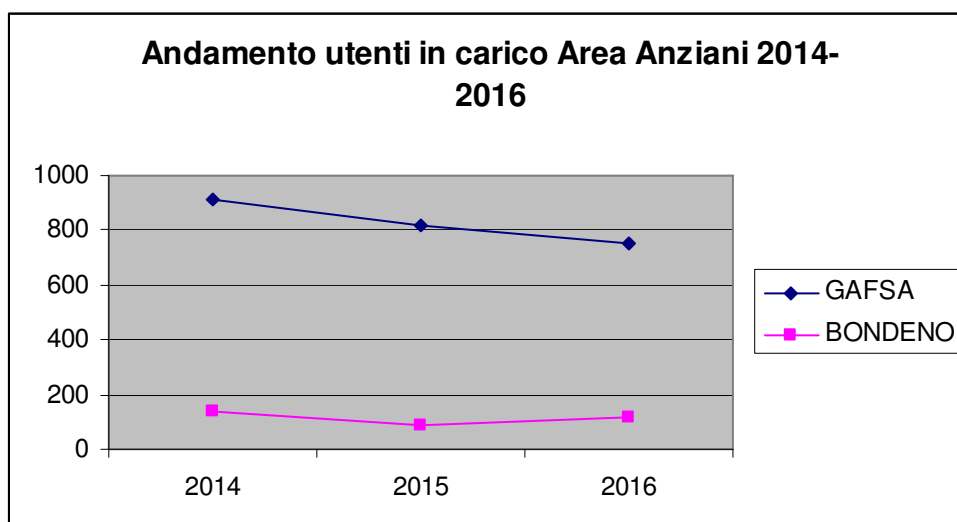
Andamento utenti in carico Area Minori 2014-2016



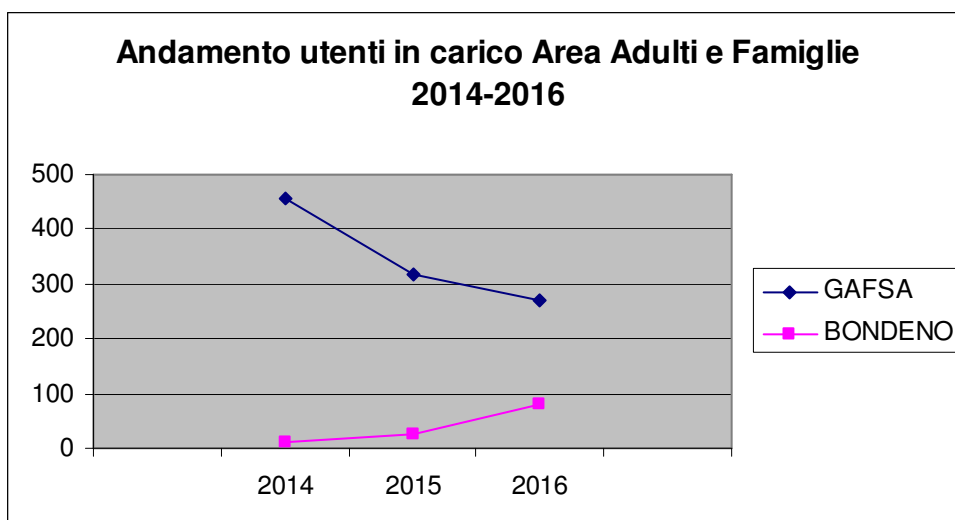
Nel *Grafico 20 AREA DISABILI* viene riportato il numero utenti in carico per gli anni dal 2014 al 2016, suddivisi per la Gestione Associata "GAFSA" ed il Comune di Bondeno.



Nel *Grafico 21 AREA ANZIANI* viene riportato il numero utenti in carico per gli anni dal 2014 al 2016, suddivisi per la Gestione Associata "GAFSA" ed il Comune di Bondeno.



Nel *Grafico 22 AREA ADULTI E FAMIGLIE* viene riportato il numero utenti in carico per gli anni dal 2014 al 2016, suddivisi per la Gestione Associata "GAFSA" ed il Comune di Bondeno.



Di seguito si riportano i principali contributi economici erogati agli utenti per l'anno 2017 per i Comuni della GAFSA e per il Comune di Bondeno.

Tab 19 - Anno 2017

TIPOLOGIA DI CONTRIBUTO	GAFSA	COMUNE DI BONDENO
Contributi assistenziali	317	75
Piano Personalizzati	19	57
Tirocini di tipo D	42	60
Affidi	8	5
Integrazioni retta	16	48
Contributi Agenzia Casa	76	5

Capitolo 3 – Misure attuative per il contrasto alla povertà

Notoriamente e nella sua accezione più comune ed elementare la povertà è definibile come “assenza delle risorse monetarie occorrenti per garantire a sé e alla propria famiglia dignitose condizioni materiali di vita” (Townsend, 1979).

Senza dubbio, la povertà è una situazione di mancanza. Il problema della definizione della povertà diventa, dunque, il problema dell'identificazione di quale sia l'oggetto di tale mancanza.

Esistono in particolare due scuole di pensiero che in particolare hanno approfondito l'analisi dell'oggetto di tale mancanza. La scuola *Utilitarista* individua tale oggetto nel benessere economico, inteso come utilità, ovvero una condizione psicologica di felicità, appagamento, piacere. I propugnatori dell'approccio dei *Bisogni Primari*, al contrario, credono che la povertà debba essere intesa come carenza di un paniere di beni di peculiare importanza per il benessere di ogni individuo.

La povertà è una condizione che cambia nel tempo e nello spazio. In primo luogo è necessario distinguere tra povertà assoluta e povertà relativa. In particolare la povertà assoluta definisce una condizione di mancanza delle dotazioni materiali necessarie per vivere mentre la povertà relativa individua una soglia convenzionale – una «linea di povertà» - che fissa il valore della disponibilità di spesa per consumi al di sotto della quale una famiglia (o una persona) viene definita «relativamente povera». Secondo i dati ISTAT 2016 in Italia il 6,3% delle famiglie, pari al 7,9% della popolazione residente si trova in una condizione di povertà assoluta mentre il 10,6% delle famiglie pari al 14% della popolazione residente si trova in una condizione di povertà relativa.

Oggi ogni famiglia ha la “sua” soglia di povertà, che dipende dalla composizione del nucleo (numero ed età dei componenti) e dal posto in cui vive (area metropolitana, grandi comuni, piccoli comuni; nord, centro, mezzogiorno). In ambito europeo si è affermato un indicatore di povertà relativa, definito “rischio di povertà”: secondo tale definizione è a rischio di povertà una famiglia il cui reddito è inferiore al 60% del reddito mediano equivalente nazionale. L'ultima rilevazione, del 2016, indica in tale condizione il 20,6% della popolazione residente. A livello europeo è stato inoltre deciso di accompagnare tale indicatore con altre due misurazioni della povertà e dell'esclusione sociale: l'incidenza della grave deprivazione materiale, pari nel 2016 al 12,1% della popolazione e l'incidenza delle persone in famiglia a molto bassa intensità lavorativa pari al 12,8% della popolazione.

A partire dal 2015, è stato avviato un percorso a livello nazionale, che ha portato all'introduzione di diverse misure a contrasto della povertà.

Con la Legge n. 208 del 28/12/2015 (art. 1 comma 387) e con il Decreto Ministeriale 26 maggio 2016, è stata istituita su tutto il territorio nazionale una misura di contrasto alla povertà, definita SIA, la quale ha ampliato l'accesso ai contributi ad una platea più ampia ed ha promosso la partecipazione attiva della persona nella definizione del proprio percorso volto al raggiungimento dell'autonomia.

Con il Decreto Legislativo n. 147 del 2017, il SIA è stato convertito in REI (Reddito di Inclusione). Si tratta di una *misura a carattere universale, condizionata alla prova dei mezzi e all'adesione a un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa finalizzato all'affrancamento dalla condizione di povertà* (D.lgs. 147/2017, art. 2, c.2).

Inoltre attraverso la L.R. n. 24 del 2016, la Regione Emilia-Romagna ha attivato il RES (Reddito di Solidarietà): una *misura regionale diretta a contrastare la povertà, l'esclusione sociale e la disuguaglianza, nonché a promuovere la crescita sociale ed economica, la valorizzazione delle competenze e dei saperi delle persone, l'accesso al lavoro* (L.R. 24/2016, art.1, c.2).

Infine con la Deliberazione Legislativa n.86 del 5 giugno 2018 sono state introdotte modifiche ed integrazioni alla L.R. 24/2016 dove all'art. 2 comma 2 cita che *"il RES consiste in una misura regionale diretta ad integrare la misura nazionale, incrementandone l'ammontare del beneficio così come previsto all'articolo 14, comma 6, del decreto legislativo n. 147 del 2017, e può prevedere, sulla base della valutazione multidimensionale, specifiche ed ulteriori misure per l'inserimento lavorativo e l'attivazione sociale, anche mediante il raccordo con associazioni di volontariato"*.

1) ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE A LIVELLO DISTRETTUALE

Per i Comuni del Distretto Ovest, il **Servizio Sociale Professionale** è così organizzato:

- Gestione associata dei servizi socio-assistenziali a cui aderiscono i Comuni di Cento, Poggio Renatico, Terre del Reno, Vigarano Mainarda, di cui il Comune di Cento è l'ente capofila dal 2002.

Le risorse umane operanti per la Gestione Associata, di seguito identificata come **GAFSA**, dei servizi socio-assistenziali sono costituite da:

- a) personale dipendente dei Comuni sia a tempo determinato che indeterminato comandato al Comune di Cento;
- b) personale dipendente dell'Azienda USL di Ferrara a tempo indeterminato comandato al Comune di Cento in qualità di ente capofila gestionale.

Il Comune di Cento è capofila gestionale della GAFSA la cui direzione è affidata al Dirigente del Settore V Servizi alla Persona e Servizi Culturali e alla Responsabile dei Servizi Sociali della GAFSA a cui è attribuita la responsabilità gestionale dei servizi convenzionati.

La Gestione Associata è regolamentata da una convenzione tra i Comuni aderenti valevole per il periodo dal 01/04/2018 31/12/2020 ed i servizi gestiti in forma associata sono i seguenti:

- Tutela dei minori a sostegno delle responsabilità familiari – servizio realizzato da 5 assistenti sociali;
- Assistenza sociale agli adulti e disabili – servizio realizzato da 1 assistente sociale sul Comune di Cento e 1 educatore professionale per tutti i Comuni associati;
- Assistenza sociale alle persone anziane – servizio realizzato da 3 assistenti sociali per tutti i Comuni associati, di cui uno operativo anche sull'area adulti/famiglia per tutti i Comuni tranne Cento.

Inoltre è presente un assistente sociale part time a 30 ore settimanali somministrata con fondi sisma. L'area amministrativa è costituita da un funzionario amministrativo, un impiegato amministrativo ed un impiegato amministrativo somministrato con fondi sisma.

I Comuni associati, compreso il Comune di Bondeno, gestiscono inoltre lo **Sportello Sociale** tramite appalto. Lo Sportello Sociale svolge una funzione di accoglienza delle richieste provenienti dai cittadini attraverso un'adeguata lettura dei bisogni rappresentati e supporta nella compilazione della modulistica per la richiesta di servizi o prestazioni. Ove ricorrono le condizioni per la presa in carico, il cittadino accede ad una delle diverse aree del servizio sociale professionale.

Sul territorio Distretto Ovest, sono presenti 5 sedi di sportello sociale, uno per ogni comune ed il personale afferente è costituito da: n. 4 assistenti sociali di cui una assunta con fondi PON ed una part time a 15 ore settimanali e 3 operatori di sportello.

Infine il Comune di Bondeno, appartenente al Distretto Ovest dal 1994, non afferisce alla Gestione Associata gestendo in maniera autonoma le funzioni socio-assistenziali ed il servizio sociale professionale, che è così strutturato:

- 1 dirigente;
- 1 vice dirigente;
- 1 capo servizio con funzione amministrativa;
- 1 educatore professionale con funzione di referente unico del servizio sociale;
- 1 assistente sociale area anziani e disabili;
- 1 assistente sociale area minori tutele;
- 1 assistente sociale a 21 ore settimanali incaricata con fondi sisma;
- 1 impiegato amministrativo part time a 24 ore settimanali;
- 1 impiegato amministrativo part time a 30 ore settimanali con fondi sisma.

2) DEFINIZIONE DELLE PRIORITA' RISPETTO AL RAFFORZAMENTO SU BASE TRIENNALE DEL SISTEMA DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI PER IL CONTRASTO ALLA POVERTA'

Attualmente per il Distretto Ovest il rapporto assistente sociale:abitanti è pari a 1:5.381, per tale ragione il 20% delle risorse del Fondo Povertà saranno destinate per l'assunzione del numero di assistenti sociali necessario per raggiungere il parametro regionale.

Inoltre, una volta raggiunto il primo obiettivo, il contributo del Fondo Povertà verrà utilizzato per interventi relativi al contrasto alla povertà di cui all'articolo 7 comma 1 del D.Lgs 147/17 ad oggetto "*Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà*", quali progetti di inclusione sociale, progetti di inserimento lavorativo e interventi a sostegno dell'abitare.

Ad oggi il Distretto Ovest ha recepito la nota ministeriale n. 218 del 10/01/2018 ad oggetto "*Comunicazione dei punti per l'accesso al REI*" comunicando i punti di accesso al REI presenti sul territorio, corrispondenti alle sedi dello sportello sociale. I cittadini, in base al proprio comune di residenza afferiscono agli sportelli sociali che offrono informazione, indirizzo e supporto nella presentazione delle domande. In armonia con la nota ministeriale sopracitata e l'art. 5 del D.Lgs 147/17 i punti di accesso svolgono funzioni di pre-assessment o analisi preliminare rivolta a tutti i nuclei beneficiari del REI. A seguito dell'analisi preliminare è possibile attivare i servizi volti all'inclusione lavorativa oppure attivare l'equipe multidisciplinare qualora il bisogno risulti più complesso. In base al bisogno emerso e alle caratteristiche del nucleo beneficiario si redigerà poi il *Patto di Servizio* o il *Progetto Personalizzato*. Nella fase di individuazione del progetto personalizzato è possibile attivare interventi e/o servizi sociali, così come sono stati individuati dall'art.7 comma 1, D.Lgs147/17:

- il servizio di segretariato sociale, per informazioni e consulenze ai singoli ed ai loro familiari;
- la fase di assessment che prevede l'attivazione del servizio sociale professionale;
- attivazione di interventi volti all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione attraverso le misure previste dalla L.R. 4/15;
- sostegno socio educativo domiciliare individuale o territoriale attraverso attività partecipate rivolte a gruppi di persone, che comprendono anche il supporto nella gestione delle spese del bilancio familiare;
- assistenza domiciliare socio assistenziale e servizi di prossimità finalizzati all'inclusione sociale e alla prevenzione dell'emarginazione, dei soggetti in situazione di fragilità socio-economica;
- sostegno alla genitorialità, anche attraverso interventi educativi e di mediazione familiare (primi 1000 giorni di vita). Come descritto all'interno della scheda 14 nel Distretto Ovest è

attivo il progetto, finanziato dalla Regione Emilia Romagna, relativo agli interventi sui primi mille giorni di vita denominato "Stare Accanto" che prevede una stretta collaborazione tra sociale e sanitario, in particolare consultorio, ostetriche e reparto maternità;

- servizio di mediazione linguistica, culturale e sociale;
- servizio di pronto intervento sociale che nel nostro territorio è rivolto solo a minori attivato in tutti i casi in cui sia necessario valutare e/o adottare provvedimenti urgenti volti a tutelare il minore (ex art. 403 c.c.) quando questi si trovi in una situazione di abbandono o di grave pregiudizio, intesa come situazione in cui la salute psicofisica del bambino o dell'adolescente è in pericolo o in cui questi è a rischio di trauma, ed è pertanto necessario un intervento esterno, immediato o a breve termine, in quanto il sistema familiare non risulta essere in grado di sostenerlo.

Tali servizi ed interventi vengono attivati sulla base di una valutazione complessa considerando più livelli quali quello sociale, economico ed eventualmente anche sanitario.

Sulla base degli interventi previsti dall'art. 7 del D. Lgs 147/17 e sulla base delle necessità del territorio, il Distretto Ovest individua come priorità triennale quella di ampliare il servizio di mediazione sociale, nello specifico quello di mediazione abitativa volto alla gestione delle emergenze abitative e al contrasto delle dinamiche conflittuali in ambiti interculturale e di convivenza.

L'attività del centro di mediazione sociale svolge in particolare le seguenti azioni:

- attività mediativa incentrata sulla risoluzione di situazioni di conflittualità emergenti effettuando colloqui di mediazione dei conflitti; sopralluoghi nei contesti abitativi ed urbani (spazi pubblici e condomini) ove si verificano problematiche di conflittualità, progettazione di interventi specifici nei contesti urbani problematici organizzazione di iniziative (conviviali, informative, socializzanti, ricreative, ecc.) nelle aree urbane individuate; conduzione di percorsi partecipativi e di coinvolgimento attivo finalizzati allo stimolo della coesione sociale;

- percorsi di facilitazione alle autonomie finalizzati a promuovere e favorire processi di coesione sociale e cittadinanza attiva con l'obiettivo di accompagnare le persone all'acquisizione di competenze individuali, di gruppo, per la corretta gestione ordinaria dell'alloggio e delle spese, ed il proficuo accesso ai servizi in tema di sociale, istruzione, formazione, lavoro, sanità, legalità; coinvolgere i cittadini in percorsi di mediazione comunitaria per l'individuazione partecipata di soluzioni condivise in risposta a disagi vissuti nel rapporto con l'ambiente di vita fisico e sociale;

- interventi di prevenzione e gestione delle problematiche socio-economiche e delle emergenze abitative;

Ad oggi è in corso di definizione anche un protocollo tra il Tribunale ed i Servizi Sociali per la gestione del rilascio degli immobili.

Sul Distretto Ovest verrà inoltre data continuità all'erogazione dei contributi volti all'integrazione del reddito e a sostenere i progetti di inclusione sociale per le persone non hanno caratteristiche sufficienti per rientrare nelle misure previste dalla L.R. 14/15.

Infine il Distretto Ovest partecipa al progetto FAMI CASP-ER rivolto a cittadini di Paesi terzi regolarmente presenti in Italia, compresi i titolari di protezione internazionale, con particolare attenzione a persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità quali: giovani neo-maggiorenni senza reti familiari di riferimento, madri sole con figli, familiari ricongiunti neo-arrivati, titolari di protezione internazionale, compresi quelli in uscita dai CAS, beneficiari individuati sulla base dei profili di fragilità ex. L.R. 14/2015. Le principali azioni previste da progetto sono la consulenza legale, il servizio di mediazione e la consulenza educativa.

3) SINTESI DELLE SCELTE PREVISTE DALL'AVVISO 3 PON INCLUSIONE

Nel recepimento delle recenti normative che affermano il riordino delle prestazioni di natura assistenziale finalizzate al contrasto alla povertà, nel Distretto Ovest della Provincia di Ferrara sono state introdotte una figura di coordinamento finalizzata alla Gestione dei Progetti (assistente sociale impiegata full time) ed una figura di supporto e raccordo amministrativo (impiegata due ore settimanali). La figura di Gestione dei Progetti è stata inserita con funzioni di monitoraggio e gestione dei dati rilevati nell'Ambito Territoriale durante il periodo di attivazione; tra le principali attività monitorate vi sono:

□□ Segretariato Sociale: ai cittadini che si presentano agli Sportelli Sociali dei Comuni di residenza sono fornite informazioni e attività di pre-assessment circa i requisiti e le modalità di accesso alle misure economiche di cui sopra, specificando anche le relative condizioni previste per legge per il mantenimento delle stesse;

- coordinamento e condivisione delle informazioni istituzionali nei punti di accesso dei Comuni facenti parte il Distretto per le attività di informazione, pre-assessment, gestione delle richieste dei cittadini;

- attività di segreteria:

- comunicazioni da e verso gli Enti istituzionali coinvolti nel processo di gestione/erogazione dei benefici economici;
- informazione e coinvolgimento degli altri operatori pubblici (e non) interessati nella gestione della domanda e del progetto personalizzato;
- convocazione delle équipe multi-professionali, oltre alla definizione ed organizzazione degli O.d.G. delle équipe.

Ai sensi dell'art. 2 comma 6 del D. Lgs 147/2017 e come da nota ministeriale n. 0000218 del 10/01/2018, sono stati comunicati i punti di accesso al REI: gli sportelli sociali dei Comuni del Distretto Ovest sono i punti di raccolta ed inserimento delle domande così come anche i punti di informazione ed orientamento del cittadino. Già dalla prima fase di accesso, come definito dalle Linee Guida (SIA/REI), l'operatore può delineare un Pre-Assessment delle condizioni di fragilità e vulnerabilità dei nuclei familiari che afferiscono al Servizio e indirizzare la domanda ai Servizi più idonei per l'eventuale presa in carico.

Nei Comuni facenti parte del Distretto, lo Sportello Sociale, punto di accesso alla rete dei servizi è divenuto importante non solo come filtro per l'accesso ai servizi specialistici, ma anche come utile e privilegiato punto di osservazione e monitoraggio dei bisogni e delle risorse del territorio. Al fine di garantire la condivisione delle informazioni per supportare le funzioni di Assessment svolte dagli assistenti sociali delle diverse aree di competenza, la figura di gestione del progetto svolge una funzione di coordinamento attraverso incontri tra servizi e formulando strumenti di lavoro ad uso di tutti gli operatori coinvolti, utili a definire l'accesso o meno alle nuove prestazioni di natura assistenziale finalizzate al contrasto della povertà. È stato pertanto creato un sistema di filtro per il successivo passaggio dell'utenza al sistema sociale professionale al quale compete l'analisi qualitativa e quantitativa.

La figura di gestione del progetto supporta l'attività di tutti gli assistenti sociali attraverso azioni di sostegno alle funzioni di Assessment. Tali azioni prevedono:

- sottoscrizione dei progetti personalizzati di inclusione attiva da parte dei nuclei beneficiari;
- attivazione degli interventi e dei servizi rivolti all'inclusione attiva;
- gestione e monitoraggio dei progetti personalizzati;
- verifica e valutazione degli obiettivi di inclusione in raccordo con le figure professionali competenti.

Per supportare le funzioni di Assessment svolte dagli operatori specialistici per l'area di competenza, la figura di Gestione del Progetto, nell'ambito delle équipe periodiche, ha fornito materiale riassuntivo ed esplicativo in merito all'attuazione delle misure RES/REI.

Inoltre rappresenta un supporto costante agli operatori coinvolti nell'iter per fornire chiarimenti ed informazioni, in raccordo anche con gli Enti Istituzionali coinvolti quali INPS e Regione Emilia Romagna.

4) SINTESI DEL PIANO INTEGRATO TERRITORIALE

Nell'ambito territoriale di riferimento i Servizi Sociali territoriali, non solo sono impegnati a fornire risposte a bisogni contingenti e primari espressi dalla fascia sociale più svantaggiata ed in costante crescita a causa della nota crisi economica, ma da anni, svolgono azioni tese al miglioramento dell'occupabilità delle persone e, ove possibile, ne favoriscono l'esperienze formativa finalizzata all'avvicinarsi ad una occupazione lavorativa. Tali azioni si stanno attivando in sinergia attraverso una metodologia di lavoro integrato tra i Servizi Sociali, Sanitari e del Centro per l'Impiego, come da L.R.14/2015.

Nel 2017 le azioni svolte dai Servizi Sociali Territoriali gestiti dal Comune di Cento, capofila gestionale della Gestione Associata Funzioni Socio Assistenziali e dal Comune di Bondeno, sono essenzialmente riconducibili a:

- valutazione delle attitudini professionali e delle potenzialità individuali dei soggetti segnalati dal servizio sociale professionale;
- consolidamento e miglioramento delle competenze lavorative e relazionali attraverso il sostegno individuale o in piccoli gruppi;
- ricerca delle disponibilità aziendali locali e limitrofe;
- programmazione personalizzata, promozione e coordinamento di percorsi di tirocini formativi inclusivi di tipo "D" o di tipo "C";
- tutoraggio aziendale e supporto continuo della persona, finalizzato alla crescita personale e al potenziamento dell'autonomia lavorativa.

Contestualmente da Aprile a Dicembre 2017 sono proseguiti gli adempimenti propri dell'attuazione della L.R. 14/2015: nel mese di Aprile si è svolta la formazione approfondita; da giugno incontri organizzativi con i componenti dell'Equipè, nel mese di Ottobre incontro dell'Equipè con l'Ente Gestore per la pianificazione delle misure da attivare e per la condivisione della modalità di lavoro ed infine nel mese di Dicembre si è riunita ed ha iniziato formalmente ad operare l'Equipè Multiprofessionale.

Gli obiettivi previsti nella programmazione triennale 2018-2020 sono i seguenti:

- Migliorare dal punto di vista qualitativo il processo della programmazione degli interventi adeguati alla popolazione distrettuale;
- Valorizzare il territorio per la realizzazione degli interventi che le equipe multi professionali andranno a prevedere nei programma personalizzati rivolti alle persone fragili e vulnerabili;
- Valorizzare il volontariato e l'associazionismo attivo e presente sul territorio, in quanto risulteranno essere parte importante circa l'attivazione dei percorsi formativi, lavorativi o prettamente coinvolti per interventi meramente sociali;
- Perfezionare la modalità di lavoro integrata tra i diversi servizi, al fine di rendere più agevole ed elastici i processi della presa in carico, della valutazione, della progettazione, della gestione e del monitoraggio dei programmi personalizzati;
- Migliorare la valutazione degli interventi attivabili nei confronti delle persone in condizioni di fragilità e povertà, in raccordo con le altre misure di contrasto alla povertà regionali e nazionali.

Priorità di intervento

- Raccordo della presente programmazione triennale con le azioni indicate nel Piano Sociale e Sanitario nell'ambito dei Piani di Zona 2018-2020, rif. Scheda Regionale n°23;
- Individuazione di tipologie di intervento prioritarie rispetto all'utenza che verrà valutata idonea alle azioni in capo alla L.R.14/2015, declinando specificatamente le singole misure nel Piano Annuale;
- Valorizzazione e miglioramento della modalità del lavoro integrato tra i servizi Sociali, Sanitari e del Lavoro;
- Coinvolgimento delle reti presenti sul territorio al fine di migliorare la progettazione dei percorsi personalizzati.

5) MODELLO DI GOVERNANCE REALIZZATO A LIVELLO DISTRETTUALE

Come da convenzione, l'**Ufficio di Piano** distrettuale svolge le seguenti funzioni:

- attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale e sociosanitaria (Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, Programmi attuativi annuali comprensivi del Piano delle attività per la non autosufficienza);
- attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti unitari distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa;
- coordinamento degli strumenti tecnici per l'accesso e la valutazione d'accesso;
- attività istruttoria, di monitoraggio e di adozione degli atti relativi all'accreditamento di cui all'art. 38 della L.R. 2/2003 e degli atti applicativi;
- azioni di impulso e di verifica delle attività attuative della programmazione sociale e sociosanitaria.

Inoltre è responsabile del coordinamento tecnico dell'azione programmatoria e organizzativa-gestionale dell'attuazione delle misure a contrasto delle povertà, in stretta connessione con il Centro per l'Impiego.

Al **Comitato di Distretto** competono:

- la funzione di indirizzo a livello distrettuale nell'area delle politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie;
- la programmazione di ambito distrettuale, ivi inclusa quella relativa alla non autosufficienza, la regolazione e la verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti e di quant'altro affidato allo stesso dalla normativa regionale vigente;
- la definizione degli indirizzi strategici per la formulazione del Piano di zona per la salute ed il benessere sociale in coerenza con il Piano Sociale e Sanitario Regionale e con gli indirizzi della CTSS, nelle materie di competenza.

Il Comitato di Distretto si avvale dell'Ufficio di Piano che per temi relativi al contrasto alla povertà sarà integrato da un referente del Centro per l'Impiego.

6) MODELLO ORGANIZZATIVO EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Come stabilito dall'art. 5 comma 7 del D.Lgs 147/17 e l'art. 11 della L.R. 14/15, il Distretto Ovest ha individuato una equipe multi professionale composta da rappresentanti dei servizi sociali, sanitari e dei servizi per l'impiego.

L'equipe multidisciplinare si riunisce una volta ogni due mesi relativamente al RES/REI per la validazione dei progetti ed una volta ogni due settimane per l'attivazione delle misure L.R. 14/15.

Nell'ambito dell'equipe multidisciplinare sono state individuate due figure di coordinamento; una relativa al tema RES/REI ed una relativa ai casi L.R. 14/15, con i seguenti compiti: convocazione, organizzazione e definizione degli incontri (quali o.d.g)

utili anche al confronto e aggiornamento tra gli operatori dei diversi servizi coinvolti. Per quanto riguarda la L.R. 14 il referente si occupa anche di tenere i contatti con i centri di formazione.

Le modalità di funzionamento dell'equipe RES/REI è in corso di revisione organizzativa sulla base delle recenti modifiche legislative quali l'introduzione del REI a partire da gennaio 2018 e la successiva abrogazione con Legge 205/2017 dei requisiti familiari relativi all'art. 3 comma 2 del D.Lgs 147/17 ed anche la la Deliberazione Legislativa n.86 del 5 giugno 2018 con la quale si sancisce l'integrazione del RES al REI.

Infine all'equipe multidisciplinare è costante la partecipazione del referente del Centro per l'Impiego e del sociale mentre la componente sanitaria partecipa solamente in presenza di casi di propria competenza.

7) MODALITA' E STRUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE E CONFRONTO CON I SOGGETTI DEL TERZO SETTORE

A seguito dell'entrata in vigore del Protocollo per l'attuazione del Reddito di Solidarietà (RES) e delle misure a contrasto della povertà ed esclusione sociale in Emilia-Romagna, sul Distretto Ovest si sono rafforzate e definite le già preesistenti collaborazioni tra il Servizio Sociale e il Terzo Settore presente sul territorio. A ottobre 2017 si è tenuto un incontro che mirava a definire le prassi e le modalità organizzative di accesso sia ai benefici SIA/RES/REI che di accesso ai servizi di supporto a contrasto della povertà. L'incontro si è svolto nell'ottica di condivisione delle informazioni e delle novità legislative che hanno visto coinvolti non solo i servizi sociali ma anche le organizzazioni partner territoriali" (OPT).

A seguito di questo incontro si stanno continuando a svolgere micro-équipe tra OPT e operatori del servizio sociale a seconda delle necessità (segnalazioni specifiche, richieste di interventi volti all'inclusione sociale e a contrasto della povertà , monitoraggio...). E' inoltre previsto un incontro con patronati e CAF del territorio in virtù delle recenti modifiche ed integrazioni legislative. L'incontro nasce dalla necessità di coinvolgere anche i centri di assistenza fiscale ai quali spesso i cittadini si rivolgono per chiedere supporto nella compilazione di domande, bonus, etc. La collaborazione con questi servizi diventerà indispensabile per indirizzare e fornire informazioni corrette al cittadino circa le modalità di accesso ai punti REI e per la presentazione della domanda REI/RES.

8) SINTESI SCHEDE INTERVENTO 22 (misure a contrasto della povertà SIA/REI/RES) e 23 (avvicinamento al lavoro persone fragili e vulnerabili LR14/15)

Di seguito si riportano le principali azioni volte al contrasto alla povertà:

- Sostegno al reddito per i nuclei familiari in situazioni di fragilità sociale e di temporanea difficoltà a causa dell'espulsione dal mondo del lavoro;
- Interventi e percorsi finalizzati all'inserimento e reinserimento lavorativo a favore di soggetti fragili e svantaggiati, quali:
 - **ORIENTAMENTO:** viene svolto attraverso colloqui individuali conoscitivi e di approfondimento delle problematiche personali e per l'individuazione di criticità e risorse della sfera psicologica, fisica e professionale che definiscono le competenze, le potenzialità e le aree di miglioramento della persona, al fine di individuare il percorso formativo o di inserimento o reinserimento lavorativo più rispondente alle caratteristiche soggettive;
 - **ATTIVAZIONE DEL TIROCINIO E FORMALIZZAZIONE DELLE COMPETENZE:** ricerca dell'azienda, accompagnamento in azienda per la definizione del progetto con le parti coinvolte, stesura del progetto, monitoraggio del percorso;

- **SOSTEGNO NEI CONTESTI LAVORATIVI:** attività di tutoraggio è messa in atto durante la fase di attuazione del tirocinio per accompagnare e supervisionare la persona nel contesto formativo, potrà prevedere anche un supporto aggiuntivo sulla base del progetto personalizzato predisposto dall'equipe multi professionale;
- **ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO:** in considerazione della scarsa capacità di assorbimento di personale da parte delle aziende locali, si prevede una modesta attività connessa all'individuazione delle imprese e alla gestione dei rapporti per l'avvio del rapporto di lavoro. Inoltre i percorsi di re inserimento lavorativo sono valorizzati dal RES E REI in quanto si rivolgono a soggetti privi di un reddito da lavoro e prevedono, come condizione per l'ottenimento del beneficio, l'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa;
- mantenimento del Progetto AGENZIA CASA in collaborazione con l'A.C.E.R. Ferrara.

Capitolo 4 – Obiettivi e priorità

Il nuovo Piano Sociale e Sanitario per il triennio 2017-2019 definisce tre obiettivi strategici prioritari quali:

- lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà;
- il Distretto quale snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria;
- far nascere e sviluppare strumenti nuovi di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali.

L'approvazione del nuovo Piano Sociale e Sanitario e la programmazione del nuovo Piano di Zona triennale sono stati occasione di confronto e di riqualifica delle modalità di lavoro per la definizione delle azioni prioritarie.

In particolare si è sentito il bisogno di costruire il Piano di Zona in maniera partecipata, attivando un duplice percorso di condivisione e costruzione della rete. In primo luogo si è partiti dal rafforzamento della rete interna degli operatori, creando una maggiore conoscenza e collaborazione tra operatori del sanitario e del sociale; successivamente il lavoro si è esteso a tutti i soggetti esterni interessati, quali enti del terzo settore e organizzazioni sindacali.

Un elemento positivo dell'intero percorso è sicuramente stata la partecipazione da parte degli amministratori dei Comuni, permettendo, a loro in prima persona, di ascoltare i bisogni e le necessità delle realtà presenti e, viceversa, a chi era presente di sentire la vicinanza della componente politica.

Il lavoro preliminare realizzato prettamente con gli operatori è stato quello di partire da un'analisi delle nuove schede attuative regionali approvate con DGR 1423/2017 le quali fanno un'analisi dei bisogni trasversali della popolazione e non più per target specifici, analizzando quanto già presente sul territorio e valutare come poter eventualmente implementare o modificare l'esistente. Come già richiamato nel Capitolo 1, sulla base di quanto emerso da lavoro svolto dagli operatori dei servizi, sono stati realizzati due eventi aperti per lavorare con le realtà del terzo settore e delle organizzazioni sindacali presenti sulle tematiche prioritarie individuate.

L'attività svolta durante gli "Open Day" è stata impostata sulla creazione di alcuni gruppi di lavoro identificabili con specifici target di età della popolazione in modo da facilitare l'orientamento e la partecipazione da parte dei partecipanti, ma all'interno di ciascun gruppo i bisogni emersi e trattati sono stati trasversali, ed una volta raccolti è stato possibile ricondurli alle aree tematiche indicate dalla Regione Emilia-Romagna.

I gruppi di lavoro definiti per gli "Open Day" sono stati:

- contrasto alla povertà;
- sostegno alla genitorialità – primi mille giorni di vita;
- adolescenti e giovani/adulti;
- autonomia e prevenzione – anziani;
- autonomia e prevenzione – disabili.

Dal primo "Open Day", realizzato il 23 marzo 2018, sono emersi i seguenti bisogni e proposte, comuni a tutte le aree/gruppi di lavoro:

• **Costruzione/manutenzione/consolidamento della rete**

Il Distretto Ovest è un territorio molto ricco di realtà associative, di volontariato e di enti del terzo settore nella loro accezione più generica. Secondo quanto emerso la maggior parte di queste realtà non si conoscono tra loro, così come non conoscono i servizi pubblici e viceversa. Le occasioni di "Open Day" hanno permesso di iniziare un lavoro di costruzione della rete, in modo da diffondere la conoscenza di quanto esistente sul territorio e facilitare la creazione di collaborazioni anche favorendo progetti di inclusione sociale ed esperienze promosse dal terzo settore, come quelle rivolte ai soggetti fragili o alle persone affette da patologie che richiedono uno specifico intervento di supporto al caregiver e/o per il superamento dello stigma legato alla malattia (es: Demenze).

Pertanto diventa prioritario dare continuità al lavoro iniziato, permettendo anche una più importante e corretta trasmissione delle informazioni.

Per tale ragione il Distretto Ovest individua come priorità per il triennio l'avvio di un'attività di monitoraggio e implementazione della rete, che possa proseguire il lavoro iniziato prevedendo incontri periodici con i diversi attori del territorio. Questo potrà permettere di ristabilire un rapporto di fiducia tra l'ente pubblico ed il privato.

- **Sostegno ai caregiver**

Da ciascun gruppo di lavoro è emersa la necessità di attivare azioni a sostegno dei caregiver, individuati come coloro che si prendono cura di altri. La presenza di un assistente sociale dell'area disabili all'interno del gruppo di lavoro "sostegno alla genitorialità – i primi mille giorni di vita" ha permesso di sottolineare quanto il sostegno alla genitorialità sia un bisogno estremamente trasversale a tutti i target di età.

Per questo in ciascuna scheda d'intervento saranno inserite delle azioni di sostegno alla genitorialità ed ai caregiver in generale.

GRUPPO ADOLESCENTI E GIOVANI/ADULTI

Bisogni e proposte emersi:

- mappatura dei servizi e progetti esistenti dedicati in particolare alla fascia d'età giovani/adulti; azione che si prevede di affidare al tavolo di lavoro formatosi durante gli "Open Day";
- estensione della progettualità di peer education;
- necessità di uno spazio per i giovani;
- attivazione del Tavolo dell'Adolescenza, già presente nel Comune di Cento, anche negli altri Comuni del Distretto, con un coordinamento da parte del Tavolo di Cento.

GRUPPO AUTONOMIA E PREVENZIONE – DISABILI

Bisogni e proposte emersi:

- comunicazione e informazione alle persone con disabilità ed ai loro familiari sulle opportunità e risorse del territorio in tutti gli ambiti di vita;
- accompagnamento, orientamento e sostegno alle famiglie in particolare nella fase del passaggio alla maggiore età e comunque in tutte le fasi critiche del ciclo vitale.

Si richiamano i progetti "VITA INDIPENDENTE" e "DOPO di NOI" che prevedono l'attivazione di una serie di servizi a sostegno della domiciliarità, indirizzati a persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare. Tali servizi sono volti a favorire la massima autonomia possibile, secondo dei progetti personalizzati, derivati da una valutazione multidimensionale congiunta, e in accordo con le aspettative e i desideri della persona. I progetti individuano gli specifici sostegni di cui la persona con disabilità necessita, siano essi sanitari, sociali e socio-sanitari, in funzione del miglioramento della qualità della vita.

Gli interventi assistenziali e socio educativi prevedono:

- a) interventi personalizzati di accompagnamento all'uscita dal nucleo familiare di origine;
- b) interventi di supporto alla domiciliarità, di accrescimento della consapevolezza e lo sviluppo di competenze, sostegno alle famiglie;
- c) inserimenti temporanei (solievo) in strutture abitative extra familiari,
- d) interventi infrastrutturali atti a favorire la domiciliarità.

GRUPPO AUTONOMIA E PREVENZIONE – ANZIANI

Bisogni e proposte emersi:

- per l'ambito sanitario: valutare la possibilità di promuovere la figura dell'infermiere "di quartiere" ed i progetti di fisioterapia a domicilio. Garantire la realizzazione del Piano Vaccinale con particolare attenzione alla vaccinazione AntiTetanica (obiettivo copertura 100%), promuovere l'accesso al supporto psicologico (DAISM-DP);

- per l'ambito sociale: miglioramento dell'accesso alla rete (adeguamento dell'organico dei Servizi Sociali Territoriali), sviluppo dei progetti di trasporto facilitato, promozione del supporto psicologico nelle Residenze per anziani
- promozione dell'attività motoria: attività fisica adattata, attività fisica in gruppo, gruppi cammino; rafforzamento dei progetti di fisioterapia anche con funzione preventiva
- problemi cognitivi: sviluppo degli interventi di memory training, di inclusione sociale e di supporto ai caregivers anche valorizzando quanto già attivo nel territorio (CaFE Alzh, gruppi di auto aiuto);
- formazione e informazione con particolare attenzione ai temi della prevenzione e del mantenimento delle autonomie: MMG/NCP, organizzazioni di volontariato, centri sociali, orientamento ai Care Givers;
- CDCA: implementazione del progetto, sviluppando al meglio le sinergie con il territorio (servizi sanitari, socio-sanitari, sociali) ed i meccanismi di interazione con le CDCA degli altri distretti (procedure ed informatizzazione dei processi).

SERVIZI ACCREDITATI per ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI e DISABILI

Bisogni e obiettivi prioritari:

- RESIDENZIALITA': assorbe complessivamente il 60% FRNA, e si conferma il programma di aumento di p.l. presso le CRA (Dosso – in attesa di accreditamento) e la continuità per i CSRR (disabilità);
- RICOVERI di SOLLIEVO: obiettivo raggiungimento della quota del 2% rispetto alle giornate di presenza in CRA/CSRR. Riguardo ai servizi residenziali, questi interventi devono essere considerati soprattutto come sostegno alla domiciliarità, essendo progetti a termine che tentano di dare una risposta nelle fasi critiche di gestione (sovraccarico caregiver, de-ospedalizzazione per preparare il rientro a domicilio);
- PROGETTI di supporto alla DIMISSIONE DIFFICILE: rispetto al SAD si mantiene il requisito LEA dei 30 gg gratuiti alla dimissione dall'ospedale come progetto di sostegno e sviluppo della domiciliarità; DIMISSIONI DIFFICILI: analisi delle criticità ed individuazione delle possibili soluzioni per il rafforzamento della rete territoriale. Il distretto Ovest ha una modesta dotazione di p.l. extra-ospedalieri ad intensità di cura intermedia, viene confermato l'impegno ad arricchire la rete di opzioni integrative rispetto a quelle attualmente disponibili (es. pl NAIA/OsCo);
- MONITORAGGIO e REGOLAMENTAZIONE delle CASE FAMIGLIA: (scheda 5) si esprime la necessità di rafforzare il sistema di regolamentazione, con l'obiettivo di favorire la definizione di un sistema unitario e condiviso di regole provinciali, coerente con eventuali indicazioni regionali, comprensivo di un'esplicita attenzione ai requisiti di tutela degli ospiti e dei lavoratori. Si ipotizza la possibilità di definire un'insieme di indicatori/requisiti di qualità che possano contribuire ad identificare le strutture virtuose (white list), studiando forme di collegamento funzionale con la rete locale dei servizi e favorendone la partecipazione alla vita del contesto sociale territoriale in cui sono inserite.

GRUPPO CONTRASTO ALLA POVERTA'

Bisogni e proposte emersi:

- Creazione di uno spazio di integrazione ed occupazione lavorativa per uomini disoccupati e fragili con più di 50 anni da coinvolge in attività socialmente utili favorendo la creazione di una cooperativa di lavoratori che possa avere commesse da parte delle amministrazioni pubbliche per lavori di manutenzione;
- Attivazione di un progetto di lotta alla povertà e sostegno alimentare ai cittadini meno abbienti con lo scopo di reperire costantemente alimenti derivanti da donazioni a vario titolo, da devolvere a favore di Caritas ed associazioni del Distretto Ovest.

- Sostenere la fragilità ed il disagio economico delle persone con attività socialmente utili non solamente con contributi economici finì a se stessi andando in tal modo a sostenere l'autostima della persona e la dignità dell'utente;
- Coinvolgere maggiormente la rete del volontariato presente nei Comuni del Distretto Ovest per tentare di coinvolgere nelle loro attività ed iniziative le persone inoccupate e prive di rete familiare che vivono profondamente il senso di solitudine;
- Proseguire gli incontri per il "Canone concordato", facilitando in tal senso la possibilità di reperire abitazioni con un canone più accessibile anche a famiglie con un reddito modesto;
- Promuovere il rafforzamento della rete tra i diversi soggetti che sul territorio si occupano di alfabetizzazione e favorire la collaborazione tra Pubblica Amministrazione e Terzo Settore per permettere il corretto orientamento degli utenti ai servizi presenti;
- Promuovere e favorire l'ampliamento dei contatti da parte dei servizi sociali per il reperimento di aziende disponibili a collaborare, per l'applicazione della L.R. 14/15, collaborando anche con le associazioni degli imprenditori e dei lavoratori disoccupati.

GRUPPO SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA'

I **bisogni** e le **proposte emersi** sono quelli già previsti nelle due azioni "Costruzione della rete" e "Sostegno ai caregiver" sopraindicati, e nella scheda di intervento del sostegno alla genitorialità (14).

Come già descritto nel Capitolo 1, sulle tematiche del contrasto alla povertà e del sostegno alla genitorialità, saranno realizzate due progettualità con il percorso partecipato.

Il primo prevede l'estensione agli altri Comuni del Distretto di un progetto già realizzato con le Caritas sul Comune di Cento, che ha l'obiettivo di favorire la conoscenza tra gli operatori delle Caritas e le persone con cui lavorano, cercando di rompere il classico schema "dare-avere" e promuovendo percorsi condivisi utili sia agli utenti che agli operatori stessi.

Il secondo percorso riguarda il tema della conflittualità familiare e propone un percorso formativo e di supervisione rivolto ad operatori, ed, in sinergia con quello che è il percorso/progetto avviato a livello provinciale, propone di costruire "percorsi di ascolto per le famiglie a Sistema", in cui vi sia un'unica "regia", un linguaggio comune, partendo da una mappatura di tutti i servizi presenti sul territorio, coinvolti nella tematica della conflittualità familiare, per agevolare le famiglie nella conoscenza di ciò che esiste e di cui è possibile fruire.

INTERVENTI A PREVALENTE VALENZA SANITARIA

Bisogni e obiettivi e prioritari:

- CASA DELLA SALUTE:

- Casa della salute di Bondeno: a fine 2016 sono stati avviati i lavori del 1° stralcio di ristrutturazione. Negli spazi attualmente a disposizione, sono stati riorganizzati i principali percorsi di presa in carico per gli utenti affetti da patologie croniche, grazie alla collaborazione tra Terzo Settore, medicina di gruppo di riferimento ed il nucleo di cure primarie di Bondeno.

Lo sviluppo per l'anno 2018 prevede l'avvio dei servizi nella parte ristrutturata e l'inizio dei lavori del 2° stralcio, nella parte storia dell'Ex ospedale Borselli.

- Casa della salute interaziendale e interprovinciale di Pieve di Cento: analizzando le caratteristiche geografiche e sociali del territorio bolognese, limitrofo a quello ferrarese si nota come esso possa essere facilmente identificato quale ambito territoriale omogeneo di circa 60.000 abitanti, (comuni di Pieve di Cento, Castello d'Argile e Argelato, Cento e Terre del Reno) per caratteristiche geografiche con forti collegamenti tale da costituire un ambito di programmazione interprovinciale.

Si tratta di sviluppare una Casa della salute Interaziendale quale articolazione organizzativa e professionale dei due territori alla quale è affidato il compito di garantire le attività e i servizi dell'assistenza socio-sanitaria, vista anche la consuetudine delle comunità di cui sopra di usufruire dei servizi indipendentemente dall'afferenza provinciale.

Si propone quindi una idea di Casa della Salute quale centro di responsabilità in grado di rispondere alla committenza distrettuale mediante soluzioni organizzative a rete che poggiano, oltre che su strutture fisiche dedicate, anche su una comunità professionale che si riorganizza intorno ai cittadini/pazienti per garantire servizi di più alta qualità.

La Casa della Salute sarà collegata funzionalmente ed afferente prioritariamente all'Ospedale di Cento.

Va ricordato che le Case della Salute non sono "solo" un presidio sanitario, al contrario rivestono un ruolo importantissimo per l'integrazione socio-sanitaria, a garanzia di una presa in carico multidisciplinare del cittadino.

Il piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità del sistema sanitario della provincia di Ferrara ha definito la riconversione dei posti letto ospedalieri in posti letto (p.l.) distrettuali (ospedali di comunità, strutture intermedie). Per quanto concerne il territorio del distretto Ovest viene ribadito l'impegno all'attivazione di 20 p.l. presso l'ex ospedale di Bondeno, a conclusione dei lavori di ristrutturazione (post evento sismico).

L'Azienda USL, in accordo con la Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, proseguirà il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione (DM n. 70/2015; DGR 2040/2015).

- **RIORGANIZZAZIONE della RETE OSPEDALIERA e TERRITORIALE INTEGRATA:** per rispondere in maniera efficace e contribuire al miglioramento del complessivo stato di salute della popolazione è indispensabile consolidare una stretta sinergia tra i professionisti che governano i processi ospedalieri e chi, a livello territoriale, ha la responsabilità della tutela della salute della popolazione.

L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali riveste un ruolo centrale nel regolamento dei flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Entrambi gli interventi partono dal presupposto che la riorganizzazione della singola struttura ospedaliera è insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono il trattamento ospedaliero. Se in una logica di continuità assistenziale non viene affrontato il tema della riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera che preveda peculiarità specifiche per i singoli nosocomi così come il potenziamento/riorganizzazione delle strutture territoriali, la cui carenza o mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'Ospedale, gli interventi posti in essere risulteranno sicuramente insufficienti.

Il programma di riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale è riportato nel documento **"Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese"**, approvato dalla Conferenza territoriale socio sanitaria il 30 gennaio 2017 e adottato dal mese di giugno 2017, successivamente al riscontro positivo da parte dell'Assessorato alle politiche socio sanitarie. Il documento è stato prodotto da un gruppo di pilotaggio composto da professionisti di entrambe le aziende, che hanno collaborato a partire dall'estate 2015.

Per quanto riguarda la progettualità della centrale di dimissione e continuità assistenziale, nel mese di aprile 2016, su mandato delle Direzioni delle due Aziende Sanitarie, è stato costituito un gruppo tecnico coordinato dal Direttore del Distretto Centro Nord, con lo scopo di predisporre un progetto di fattibilità per la realizzazione di una Centrale Unica di Dimissione per i pazienti in cui la dimissione ha elementi di problematicità (dimissioni protette, dimissioni difficili). Nel mese di ottobre i lavori del gruppo sono giunti a sintesi nella definizione del documento "Progetto per la definizione della Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale (CDCA)", che propone un modello professionale non gerarchico caratterizzato da una doppia direttrice di integrazione:

- verticale: a valle con i Dipartimenti Territoriali e i Servizi Sociali e a monte con i Dipartimenti Ospedalieri

- orizzontale: attraverso la costruzione di un team multi-professionale e interaziendale

Il documento è stato approvato dalle Direzioni Sanitarie delle due Aziende nel mese di gennaio 2017, consentendo di attuarle un programma di progressiva attivazione delle CDCA nel periodo luglio-ottobre 2017. E' stata costituita una CDCA per ogni distretto, all'interno dei Presidi Ospedalieri di : Cento, Argenta/Lagosanto e Azienda Ospedaliera Universitaria a Cona.

Le funzioni afferiscono alla Direzione del Distretto, quale garante della continuità dell'assistenza prima e dopo il ricovero.

- **BUDGET di SALUTE:** è uno strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato delle persone affette da disturbo mentale grave. Viene attivato dalle Aziende USL in collaborazione con i Servizi Sociali, ed è composto da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery, il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità, mediante l'attivazione di percorsi personalizzati ed integrati.

Il modello Budget di salute adulti promosso dal DAISM DP di Ferrara si è articolato nelle seguenti progettualità:

- dimissioni da programmi residenziali
- mantenimento della persona nel suo contesto di vita riducendo il più possibile l'eventualità di un inserimento residenziale.

Si assume l'impegno di promuovere la metodologia di co-progettazione, condivisione dei percorsi di analisi del bisogno e di definizione degli interventi integrati utilizzando le risorse sanitarie (DAISM-DP e DCP) e sociali in senso lato (Servizi Sociali Territoriali ed integrazione con le politiche del lavoro).

- **RETE DELLE CURE PALLIATIVE:** arricchimento del pool dei professionisti attivi nella rete e promozione di progetti specifici (es ambito socio-sanitario) per una più ampia diffusione delle cure palliative, garantendo più equità di accesso a questa tipologia di intervento.

Il criterio guida nella costruzione dei servizi, recepito dalla Conferenza Stato Regioni già nel 2015, prevede la costituzione di un sistema diffuso di Reti locali di CP (RCP) che consenta di definire piani di intervento per poter garantire CP per:

- qualunque patologia evolutiva,
- durante tutto il suo decorso,
- per ogni età,
- in ogni luogo di cura.

Al fine di garantire equità di accesso della popolazione alle Cure Palliative erogate in Hospice si ritiene opportuno istituire una lista di attesa provinciale unica, regolata da criteri di accesso omogenei per i pz provenienti da qualsiasi setting (domicilio, ospedale, CRA) nel rispetto dei bisogni dei pz e delle loro famiglie. Dovrà essere garantita particolare attenzione al pz proveniente dal domicilio, setting più delicato per la gestione delle situazioni più complesse ed instabili senza, comunque, prevaricare i bisogni dei pz provenienti da altri luoghi di cura (ospedale, CRA).

- **EQUITA'** nell'accesso alle cure e nell'appropriatezza dei processi di cura (formazione del personale sanitario su temi specifici quali "Health Literacy"), una particolare attenzione verrà dedicata al tema – innovativo - della medicina di genere (scheda 9)
- **GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO:** realizzazione dei progetti di prevenzione e di cura, in collaborazione con le associazioni attive nel territorio confermando l'impegno ad affrontare questa tematica seguendo due direttrici principali: a) quella dell'intervento attivo/terapeutico sulle persone già affette da patologia; b) quella preventiva, mirata a quegli specifici gruppi di popolazione che vengono indicati come a maggior rischio dagli studi epidemiologici.
- **RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA NASCITA:** obiettivi della riorganizzazione sono la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e il corretto ricorso al taglio cesareo. La riorganizzazione della rete assistenziale dei punti nascita prevede la revisione di tutta l'assistenza al percorso nascita promuovendo una forte integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri per garantire risposta ai bisogni portati dalle donne e delle loro famiglie, in particolare la continuità assistenziale e l'accompagnamento nel pre e nel post parto. Tra le azioni di interesse distrettuale vanno ricordate:

- Il riconoscimento da parte del Ministero della Sanità di un Bollino Rosa per il Punto Nascita di Cento;
 - l'adesione all' "Open Day "dedicato alla ginecologia all'ospedale di Cento per visite gratuite per la diagnosi precoce della fibromatosi uterina;
 - l'impegno dell'Azienda USL di Ferrara a garantire la realizzazione delle condizioni necessarie per il mantenimento dell'apertura del Punto Nascita di Cento, con monitoraggio trimestrale alla Direzione Generale Regionale Sanità e Politiche Sociali dello stato di avanzamento di tali adeguamenti.
- MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO E DEI PERCORSI IN EMERGENZA URGENZA: il sistema dell'emergenza territoriale ed ospedaliero dovrà garantire il massimo livello di presa in carico sia in senso quantitativo (gestione razionale delle fasi di sovra afflusso), sia in senso qualitativo (definizione ed implementazione di percorsi specifici per singole patologie). Per quanto concerne gli elementi di miglioramento distrettuali va ricordato, oltre all'intervento strutturale, il rafforzamento della funzione OBI, con l'attivazione di tre postazioni di **Osservazione Breve Intensiva**. Tra gli elementi organizzativi di carattere generale, vi è l'impegno a definire e sperimentare percorsi facilitati di accesso (Es. codice Argento).
- PREVENZIONE: l'elemento più strutturato, ma non esclusivo, è costituito dall'impegno a rispettare il **nuovo calendario vaccinale**. Vanno segnalate anche altre attività parallele che riguardano specifici gruppi di popolazione (es. vaccinazione anti-pneumococcica nelle CRA ed impegno specifico sulla vaccinazione anti-tetanica). L'inserimento delle tematiche relative alla prevenzione nel Piano Socio Sanitario Regionale costituisce un elemento di assoluta novità, della quale è opportuno sottolineare alcune ricadute significative:
- armonizzazione ed integrazione con le altre politiche sanitarie regionali (Piano Regionale di Prevenzione);
 - responsabilizzazione dei cittadini verso il proprio stato di salute e promozione attiva dei comportamenti virtuosi che possono rivelarsi determinanti nel preservare le condizioni di benessere e di autonomia funzionale.

Capitolo 5 – Strumenti per la valutazione e il monitoraggio del Piano di Zona

Il percorso partecipato per la creazione del Piano di Zona ha sicuramente attivato delle buone prassi di lavoro che il Distretto Ovest ha recepito come tali, al punto di valutare come priorità quella dell'attivazione di un percorso di consolidamento della rete e di monitoraggio costante delle azioni, sia inserite nel Piano stesso che al di fuori.

Il percorso che si andrà ad attivare avrà pertanto l'obiettivo di mantenere attiva la relazione tra pubblico e privato, favorendone un dialogo costante.

Nel corso degli "Open Day" si sono formati tavoli di lavoro, mediati da facilitatori, che hanno lavorato su task specifici ed hanno avviato un percorso di confronto e condivisione che si vorrà mantenere nel tempo.

Per tale ragione è stato pensato di realizzare incontri periodici, con cadenza da stabilire (indicativamente bimestrale o trimestrale), dei diversi tavoli di lavoro e contemporaneamente avviare un lavoro di ulteriore mappatura del territorio per comprendere quali altre realtà possano essere eventualmente coinvolte.

A ciascun tavolo di lavoro sarà chiesto di monitorare le attività dei singoli soggetti coinvolti, con l'obiettivo di mantenere un costante e reciproco aggiornamento, per attivare eventuali collaborazioni e apportare nuove bisogni e proposte per la programmazione. Ad esempio il tavolo adolescenti e giovani/adulti, a seguito degli "Open Day", ha mostrato la volontà di realizzare un'azione specifica, quale l'individuazione di una modalità di raccolta dei bisogni, in particolare della fascia giovani/adulti, per la quale ad oggi si ha poca conoscenza ed esistono pochi servizi dedicati.

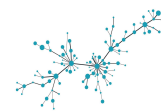
Infine sarà previsto un incontro in plenaria annuale con l'obiettivo di condivisione e confronto su quanto emerso dal percorso di ciascun gruppo.

"LA LIBERTA' NON E' FACOLTA' DI DISIMPEGNO DA, MA FACOLTA' DI IMPEGNO PER"

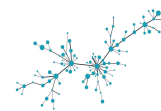


Distretto	OVEST
Titolo intervento	CASE DELLA SALUTE E MEDICINA DI INIZIATIVA
Riferimento scheda regionale	1 - 35
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni (GAFSA e Bondeno) ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	COMUNE DI CENTO
In continuità con la programmazione precedente	☐ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☒ E Qualificazione servizi

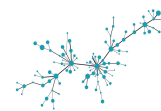
Razionale/Motivazione	Gli orientamenti internazionali ribadiscono la necessità di rafforzare l'assistenza primaria per rispondere in maniera efficace ai mutamenti epidemiologici e sociali. Tali orientamenti sono stati recepiti già nel 2014 dalla Commissione Europea, che ha definito l'assistenza primaria come l'offerta di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona, comprendenti tutte le dimensioni della salute, erogati da équipe multiprofessionali e interdisciplinari, con la collaborazione dei pazienti e delle famiglie, in risposta alla maggioranza dei problemi di salute. La Legge Balduzzi (L.189/2012) e il Patto per la Salute 2014-2016 sono allineati a tali orientamenti, evidenziando la necessità di organizzare le cure primarie secondo modelli multiprofessionali e interdisciplinari, che vedono, il personale dipendente delle aziende sanitarie e degli enti locali in integrazione con il personale convenzionato (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali), presso specifiche strutture. In Emilia-Romagna le Case della Salute traducono empiricamente gli orientamenti internazionali e nazionali, ponendosi in continuità ed a completamento del percorso regionale di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, avviato a partire dagli anni 90. Le Case della Salute rappresentano una delle priorità del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015. L'obiettivo della "casa" è quello di favorire la disponibilità, l'accessibilità e la fruibilità ai servizi socio-sanitari lungo tutto l'arco della giornata, diventando un nuovo punto di riferimento per la domanda di salute della popolazione e un'opportunità per semplificare il ricorso alle cure, promuovendone nel contempo l'appropriatezza. Lo sviluppo del programma "Case della Salute" è coerente con la necessità di contrastare l'insorgenza e lo sviluppo delle malattie croniche attraverso un approccio
-----------------------	---



	integrato, di popolazione e individuale. Le strategie di popolazione consistono in interventi di tipo legislativo e/o amministrativo (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc) che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse (medicina di iniziativa). In questo senso le Case della Salute rappresentano un nodo strategico a sostegno dei nuovi assetti organizzativi in assistenza primaria e della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Infatti, attraverso i concetti di “casa” e di “salute”, di cui l’assistenza sanitaria rappresenta solo uno dei determinanti (e non tra i più importanti), s’intende porre al centro la comunità, nelle sue varie forme: pazienti, <i>caregiver</i>, associazioni di pazienti e cittadini. Il contesto epidemiologico di riferimento generale per il territorio della Azienda USL di Ferrara, dettagliatamente descritto nella parte introduttiva del piano, presenta alcune caratteristiche che rendono particolarmente attuale lo sviluppo del programma “Case della salute”, perché risultano essere induttori di una forte domanda di assistenza sanitaria. In sintesi ricordiamo: • forte presenza di anziani e limitata presenza di giovani ogni 100 adulti in età lavorativa si contano 62 persone bisognose di sostegno; • dall’analisi dei dati raccolti risulta un leggero incremento della popolazione più giovane dovuto al sostanziale apporto dell’immigrazione straniera, sia in termini diretti (immigrazione di persone giovani), sia in termini indiretti (nascite da coppie di genitori stranieri, spesso caratterizzate da elevata fecondità). Il Comune di Cento, in particolare ha la popolazione under 18 di oltre 2 punti percentuali sopra alla media della provincia di Ferrara; • dal 2012 a causa della grave crisi economica l’indice di vecchiaia però è tornato a crescere per la diminuzione dell’immigrazione straniera; • occorre lavorare sugli <u>stili di vita</u> in quanto l’89,3 % della popolazione consuma meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, l’ipertensione coinvolge il 20,5% della popolazione adulta, l’ipercolesterolemia il 24%, l’eccesso ponderale il 45,6%, il diabete il 5%, il fumo di tabacco e la sedentarietà rispettivamente il 25,7% e il 17,9%; • il 22% della popolazione residente in Provincia ha abitudini di consumo di alcol considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione; • poli-farmacoterapia riferibile a presenza significativa di poli-patologia cronica.
Descrizione	La Legge Regionale 291/2010 istituisce le Case della Salute in Emilia Romagna fornendo indicazioni per la realizzazione e l’organizzazione funzionale affinché queste potessero diventare sia un punto di accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, ma anche un ambito nel quale erogare assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti e garantire sia la gestione delle patologie croniche che il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all’ospedale. Dal 2010 ad oggi il percorso di sviluppo delle Case della Salute in Regione è stato ed è oggetto di costante discussione e confronto a livello locale, con tutti gli attori coinvolti (Aziende Sanitarie, Sindaci, professionisti degli Enti Locali, medicina convenzionata, associazioni di volontariato, e altri), e regionale, con diversi ambiti istituzionali e parti sociali. Le Case della Salute si pongono come il luogo ideale per la medicina d’iniziativa, un modello assistenziale che intende intercettare il bisogno prima dell’insorgere della malattia o del suo aggravamento. La Casa della Salute è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri dipartimenti. È la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione dell’ambito territoriale di riferimento del Nucleo di Cure Primarie (NCP).



	Il numero delle Case della Salute si è progressivamente incrementato, passando da N. 42 nel 2011 a N. 8711 nel 2017 (n. 102 a gennaio 2018) con una popolazione di riferimento pari al 44% dei 4 milioni e 500 mila abitanti dell'Emilia-Romagna.
Destinatari	Tutti i cittadini afferenti alle case della salute
Azioni previste	Le Case della Salute, come definite dalla DGR 2128/2016, sono strutture territoriali facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento del cittadino. In esse operano comunità di professionisti, medici di medicina generale (MMG), medici specialistici, infermieri, ostetriche, personale riabilitativo, tecnico e amministrativo, assistenti sociali, operatori in supporto all'assistenza e volontari (équipe multiprofessionali e interdisciplinari), secondo uno stile di lavoro orientato a programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali. L'apertura al territorio, l'integrazione tra professionisti di diversa specializzazione, competenza e afferenza funzionale, l'integrazione istituzionale con enti locali e realtà ospedaliere di riferimento ne fanno quindi un modello organizzativo nuovo, orientato in particolare alla presa in carico e alla cura delle persone con problematiche sanitarie di tipo cronico attraverso l'attuazione di percorsi integrati e un forte orientamento proattivo verso i bisogni di salute. Con il DGR 2128/2016 viene posta particolare attenzione all'integrazione organizzativa (ambito sanitario, socio-sanitario e sociale, reti cliniche integrate ospedale-territorio) e tra i professionisti dell'assistenza territoriale (convenzionati e dipendenti del Servizio Sanitario Regionale). Il documento fornisce complementari indicazioni regionali sulle Case della Salute con l'obiettivo di proporre un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e dell'attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità. Nel Distretto Ovest è prevista l'attivazione di due Case della Salute: Casa della Salute di Bondeno A fine 2016 sono stati avviati i lavori del 1° stralcio di ristrutturazione. Negli spazi attualmente a disposizione, sono stati riorganizzati i principali percorsi di presa in carico per gli utenti affetti da patologie croniche, grazie alla collaborazione tra Terzo Settore, medicina di gruppo di riferimento ed il nucleo di cure primarie di Bondeno. Lo sviluppo per l'anno 2018 prevede l'avvio dei servizi nella parte ristrutturata e l'inizio dei lavori del 2° stralcio, nella parte storia dell'Ex ospedale Borselli. Casa della Salute Interaziendale e Interprovinciale di Pieve di Cento Analizzando le caratteristiche geografiche e sociali del territorio bolognese, limitrofo a quello ferrarese si nota come esso possa essere facilmente identificato quale ambito territoriale omogeneo di circa 60.000 abitanti, (comuni di Pieve di Cento, Castello d'Argile e Argelato, Cento e terre del Reno) per caratteristiche geografiche con forti collegamenti tale da costituire un ambito di programmazione interprovinciale. Si tratta di sviluppare una Casa della salute Interaziendale quale articolazione organizzativa e professionale dei due territori alla quale è affidato il compito di garantire le attività e i servizi dell'assistenza socio-sanitaria, vista anche la consuetudine delle comunità di cui sopra di usufruire dei servizi indipendentemente dall'afferenza provinciale. Si propone quindi una idea di Casa della Salute quale centro di responsabilità in grado di rispondere alla committenza distrettuale mediante soluzioni organizzative a rete che poggiano, oltre che su strutture fisiche dedicate, anche su una comunità professionale che si riorganizza intorno ai cittadini/pazienti per garantire servizi di più alta qualità. La Casa della Salute sarà collegata funzionalmente ed afferente prioritariamente



all'Ospedale di Cento.

Come previsto, infatti, dalla DGR 2128/2016 l'implementazione di una Casa della Salute deve tendere ad una presa in carico della popolazione basata sulla integrazione tra servizi sanitari territoriali ed ospedalieri, tra servizi sanitari e sociali, e più in generale sulla partecipazione di tutte le risorse della comunità di riferimento.

Per la Casa della salute interaziendale la sfida consiste nel riconoscere e valorizzare le specificità locali, supportando nel contempo il trasferimento e la contaminazione reciproca dei processi innovativi, in modo da accelerare la realizzazione della mission della casa della salute e massimizzarne l'efficacia attuale e prospettica. Per le finalità della CdS è necessario superare i confini distrettuali ed aziendali, al fine di avviare una riflessione costruttiva che, beneficiando di un ampio confronto, possa fare tesoro della migliori pratiche oggi attivate e stimolare processi di apprendimento organizzativo.

Non ultimo riveste un ruolo importantissimo l'integrazione socio-sanitaria a supporto della presa in carico del cittadino. Questo ambito, però, vedendo necessariamente degli interlocutori esterni al servizio sanitario (i comuni) dovrà essere oggetto di analisi e sviluppo specifico, al fine di mantenere le afferenze dei cittadini ai servizi sociali di riferimento, pur avendo una interfaccia sanitaria comune a territori di province e aziende sanitarie differenti.

Le azioni da sviluppare nell'ambito del progetto complessivo di realizzazione del "sistema" delle Case della Salute vengono descritte in modo sintetico ed unitario nello schema riassuntivo in allegato (**allegato 1**), che visualizza le singole azioni, indicando l'ambito di riferimento, i principali destinatari e le specificità di ogni struttura.

Ciò consente una visione di insieme interdistrettuale e sovra distrettuale.

Le azioni vengono raggruppate secondo le aree di intervento più importanti:

- PREVENZIONE E PRESA IN CARICO DELLA CRONICITA'
- ACCOGLIENZA
- COMUNITA'
- NON AUTOSUFFICIENZA
- PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
- POPOLAZIONE CON BISOGNI SANITARI EPISODICI
- BENESSERE RIPRODUTTIVO, CURE PERINATALI

Per quanto concerne le azioni più **specifiche del distretto Ovest**:

A) AREA PREVENZIONE E PRESA IN CARICO DELLA CRONICITA'

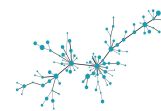
Attivazione di percorsi di cura/assistenziali multidisciplinari che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, ospedalieri e territoriali, per la presa in carico della cronicità e della fragilità.

Attuazione dei PDTA BPCO, Diabete e Scompenso Cardiaco

L'obiettivo dei percorsi diagnostico terapeutico e assistenziale é quello di migliorare l'individuazione e la gestione dei pazienti con patologia cronica andando a definire:

1. l'approccio organizzativo ed i criteri di gestione integrata del paziente;
2. il percorso diagnostico, i livelli di intervento e le modalità di follow up.

Con questa modalità organizzativa i medici di famiglia, gli specialisti di riferimento e gli infermieri garantiscono ai pazienti un costante monitoraggio dello stato di salute,



per migliorare la qualità della vita e rallentare l'evoluzione della malattia evitando accessi non necessari alla struttura ospedaliera. Questi risultati si ottengono anche aiutando i pazienti e i famigliari a gestire meglio i problemi collegati alla malattia stessa.

B) PROGRAMMA FORMATIVO REGIONALE

Casa della Salute Interaziendale Pieve di Cento

Dal mese di giugno 2018 prenderà avvio la formazione regionale sulle Case della Salute CASA LAB, che avrà come obiettivo la costituzione di un pool di facilitatori per la supervisione/accompagnamento al processo di implementazione di pratiche nell'ambito dell'assistenza territoriale, orientate al lavoro di équipe, con la partecipazione della comunità (pazienti, caregiver, associazioni, fino ai singoli cittadini). Tale formazione prevede Laboratori Regionali per il confronto delle Case della Salute dell'Area Vasta Centro e Laboratori Locali, finalizzata allo sviluppo di progetti di miglioramento nelle Casa della Salute S. Rocco, Comacchio e Casa della Salute Interaziendale di Pieve di Cento.

I destinatari della formazione sono direttori di distretto, Medici di Organizzazione del dipartimento Cure Primarie, medici di medicina generale, responsabili organizzativi delle Case della Salute, assistenti sociali delle ASP e dei Comuni.

La casa della Salute di Pieve, al corso di formazione regionale, è stata caratterizzata "sull'accoglienza dei giovani ed adolescenti con una particolare attenzione al percorso nascita".

Gli obiettivi della formazione sono:

-facilitare l'implementazione della DGR 2128/2016 e assicurare il supporto allo sviluppo organizzativo e assistenziale delle Case della Salute;

- indurre un cambiamento culturale che accompagni l'implementazione della delibera regionale sulle Case della Salute (professionisti come attivatori di processo);

- promuovere percorsi formativi locali e realizzare una formazione a cascata di un pool aziendale di facilitatori di reti e processi locali di gestione dei gruppi;

- fornire strumenti di riflessività/monitoraggio sulle azioni intraprese (esperti di metodologia e organizzazione);

- indurre processi di programmazione partecipata (definizione condivisa degli obiettivi, in sinergia con la programmazione locale ed aziendale) e di progettazione partecipata (definizione condivisa e messa in pratica di progetti e interventi).

C) AZIONI DI CARATTERE ORGANIZZATIVO GENERALE

- Promozione di un'organizzazione integrata delle diverse Case della Salute, affidando a quelle a media/alta complessità una funzione Hub rispetto alle Case della Salute a bassa complessità (Spoke);
- Integrazione nel progetto, con ruolo di Spoke, di quei Nuclei di Cure Primarie non ancora considerati "Case della Salute", ma in grado di garantire un'assistenza di prossimità.

L'obiettivo regionale di tendenza ma da incrementare, è quello di garantire ad ogni cittadino della regione una presa in carico all'interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa della Salute.

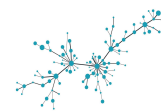
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate

Piano Regionale di Prevenzione, Progetto di sviluppo aree disagiate

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEMA 1



Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni, ASP, ASSP, Associazioni di volontariato e rappresentanti delle comunità
Referenti dell'intervento	Franco Romagnoni f.romagnoni@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

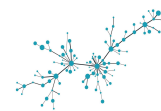
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs. n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 4 -	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 1



Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 1

Indicatori da declinare a livello distrettuale

[illegible]

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

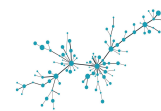
SCHEDA 2

Distretto	OVEST
Titolo intervento	RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA
Riferimento scheda regionale	2
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☐ Comune ☐ Unione dei comuni ☒ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Azienda USL di Ferrara Distretto Ovest
In continuità con la programmazione precedente	☐ Sì ☒ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Dalla fine degli anni 90, col Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (PSR) è stato avviato un percorso di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale e locale ed in particolare della rete ospedaliera secondo 2 approcci distinti: 1) reti Hub&Spoke, di competenza della programmazione regionale, per le discipline/attività in cui la risposta più adeguata alle esigenze di qualificazione e sostenibilità si è basata sulla concentrazione delle casistiche più complesse nel centro Hub (Azienda Ospedaliero Universitaria di Cona es.neonatologia, cardiologia interventistica, traumi maggiori, oncologia, urologia ecc.), connesso agli Spoke (Ospedali territoriali dell'Azienda USL) per le casistiche meno complesse; 2) reti ospedaliere integrate con i servizi distrettuali e sociali mediante l'individuazione e l'attivazione delle Centrali Uniche delle dimissioni, al fine di assicurare ai cittadini di un determinato territorio (di norma provinciale) le prestazioni necessarie ai loro bisogni assistenziali per tutte le discipline che non presentano le caratteristiche delle reti H&S. La rete ospedaliera, nella nostra provincia, si è sviluppata attorno a punti di offerta storici e sulla base di opportunità locali. Il percorso di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera si è orientato e si orienta al perseguimento di maggiori livelli di appropriatezza della risposta ed efficienza ed efficacia nell'uso delle risorse sulla base dei bisogni prevalenti della popolazione (cronicità, multimorbilità), ed in armonia e sincronia con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. In tal senso, l'implementazione di modalità organizzative e strumenti per il rafforzamento della presa in carico nei diversi setting assistenziali territoriali, della continuità dell'assistenza tra territorio e ospedale, e della integrazione socio-sanitaria (le Case della Salute, gli Ospedali di Comunità, i percorsi assistenziali, i percorsi dedicati alle cure palliative e al fine vita) concorre anche alla riduzione dei ricoveri ospedalieri per
-----------------------	---



	tutte quelle condizioni di salute in cui non è necessario. A questo si affiancano i percorsi che favoriscono la continuità della cura ed il rientro nel contesto più appropriato una volta risolto il problema acuto (ad es. percorsi di dimissione protetta, interventi educativi sul paziente ed il care-giver, ecc.). Per rispondere in maniera strategica e integrata alle esigenze degli utenti portatori di una molteplicità di bisogni differenziati, si stanno raccordando le risposte che riguardano da un lato le professioni sociali nelle Ausl e dall'altro i servizi sociali propri degli Enti Locali. Oltre agli interventi a sostegno della continuità assistenziale ospedale-territorio, assumono rilevanza in questa prospettiva i percorsi nei servizi ad alta integrazione sociale e sanitaria e la tutela delle persone fragili e vulnerabili.
Descrizione	Applicare gli standard nazionali previsti dalla Legge 135/2012 e dal DM 70/2015, contestualizzandoli alla realtà regionale (DGR 2040/2015) come illustrato in dettaglio Proposta delle "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese" approvata dalla CTSS nel mese di Febbraio 2017.(Allegato 1)
Destinatari	Pazienti del Servizio Sanitario Regionale
Azioni previste	L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per la sua missione e per le relazioni che deve intrattenere con l'assistenza ospedaliera gestita dall'Azienda U.S.L., deve assumere la Direzione operativa dell'intera assistenza ospedaliera del ferrarese, inclusa quella assicurata dai presidi ospedalieri dell'Azienda U.S.L. Per converso, l'Azienda U.S.L. assicura la direzione strategica e operativa dell'assistenza territoriale. La Direzione Strategica dell'Assistenza Ospedaliera è rimessa al Collegio Strategico Ferrarese. Le azioni principali saranno finalizzate alla "dipartimentalizzazione" dei livelli di assistenza ed allo sviluppo specialistico di tecniche diagnostico-terapeutiche sofisticate soprattutto per le patologie più rilevanti dal punto di vista epidemiologico. Per queste dovranno essere garantiti percorsi certi, in cui la responsabilizzazione sulle interfacce, sui passaggi di assistenza territoriale, ospedaliera di base e specialistica o superspecialistica coinvolga tutti i professionisti che erogano le diverse prestazioni, a partire dalla progettazione fino alla valutazione e ai provvedimenti organizzativi necessari al riorientamento dei servizi. Il processo si dovrà svolgere all'interno di strutture organizzative univoche (i dipartimenti interaziendali) eliminando, attraverso l'univocità del comando, interpretazioni difformi e diversamente finalizzate relative alle missioni delle due aziende. Dovrà essere garantito un adeguato supporto da parte dei dipartimenti ospedalieri alla produzione ambulatoriale, ottenuta integrando in un unico processo le attività dei professionisti che operano nel dipartimento delle cure primarie nell'ambito della medesima disciplina. Dovranno essere ridefiniti gli obiettivi di servizio delle diverse unità operative e delle diverse sedi che all'interno di una relazione Hub & spoke "inclusiva", in cui: - l'Università potrà trovare il vantaggio dell'incremento della base assistenziale, funzionale allo sviluppo della ricerca, oltre che alla fondamentale azione didattica; - l'assistenza ospedaliera di base Distrettuale, potrà trovare, da un lato, l'accesso predefinito e programmato a servizi di livello superiore in modo da aumentare la sua responsabilità verso il proprio bacino d'utenza e, dall'altro, la possibilità di accesso a uno sviluppo delle competenze professionali che sia congruente con le attitudini e i risultati conseguiti, e non sia confinato nella mission dell'unità operativa di provenienza. L'Ospedale Distrettuale di Cento ha forte vocazione distrettuale, con funzioni di Medicina Generale, Lungodegenza, Chirurgia Generale, Ortopedia, Ostetricia e ginecologia, con il supporto della Terapia Intensiva. Viene identificato come sede di erogazione della chirurgia del pavimento pelvico femminile, realizzata dalla collaborazione tra urologi e ginecologi. L'équipe di Medicina Interna ha dato vita al Centro per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, le cui competenze integrano e sono ricondotte nel più generale quadro dell'assistenza gastroenterologica garantita dalla UOC di gastroenterologia del Sant'Anna. A Cento è inoltre presente un punto nascita presso il quale sono garantiti i requisiti di qualità e sicurezza previsti dalla legge e dalla letteratura più aggiornata.



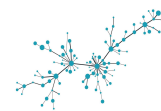
	Dovrà essere portato a termine il percorso di ridimensionamento dei posti letto, definito in base alla numerosità della popolazione e al tasso di occupazione degli stessi posti letto. Tale percorso sarà completato dalla trasformazione dell'attività di DH medico in <i>day-service</i> ambulatoriale, inclusa l'attività oncologica, secondo quanto previsto nel riquadro "L'appropriatezza dei livelli assistenziali" dell'obiettivo n. 4 della DGR 2040. Il riferimento per il programma di riorganizzazione è costituito, nel suo complesso, dal documento approvato in CTSS nella seduta del Febbraio 2017. Trattandosi di un intervento caratterizzato da un elevato livello di complessità, che coinvolge contenuti essenziali nella tutela della salute dei cittadini, è necessario che la sua realizzazione sia accompagnata da un' accurata attività di monitoraggio dei tempi, delle modalità e degli effetti della sua applicazione, per consentire l'analisi condivisa delle possibili criticità emergenti nelle sedi tecniche ed istituzionali. Il programma dovrà essere realizzato senza modificare le garanzie di presa in carico, assistenziali e di setting, ed al contempo dovrà consentire l'ottimizzazione della gestione delle attività più complesse nel centro "Hub" di Cona. Alle azioni relative alla rete ospedaliera vanno affiancate, in tutti i territori distrettuali, quelle relative al completamento del progetto CDCA. Tali azioni dovranno prevedere in particolare: - il mantenimento delle attuali sedi operative, garanzia di una copertura territoriale diffusa su tutti i distretti; - estensione di tale funzione anche alle Case di Cura private accreditate della città di Ferrara integrandole con l'attività della CDCA di Cona; - il rafforzamento delle equipe multi-professionali di base (infermiere, assistente sociale, geriatra), garanzia di efficienza del sistema di valutazione e dimissione e di appropriatezza nella definizione dei programmi individuale di continuità assistenziale; - il miglioramento dell'inclusione delle figure specialistiche necessarie a dar completezza ai programmi di valutazione (es. psichiatra e fisiatra); - la definizione, sperimentazione ed applicazione del programma informatico, necessario supporto al raggiungimento di una piena efficienza nella gestione dei casi e nel monitoraggio delle attività; - il miglioramento dei meccanismi di interazione/interfaccia interni alle CDCA, passaggio indispensabile per la costituzione di una rete assistenziale reale; - il perfezionamento dei percorsi di comunicazione con gli altri servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	
Risorse non finanziarie	

Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 2

Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 2

Indicatori da declinare a livello distrettuale

[illegible]

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 3



Distretto	OVEST
Titolo intervento	CURE INTERMEDIE E SVILUPPO OSPEDALI DI COMUNITA'
Riferimento scheda regionale	3
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Azienda USL per progetto OsCo Azienda USL in integrazione con, AOSPFE, ASP e ASSP per CDCA
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☒ Sì ☐ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Le Cure Intermedie sono costituite da un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari, erogati nel contesto della Assistenza Primaria. Questi servizi sono nati con l'obiettivo primario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al proprio domicilio. L'esigenza di un nuovo modello di cura nasce soprattutto dalla necessità di rispondere ai bisogni emergenti legati all'allungamento della speranza di vita, all'aumento delle patologie croniche, della multimorbidità e delle situazioni di fragilità. I dati demografici della provincia di Ferrara giustificano una particolare attenzione a queste azioni. Nel 2017 l'indicatore provinciale che esprime il "carico sociale" di un territorio, cioè l'indice di dipendenza, è pari a 63 (che è ben superiore alla soglia critica di 50): su 100 persone in età lavorativa si contano 63 persone bisognose di sostegno, ciò significa che più della metà della popolazione "dipende" da meno della metà della popolazione stessa. Indice di dipendenza (anno 2017): Distretto Centro Nord 0.64, Ovest 0.60, Sud Est 0.64, Provincia di Ferrara 0.63, RER 0.60. L'invecchiamento si caratterizza per una forte polarizzazione: un altissimo indice di vecchiaia e dipendenza degli anziani in alcuni comuni del medio ferrarese (Berra, Copparo, Jolanda e Ro), e indici di vecchiaia e di dipendenza più bassi nell'Alto Ferrarese (Cento, Poggio, Sant'Agostino, Vigarano) che sono allineati alla media regionale. Per esprimere il grado di invecchiamento di una popolazione viene di norma utilizzato l'indice di vecchiaia, calcolato sulla base del rapporto tra i residenti con età superiore ai 64 anni e quelli con età inferiore ai 15. Indice di vecchiaia (anno 2017): Distretto Centro Nord 277,3, Ovest 175, Sud Est 272,2, Provincia di Ferrara 248,2, RER 177.5. Il livello di non autosufficienza di un popolazione è fortemente correlato alla numerosità delle
-----------------------	---



	persone di età superiore ai 75 anni. % di grandi anziani 75anni+ (anno 2017): Distretto Centro Nord 15.4, Ovest 12.5, Sud Est 14.9, Provincia di Ferrara 14.6, RER 12.7. La riorganizzazione dei modelli di rete, indotta dalle innovazioni introdotte nell'ambito delle Cure Primarie giustifica la necessità di promuovere il collegamento tra l'Ospedale e il territorio, con l'obiettivo di garantire un modello unico del governo dei processi assistenziali. Ciò appare particolarmente importante nella fase di dimissione dall'ospedale. Per garantire un presidio specifico di questo snodo critico e per assicurare adeguata continuità nei programmi assistenziali, sono state attivate nei presidi Ospedalieri delle due Aziende Sanitarie, le Centrali di Dimissione e Continuità Assistenziale (CDCA). Questo progetto trova la sua giustificazione nella constatazione che i difetti dell'assistenza fanno spesso riferimento ad un'insufficiente garanzia di continuità delle cure ed, in particolare, ad un'inadeguata gestione delle interfacce tra i diversi momenti assistenziali, che caratterizzano le traiettorie della persona malata: dal domicilio all'ospedale, dall'ospedale al domicilio o ad altra struttura di cura cosiddetta "intermedia". E' evidente, quindi, che il miglioramento del servizio di cura alla singola persona, passa obbligatoriamente attraverso una robusta manutenzione dei rapporti tra i nodi della rete assistenziale e la CDCA si propone quale strumento per il superamento delle divisioni formali tra i luoghi di cura, essendo una struttura che nasce come ponte tra i diversi segmenti preposti alla definizione ed alla realizzazione dei progetti di cura, in risposta ad un bisogno assistenziale complesso.
Descrizione	Gli Ospedali di Comunità (OsCo)¹ sono Unità di ricovero sanitario territoriale costituite da moduli collocati all'interno di Case della Salute. Gli OsCo si caratterizzano nella degenza a gestione infermieristica, destinata a soggetti appartenenti alle fasce più deboli della popolazione assistiti dal proprio MMG, nella fase post acuta di dimissione dall'ospedale, oppure affetti da riacutizzazioni di malattie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio; si tratta pertanto di cure intermedie che realizzano, per questi soggetti, la continuità delle cure dopo la dimissione ospedaliera e prima del rientro al proprio domicilio, in raccordo con l'ADI. Nella realtà dell'Azienda USL di Ferrara, l'OsCo è una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti della Casa della salute. Il Piano assistenziale Individuale (PAI) costituisce la formalizzazione dell'impegno assistenziale di tutti gli attori che intervengono durante il ricovero in OsCo. L'OsCo è un luogo aperto con spazi dove gli spazi sono pensati per una tipologia di degenza che prevede la presenza dei familiari senza vincoli di orario, con la possibilità di stare vicini ai propri cari in modo confortevole, dove prevale la cura ai bisogni della persona rispetto alla cura medica. Attraverso il Flusso regionale SIRCO è possibile monitorare le performances di questo nuovo modello organizzativo, in particolare sono stati elaborati in tabella i seguenti: - Indicatori di Processo (N° di ricoveri; Indice di Occupazione; Degenza media; Degenza oltre le 6 settimane, N° di outliers, N. ricoveri da MMG, N° ricoveri da ospedali;) - Indicatori di Esito (Tasso di re-ricovero in ospedale per acuti entro 30 giorni dalla degenza in OsCo, Misurazione all'ingresso e alla dimissione dagli Ospedali di Comunità dell'Indice Barthel, Mortalità durante il ricovero in OsCo). E' significativo osservare che alcuni indicatori di processo (degenza media e n° ricoveri) e di esito (Barthel e re-ricovero) hanno un trend in miglioramento.

¹ Agenas, (2009) "l'Ospedale di Comunità – country hospital in Italia. Studio della normativa nazionale e regionale"; Garasen H, Windspoll R, and Johnsen R, (2007), Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial; BMC Public Health 2007, 7:68 doi:10.1186/1471-2458-7-68



OSCO 1° SEMESTRE	2016		2017		CONFRONTO 2016 E 2017
	COPPARO	COMACCHIO	COPPARO	COMACCHIO	OSCO AZUSL FE
età media uomini	78	77	74	79	77 vs 76
età media donne	80	80	80	76	80 vs 78
n° ricoveri	104	103	113	108	207 vs 221
Indice di occupazione	79	70	77	65	74,5 vs 71
Degenza media	31	28	24	21	29.5 vs 22.5
Degenza oltre le 6 settimane N° di outliers	20	18	12	9	38 vs 21
N. ricoveri da MMG	38	39	47	40	77 vs 87
N° ricoveri da ospedali	62	63	66	68	125 vs 134
N°re-ricovero in ospedale per acuti entro 30 giorni dalla degenza in OsCo	4	9	7	3	13 vs 10
Misurazione all'ingresso E alla dimissione dagli OsCo dell'Indice Barthel	E 32.5 D 51.7	E 34.3 D 45.2	E 32.9 D 51.5	E 23.2 D 36.8	11.2 vs 16.1
Mortalità durante il Ricovero in OsCo	1	2		4	3 vs 4

La **CDCA** ha l'obiettivo della presa in carico del paziente da un setting di cura ad un altro, per garantire all'utente il trattamento nel luogo di cura più appropriato secondo la gravità/complessità dei bisogni in un contesto di percorsi sanitari organizzati per intensità di cure.

Il mandato della CDCA (a valenza interaziendale) è quello di effettuare una valutazione multi-professionale e multi-dimensionale per individuare il setting più appropriato ma ancora più è quello di risolvere, ovvero avviare il paziente verso la miglior soluzione che in un dato momento è disponibile nella rete, facendosi carico dell'eventuale passaggio successivo al setting idoneo.

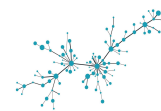
- I valori della CDCA sono: paziente al centro del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) con il diritto di essere assistito e curato nel setting più adeguato alle proprie condizioni e, prima di tutto se possibile, al domicilio e nella sede di residenza;
- co-progettazione e condivisione del PAI con la famiglia nei casi con oggettive difficoltà al rientro al domicilio;
- coinvolgimento precoce del Medico di Medicina Generale (MMG);
- ottica di sistema, operatori non più gestori tecnici di un singolo percorso ma di team con responsabilità di risolvere un problema con una metodologia condivisa in maniera sinergica;
- tempestività della valutazione del paziente con prevedibili difficoltà di dimissione.

Il modello organizzativo della CDCA avrà i seguenti vantaggi:

- unica funzione ospedaliera/territoriale che si prende carico di risolvere il problema della dimissione evitando alle UU.OO. di rivolgersi in maniera disarticolata a più organismi e referenti;
- ottimizzazione dei tempi d'attesa di valutazione;
- individuazione di referenti precisi e responsabilizzati per percorsi non sufficientemente codificati (giovani e adulti con problematiche socio economiche, pazienti psichiatrici, casi già in carico a più servizi...);
- integrazione nel team dell'Assistente Sociale che potrà consentire anche nelle dimissioni domiciliari "ordinarie" di pianificare interventi finalizzati a consentire le migliori condizioni assistenziali per mantenere il più possibile al domicilio il paziente.

La CDCA è la struttura cardine per la funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente fragile e di raccordo tra i soggetti della rete assistenziale ed è il riferimento unico per le varie tipologie di dimissione complessa, riceve la richiesta di dimissione dalle UUOO Ospedaliere e dalle Strutture private accreditate.

- Informa e orienta sulle modalità di accesso ai percorsi
- Facilita l'utilizzo della rete dei servizi
- Valuta il paziente identificando il percorso più appropriato in collaborazione con le Unità Operative Ospedaliere
- Gestisce parzialmente o integralmente il processo di dimissione complessa

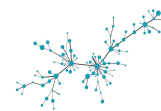


	L'obiettivo primario é quello di individuare un modello unico di governo del processo di dimissione inteso come passaggio ORGANIZZATO del paziente da un setting di cura ad un altro nell'area di Ferrara e Provincia. La CDCA si colloca nella prospettiva di costruzione di un sistema senza muri, inclusivo, con una struttura che favorisca: - il decentramento (la multi-polarità è in funzione di una migliore aderenza alla realtà locale); - la presa in carico tempestiva, continua e globale del bisogno delle persone; - la cooperazione tra i sistemi gestionali che esprimono le diverse istituzioni; - l'innovazione. E' uno strumento dinamico che richiede: - il continuo monitoraggio della propria efficienza-efficacia; - una buona capacità di auto-analisi; - la "permanente" disponibilità alla riorganizzazione. Pertanto, sarà necessario completare la strutturazione del sistema di monitoraggio informatico delle CDCA, analogamente a quanto è stato già attivato per gli OsCO, dove il flusso SIRCO costituisce lo strumento regionale di riferimento per la valutazione del loro impatto sulla rete assistenziale.
Destinatari	Tutti i cittadini che afferiscono agli ospedali e strutture intermedie e servizi domiciliari
Azioni previste	Il piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità del sistema sanitario della provincia di Ferrara ha definito la riconversione dei posti letto ospedalieri in posti letto (p.l.) distrettuali (ospedali di comunità, strutture intermedie), sono stati previsti 60 p.l. di Ospedale di Comunità, 40 p.l. sono già attivi dal 2014 presso le sedi Case della Salute di Copparo e Comacchio mentre i 20 p.l. di Bondeno sono in attivazione, a conclusione dei lavori di ristrutturazione (post evento sismico). L' Azienda USL, in accordo con la Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, proseguirà il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione (DM n. 70\2015; DGR 2040\2015). Per quanto concerne gli OsCO: - completamento della rete di strutture caratterizzanti le Cure Intermedie per livelli crescenti di intensità assistenziale - come previsto dalle indicazioni regionali e dalla pianificazione provinciale - prevedendo la realizzazione di letti territoriali in ogni distretto, integrati con le centrali operative per la continuità dell'assistenza; - valutazione dell'appropriatezza organizzativa nell'accesso (criteri di accesso) alla rete delle Cure Intermedie e delle modalità di risposta tempestiva (azione trasversale a CDCA); - prosecuzione dell'attività di monitoraggio, per una attenta valutazione dell'impatto degli Ospedali di Comunità sull'appropriatezza del ricorso ai servizi sanitari ospedalieri e territoriali (ad es. ricoveri potenzialmente evitabili, tempi di trasferimento dall'ospedale per acuti in OsCo); - verifica dell'adeguatezza del supporto specialistico per la realizzazione dei PAI. Per quanto concerne il consolidamento dell'organizzazione delle CDCA per l'appropriatezza nell'accesso alla rete delle cure intermedie: - realizzazione di un sistema informativo unico collegato con il sociale, tracciabile, archiviabile con la possibilità di costruire una banca dati sui vari campi. Il sistema informativo é importante perché permette • di identificare il reparto e chi compila la richiesta; • di verificare il percorso di presa in carico territoriale (tempi di attivazione e modalità); • di fare statistica sui numeri e sulle prese in carico; • di costruire un data base con le caratteristiche cliniche dei pazienti; • di identificare i pazienti fragili /cronici per lo sviluppo di progetti di medicina d'iniziativa.

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 3



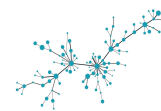
	- Per rafforzare il processo d'integrazione multiprofessionale si propone la costituzione di un tavolo formale (ospedale e territorio) compreso della componente sociale per l'analisi dei casi complessi - Implementazione del questionario di valutazione nella prospettiva dei professionisti (Assessment of Chronic Illness Care – ACIC) - Implementazione del questionario di valutazione nella prospettiva degli utenti (Patient Assessment of Care for Chronic Conditions - PACIC) - Utilizzo del Risk-ER per intercettare i pazienti a rischio di Ospedalizzazione e favorire per questi il ricovero in OsCo. A cui si sommano le azioni indicate anche nella scheda 2 (Rete Ospedaliera): - il mantenimento delle attuali sedi operative, garanzia di una copertura territoriale diffusa su tutti i distretti; - l'inclusione delle case di Cura accreditate all'interno del programma CDCA, con modalità operative da concordare (istituzione di gruppo di lavoro Committenza/Gestori); - il rafforzamento delle equipe multi-professionali di base (infermiere, assistente sociale, geriatra), garanzia di efficienza del sistema di valutazione e dimissione e di appropriatezza nella definizione dei programmi individuale di continuità assistenziale; - il miglioramento dell'inclusione delle figure specialistiche necessarie a dar completezza ai programmi di valutazione (es. psichiatra e fisiatra); - il miglioramento dei meccanismi di interazione/interfaccia interni alle CDCA, passaggio indispensabile per la costituzione di una rete assistenziale reale; - il perfezionamento dei percorsi di comunicazione con gli altri servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Le Case della Salute. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AZIENDA Ospedaliera ,Comuni, ASP, ASSP, Associazioni di volontariato e rappresentanti delle comunità
Referenti dell'intervento	Dr.ssa Annamaria Ferraresi, Direttrice Distretto Ovest Az.Usl di Ferrara. mail: dd.cento@ausl.fe.it Dr.Sandro Guerra, Direttore Dipartimento Cure Primarie Az.sl di Ferrara.mail: dcp.segreteria@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 3

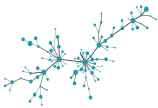
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 3

Indicatori da declinare a livello distrettuale



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Numero iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio	1	31/12/2017	1	2	2	
Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Tipologia dei percorsi attivati	attivazione Centrale Dimissioni e Continuità Assistenziale (CDCA)	31/12/2017	Testuale	consolidamento CDCA	consolidamento CDCA	consolidamento CDCA
Indicatori locali							
	Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità e mappatura posti letto (Comacchio, Copparo, Bondeno)						
	Valutazione di impatto del modello organizzativo Ospedale di Comunità (TabellaFlusso SirCO)						

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

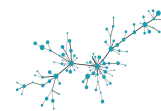
SCHEDA 3



Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 4



Distretto	OVEST
Titolo intervento	BUDGET DI SALUTE
Riferimento scheda regionale	4
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☐ Distrettuale ☒ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Azienda USL
In continuità con la programmazione precedente	☐ Sì ☒ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	La regione Emilia Romagna con la DGR 1554/2015 ha approvato il documento prodotto dal gruppo di lavoro istituito nel 2011 dalla Consulta regionale per la salute mentale, dal titolo “ Linee di indirizzo per la realizzazione del progetto per la metodologia del Budget di salute”. Tale formalizzazione ha sancito un passaggio epocale sotto il profilo civile e scientifico, sia perchè ha riaffermato il diritto delle persone con malattia mentale ad usufruire delle stesse opportunità offerte a tutti gli altri cittadini sia perchè si fonda su alcune importanti acquisizioni derivanti dalla letteratura e dall’esperienza sviluppata nella pratica dei servizi territoriali a partire dalla chiusura degli ospedali psichiatrici. Negli ultimi decenni tra le tante, due sono state le acquisizioni che più di tutte spingono a cambiare la pratica dei servizi di salute mentale: • L’evidenza che la permanenza in ambienti deprivati e passivizzanti determina la perdita di abilità sociali e comunque non ne consente l’esercizio; • la diffusione del concetto multidimensionale di recovery possibile (guarigione), con particolare riferimento al recovery personale e funzionale; • il collegamento tra esclusione sociale e malattia mentale; • la dimensione del social recovery per la quale le politiche di salute mentale, oltre a garantire l’accesso a servizi tempestivi ed efficaci, devono anche orientare gli interventi all’inclusione sociale. Nel mese di maggio 2018 la Regione Emilia Romagna (Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare) ha trasmesso alle Aziende Sanitarie ed ai Comuni il documento “Indirizzi Regionali per la realizzazione di UVM nei progetti di Budget di Salute”, proponendolo come modello di riferimento per la realizzazione concreta dei processi di integrazione socio-sanitaria previsti dalla DGR 1554/2015.
-----------------------	--



Descrizione

Il Budget di Salute è uno strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato delle persone affette da disturbo mentale grave.

Viene attivato dalle Aziende USL in collaborazione con i Servizi Sociali, ed è composto da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery, il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità, mediante l'attivazione di percorsi personalizzati ed integrati.

Le linee di indirizzo (DGR 1554/2015) identificano gli elementi qualificanti del Budget di salute:

- a) costituzione di UVM sanitaria e sociale, con il coinvolgimento di pazienti, familiari, altri soggetti vicini alla persona;
- b) definizione di un progetto personalizzato, sottoscritto dall'utente, condiviso con i familiari ed altri soggetti coinvolti nella realizzazione;
- c) promozione di interventi che includano tutte le aree che costituiscono i principali determinanti sociali di salute: abitare, formazione-lavoro, socialità;
- d) sviluppo di interventi a dimensione territoriale (supporto alla domiciliarità, accompagnamento sul territorio, percorsi di autonomia possibile), in alternativa e/o successivamente all'assistenza residenziale.

Il budget di salute si sta declinando a Ferrara con le seguenti modalità:

Minori e adolescenti

Nel 2105 l'Azienda USL di Ferrara 2015 e le ASP della Provincia di Ferrara hanno dato vita ad un lavoro comune che è andato oltre all'attuazione di quanto indicato dalla D.G.R. n. 1102/2014 "Linee d'indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio allontanamento", con l'obiettivo di consolidare e migliorare i già alti livelli di integrazione socio-sanitaria in area minori e sviluppare modalità del lavoro multiprofessionale/interservizi non solo in relazione alla DGR 1102/2014, ma anche rispetto a target di minori e adolescenti ad alto rischio di malattia mentale e di disabilità psichiatrica.

Sono stati così individuati le seguenti aree di lavoro congiunte :

- progettazione condivisa, finalizzata a contrastare il più possibile l'invio nella comunità e a costruire programmi intensivi di supporto educativo domiciliare;
- rispondenza reciproca agli impegni assunti in sede di formulazione del progetto di intervento;
- responsabilità economica dei progetti

Adulti

Storicamente il modello Budget di salute adulti promosso dal DAISM DP di Ferrara si è articolato nelle seguenti progettualità:

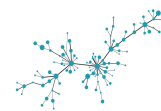
- *dimissioni da programmi residenziali;*
- *mantenimento della persona nel suo contesto di vita riducendo il più possibile l'eventualità di un inserimento residenziale.*

Strumenti:

- Utilizzazione di unità abitative a bassissima assistenza
- Contributi economici sotto forma di sussidi
- Inserimenti formativi e lavorativi dei servizi di salute mentale
 - Tirocini formativi
 - Percorsi per l'inserimento al lavoro delle persone svantaggiate ex Legge 381/91 (Cooperazione Sociale)
 - Percorsi per l'inserimento al lavoro dei disabili ex Legge 68/99
 - Supporto all'impiego nel mercato del lavoro competitivo: il modello IPS (Individual Placement and Support).

Area trasversale minori/adulti

Dal mese di gennaio 2018 la direzione DAISM DP di Ferrara, in collaborazione con la

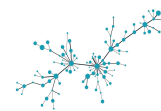


	DASS, ha promosso un gruppo tecnico di lavoro interaziendale (AUSL FE, Servizi Sociali Territoriali, ASP) ed interdipartimentale (DAISM, DCP), a valenza sovra distrettuale, finalizzato a perfezionare gli interventi integrati secondo due direttrici principali: ➤ ETI MINORI : consolidare le procedure concordate ed in buone parte già intraprese, attraverso il monitoraggio, la “revisione degli snodi critici ” e la piena condivisione del modello a livello provinciale ➤ ADULTI: costruire e sperimentare il modello distrettuale di UVM per la definizione dei progetti di BdS; identificare i percorsi e gli strumenti (metodologia valutativa e di progetto) per l'equo accesso ai benefici di FNA (DM settembre 2016 Gravissime Disabilità) e di FRNA (servizi socio-sanitari area adulti).
Destinatari	Minori 1. minori e di adolescenti affetti da disturbi cognitivo-comportamentali e psichiatrici 2. minori e adolescenti migranti o non accompagnati 3. minori e adolescenti a rischio che vivono in condizioni familiari di grave disagio e marginalità come strumento preventivo e/o in ottemperanza a quanto richiesto dall'Autorità giudiziaria Adulti 1. Pazienti in doppia diagnosi 2. Pazienti con gravi disturbi di personalità 3. Pazienti adolescenti con disturbi mentali e del comportamento 4. Pazienti autistici adulti 5. Pazienti psicotici con bisogni sociali 6. Pazienti con disabilità intellettiva 7. Pazienti psichiatrici con disturbi mentali, funzionali e clinici dovuti all'invecchiamento 8. Migranti con disturbi di salute mentale
Azioni previste	Adesione alle azioni sviluppate a livello RER: ➤ attivazione del programma di coordinamento che collega rappresentanti di Aziende Usl ed Enti Locali per la promozione delle linee di indirizzo; ➤ azioni formative con il coinvolgimento di sanitario, sociale, terzo settore e diffusione delle esperienze; ➤ monitoraggio degli interventi; ➤ coinvolgimento di utenti e familiari nello sviluppo del programma regionale. AZIONI A LIVELLO LOCALE: 1. <i>Azioni formative congiunte DAISMDP/DCP/ASP/Cooperazione sull'autismo, disabilità intellettiva, disagio/disturbo mentale nei migranti, disagio/disturbo mentale nell'adolescenza</i> 2. <i>Incontri sistematici delle Equipe Territoriali Integrate per minori e per adulti</i> 3. <i>Incontri sistematici del Nucleo di Valutazione dipartimentale per il contenimento e la riconversione degli inserimenti residenziali</i> 4. <i>Ottenimento di ulteriori abitazioni dall'Acer e dal Privato sociale</i> 5. <i>Incremento della risorsa dell'IPS</i> 6. <i>Utilizzazione delle risorse della comunità sociale (associazioni e istituzioni cittadine)</i> 7. <i>Sostegno alle Associazioni di pazienti del Dipartimento (Club Integriamoci, Club Amicizia)</i> 8. <i>Collaborazione continua con le Ass. dei Familiari (Solidalmente, Non più soli ecc) per progettare insieme percorsi riabilitativi e socializzanti per i pazienti .</i> 9. <i>Mantenimento di rapporti con istituzioni del territorio quali:</i> – il Comune di Ferrara e suoi assessorati che permettono a nostri utenti di usufruire di percorsi culturali di gruppo offerti anche alla popolazione generale, accedere in partnership con UISP a percorsi sportivi facilitati – Il Museo Archeologico e il GAF Gruppo archeologico di Fe (Ass di Volontariato). Un gruppo di 15 utenti collabora per 9 mesi l'anno al

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEMA 4



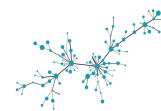
	setacciamento della terra di scavi fornita dal Museo attraverso il GAF, visita siti archeologici, riceve sistematica informazione-formazione dai volontari, partecipa manifestazioni sul tema presentando contributi diretti (convegni di Sondrio, Copparo Ferrara) 10. <i>Potenziamento delle attività sportive rivolte alla popolazione di Ferrara in partnership con il Dipartimento di salute Pubblica e Medicina dello sport</i> 11. <i>Completamento dei lavori del gruppo tecnico provinciale e definizione condivisa dei percorsi e della metodologia di progettazione con particolare attenzione agli strumenti di valutazione ed alle fasi di passaggio (minori/adulti/anziani)</i>
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	1. Inserimenti lavorativi ai sensi della Legge 14 2. Utilizzazione del fondo FNA per la grave disabilità 3. Utilizzazione del fondo "Dopo di noi" 4. Utilizzazione di FRNA
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	1. AUSL (DAISMDP, DCP, Dipartimento di salute Pubblica e Medicina dello sport) 2. ASP /Servizi Sociali 3. Cooperative 4. Acer 5. Associazioni di pazienti del Dipartimento (Club Integriamoci, Club Amicizia) 6. Ass. dei Familiari (Solidalmente, Non più soli ecc) per progettare insieme Comune di Ferrara e suoi assessorati 7. Museo Archeologico e il GAF Gruppo archeologico di Fe (Ass di Volontariato).
Referenti dell'intervento	
Risorse non finanziarie	

Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 4

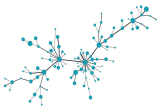
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 4

Indicatori da declinare a livello distrettuale



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/122017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali	Tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali	messa a disposizione di personale, spazi e risorse finanziarie da parte dell'Az.Usl di Ferrara e degli Enti Locali	31/12/2017	Testuale	messa a disposizione di personale, spazi e risorse finanziarie da parte dell'Az.Usl di Ferrara e degli Enti Locali	messa a disposizione di personale, spazi e risorse finanziarie da parte dell'Az.Usl di Ferrara e degli Enti Locali	messa a disposizione di personale, spazi e risorse finanziarie da parte dell'Az.Usl di Ferrara e degli Enti Locali
N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili	Pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili	N	31/12/2017	S/N	N	S	S
Indicatori locali							
	Numero minori e adolescenti supportati nel loro domicilio in discussi in ETI 2018						
	N. pazienti con budget di salute / N. pazienti CSM						
	risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali						
	Numero sussidi per fronteggiare la vita quotidiana 2018						
	Numero utenti dimessi dalle strutture residenziali e inseriti in Unità Abitative 2018						



	Numero utenti con tirocinio formativo 2018						
	Numero utenti assunti 2018						
	Numero utenti inclusi in progetti di inclusione sociale						
	Numero utenti adulti discussi in ETI/UVM (quando si attiverà)						
	Iniziative formative congiunte (DAISMDP/DCP/ASP)						

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

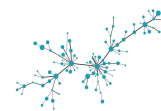
Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 5



Distretto	OVEST
Titolo intervento	PROGRAMMI DI SOSTEGNO DELLE RETI SOCIALI E DI PREVENZIONE PER LE PERSONE FRAGILI; EMERSIONE E QUALIFICAZIONE DEL LAVORO DI CURA DELLE ASSISTENTI FAMILIARI
Riferimento scheda regionale	5, 20 e 21
Riferimento scheda distrettuale	Programmazione FRNA e FNA distrettuale
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☒ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	COMUNE DI CENTO e Azienda USL di Ferrara
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☒ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Il progressivo invecchiamento della popolazione costituisce un trend demografico caratterizzante l'Emilia-Romagna, comune a tutti i Paesi occidentali. Tuttavia nella nostra regione il fenomeno assume una dimensione particolarmente accentuata: nel 2017 in Emilia-Romagna l'indice di vecchiaia era pari a 177,5, valore superiore a quello nazionale e di altri Paesi europei. Nella provincia di Ferrara questo valore sale ulteriormente (media di poco inferiore a 250), tra i più elevati a livello nazionale, anche se il distretto Ovest risulta essere il più giovane della provincia, con un indice di vecchiaia sostanzialmente sovrapponibile a quello medio RER. Tra gli elementi positivi va segnalato il progressivo incremento dell'aspettativa di vita della popolazione, attualmente in linea con i valori medi nazionali (79,5 uomini - 83,5 donne), tuttavia la provincia di Ferrara continua ad essere la meno longeva in regione (quasi un anno e mezzo in meno sia per gli uomini che per le donne). Cresce anche l'aspettativa di vita libera da disabilità. Si stima che in Emilia-Romagna gli uomini e le donne di età >= 65 anni abbiano circa 10 anni di vita attesa liberi da disabilità (indagine PASSI d'Argento 2012-2013), ma questo valore rappresenta solo la metà della speranza di vita complessiva a quell'età: ciò significa che circa la metà degli anni vengono mediamente vissuti in condizioni di dipendenza funzionale. Di conseguenza è proprio la popolazione di età >=75 anni ad identificare in maniera più appropriata la popolazione più fragile. In Emilia-Romagna nel 2015 erano presenti 560.835 abitanti di età >= 75 anni (12,6% pop. generale) ma le proiezioni del servizio statistico RER stimano che nel 2035 saranno 625.486 (14,0% pop. generale). Alla fine degli anni 90 l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) ha proposto un cambiamento di paradigma rispetto al modo di considerare la popolazione anziana introducendo il termine di "invecchiamento attivo", che esprime il ruolo positivo, di potenziale risorsa per la comunità che potrebbe essere assunto dalle persone anziane,
-----------------------	--



grazie all'ottimizzazione delle proprie opportunità di salute e ad un processo di responsabilità/partecipazione volto a migliorare la qualità della vita.

In questo contesto la Commissione Europea ha avviato nel 2012 un programma di Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo con l'obiettivo di accrescere di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione Europea entro il 2020. Il Partenariato prevede la collaborazione a livello locale tra istituzioni pubbliche e soggetti privati (es. aziende, associazioni) per favorire lo sviluppo di nuovi modelli di presa in carico della cronicità basati sull'integrazione, la multidisciplinarietà, la prevenzione e la gestione della fragilità.

Il mantenimento di uno stato di "buona salute" rappresenta un prerequisito essenziale per un invecchiamento attivo. La prevenzione e promozione della salute e di sani stili di vita costituiscono quindi obiettivo rilevante in tutte le fasi e luoghi di vita delle persone, anche in età geriatrica. In questo senso anche l'ambiente domestico assume un significato importante nel determinare il benessere individuale.

Il Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con la legge regionale 27 del 2004 con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi, in grado di garantire nel tempo, la presa in carico delle persone anziane o disabili.

Il processo di accreditamento di alcuni dei servizi socio-sanitari ha prodotto un sistema di regole e di requisiti organizzativi volti a dare trasparenza e omogeneità alla spesa, a favorire condizioni di qualità uniforme nei servizi e a garantire maggiore equità nel sistema di accesso e compartecipazione dei cittadini.

I dati demografici sopra ricordati disegnano una situazione provinciale che amplifica quella regionale, caratterizzata da un forte invecchiamento e, nello stesso tempo, da una struttura familiare di dimensioni sempre più ridotte: cresce la fascia di popolazione anziana che vive sola e necessita di mantenere efficiente e una rete robusta ed integrata di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

La presa in carico di anziani fragili e /o non autosufficienti richiede inoltre un'attenzione ai caregiver sia in termini di ascolto e orientamento sia in termini di formazione e supporto nell'individuazione delle strategie di programmazione e gestione dei compiti di cura.

Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura nell'ambito del piano assistenziale individualizzato (PAI) di una persona in condizioni di non autosufficienza o comunque di necessità di ausilio di lunga durata, non in grado di prendersi cura di sé.

Il caregiver familiare può avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura (assistente familiare), è liberamente scelto dall'assistito, e può essere una figura giuridicamente diversa dal tutore, curatore e amministratore di sostegno, è una risorsa essenziale nel percorso di cura della persona non autosufficiente.

Il caregiver è soggetto portatore di propri bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto), sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico.

Le assistenti familiari, meglio note ai più come badanti, da una decina di anni sono entrate a tutti gli effetti a far parte dei protagonisti attivi del lavoro di cura. Caregiver professionali di fatto, talvolta inconsapevoli e improvvisate.

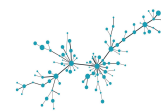
Parlando di fragilità non si può non pensare di includere queste figure professionali nelle progettualità ad essa dedicate. Le assistenti familiari infatti godono di uno statuto debole e al contempo si trovano quotidianamente a contatto con una tripla fragilità: la propria, quella dell'assistito e, quando presente, quella del datore di lavoro-famiglia.

In Emilia-Romagna la **Legge Regionale n. 2/2014** è dedicata al riconoscimento e al sostegno del **Caregiver familiare** (persona che presta volontariamente cura ed assistenza) nell'ambito degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.

Il Patto per il Lavoro, sottoscritto dalla Regione il 20 luglio 2015, ha previsto la redazione di linee guida in grado di fornire indicazioni alle Aziende USL ed ai Comuni per l'attuazione dei principi sanciti dalla Legge Regionale n. 2/2014, nella direzione di un **Welfare di comunità** che valorizzi anche l'esperienza e l'apporto degli Enti del terzo



	settore. Nel mese di luglio 2016 la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha costituito un apposito gruppo di lavoro, composto da parti sociali, associazioni di pazienti e familiari e professionisti delle Aziende USL e dei Comuni con l'obiettivo di elaborare la proposta di Linee guida attuative della Legge Regionale n. 2/2014, che sono state approvate con DGR n. 858 del 16 giugno 2017. Al riguardo, è di aprile 2018 l'invito della Regione, Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare, all'individuazione di un referente aziendale per l'ambito sanitario e uno per l'ambito sociale per garantire l'applicazione delle suddette linee attuative per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare. Il Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione, e il Piano attuativo Locale 2016-2018, nel Programma n.4 – Setting Comunità – Programmi per condizione, l'obiettivo 4.2 prevede Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregivers (badanti, donne precarie). L'intera azione progettuale ha visto un coordinamento regionale, per tutti i referenti delle singole aziende territoriali. Il gruppo ha lavorato sugli aspetti di rischio per la salute mentale e fisica che possono favorire lo sviluppo di disturbi e incidere negativamente sui comportamenti individuali.
Descrizione	Attraverso il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza la Regione Emilia-Romagna sostiene da anni lo sviluppo della rete di servizi socio-sanitari, residenziali e semiresidenziali, e la realizzazione di interventi di natura assistenziale ed economica per il mantenimento al domicilio degli anziani e dei disabili non autosufficienti. Nei prossimi anni si manterrà costante l'impegno regionale per l'ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, prevedendo anche l'identificazione di soluzioni maggiormente flessibili ed innovative orientate al lavoro di comunità, al fine di sostenere reti sociali, sinergie tra servizi e associazioni di volontariato, singoli cittadini e centri di aggregazione territoriale, e nel contempo mantenere la necessaria prossimità ai bisogni della popolazione anziana a rischio di non autosufficienza. Le azioni, regionali e locali, di promozione dell'invecchiamento attivo e in salute riguardano sia l'ambito dei servizi/interventi che della ricerca. Rispetto al primo (servizi/interventi) da tempo la Regione sostiene programmi e interventi per la prevenzione e promozione della salute della popolazione anziana, a partire dal Piano Regionale della Prevenzione e dalla Programmazione locale per il benessere sociale e la salute. Tra i setting ideali per la realizzazione di iniziative di promozione della salute, con la partecipazione della comunità, vi sono le Case della Salute, che rappresentano al tempo stesso: - una opportunità per garantire prossimità di accesso ai servizi; - una risposta ai bisogni di base della popolazione anziana; - una sede dove sviluppare e sperimentare processi di integrazione, multidisciplinari, orientati al paradigma della medicina d'iniziativa. Rispetto al secondo ambito (ricerca) dal 2013 la Regione Emilia-Romagna, attraverso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, partecipa al Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo, come reference site. Nell'ultimo decennio sono intervenuti importanti i cambiamenti nello scenario socio-economico regionale e provinciale. Oltre all'andamento demografico (riduzione della natalità ed invecchiamento della popolazione) vanno ricordati: la riduzione delle dimensioni medie della struttura familiare, la fragilità delle famiglie anche sotto il profilo economico, il crescente disagio abitativo, l'aumento delle condizioni di cronicità e di disabilità nella popolazione. Da qui la necessità di uno sforzo di riprogettazione del sistema di welfare, che affianchi all'obiettivo di consolidamento ed integrazione della rete dei servizi, quello di promuovere la sperimentazione di nuove modalità di presa in carico delle persone.



E' opportuno, infine, ribadire quali sono – secondo il PSSR - i principi su cui fondare i progetti di innovazione da concretizzare localmente nei Piani di Zona: universalismo, governo del pubblico, valorizzazione del lavoro di cura, migliore integrazione socio-sanitaria, partecipazione attiva e diffusa di cittadini singoli o associati.

Il lavoro svolto in questi anni a livello territoriale ha permesso di realizzare, anche se in forma localmente diversificata, iniziative informative/formative, gruppi di auto-mutuo aiuto, consulenze psicologiche, assistenziale, legali, iniziative di sostegno e sollievo per i caregiver e per gli stessi assistiti.

A livello territoriale, emerge una disomogeneità tra i tre distretti sia riguardo le iniziative realizzate dai soggetti pubblici che per quelle promosse dal terzo settore. Emerge la necessità di migliorare la consapevolezza dei cittadini circa le opportunità esistenti, e la collaborazione multidisciplinare per la realizzazione di programmi, progetti, attività, con un approccio il più possibile partecipato.

Il lavoro svolto dalla referente aziendale per **l'obiettivo 4.2 del Piano Attuativo Locale di prevenzione**, collaborando sia localmente con un gruppo di lavoro che a livello regionale, ha permesso di:

- definire nel dettaglio il target di riferimento ed i setting delle azioni da promuovere;
- mappare nei tre distretti le azioni rivolte ai caregiver finalizzate a migliorare le competenze e la qualità dell'assistenza fornita;
- mappare le azioni mirate al benessere dei caregiver;
- mappare le azioni informative/di segretariato e di supporto burocratico-amministrativo;
- individuare difficoltà e prospettive/traiettorie di lavoro futuro.

In sintesi a settembre 2017 emerge quanto segue:

Presenza consistente di attività a sostegno alla domiciliarità;

- Azioni largamente improntate sia al miglioramento delle competenze assistenziali, sia al benessere dei caregiver;
- Particolare attenzione all'utenza con disabilità o demenza;
- Attività di sostegno alla domiciliarità prevalentemente svolta all'interno dei servizi;
- Forte livello di integrazione tra gli attori presenti sul territorio.

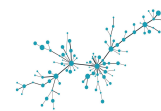
Nel territorio del Distretto Ovest vanno segnalate alcune esperienze consolidate:

a) Gruppo di supporto rivolto alle Assistenti familiari – Partecipazione N. 8 Assistenti tutte donne, di seguito le fasi di realizzazione del percorso di gruppo:

- promozione attività nell'ambito dello sportello tematico rivolto alle assistenti familiari;
- raccolta e valutazione delle schede di iscrizione;
- colloqui individuali tenuti dalla psicologa del Servizio per l'Integrazione Socio Sanitaria per condividere gli obiettivi del percorso di gruppo e valutare le motivazioni delle assistenti familiari;
- somministrazione questionari per rilevare il gradimento dell'iniziativa, l'utilità percepita e lo stato emotivo-affettivo delle assistenti;
- svolgimento incontri di gruppo;
- rilascio di un attestato di frequenza.

b) Laboratorio di scrittura di sé condotto con la tecnica di scrittura autobiografica – L'azione ha permesso di sviluppare le capacità resilienti del caregiver; promuovere il confronto di gruppo e la condivisione dei racconti; stimolare la riappropriazione della propria immagine identitaria.

c) Cafè della Memoria - Definizione del progetto e progressiva strutturazione di un programma finalizzato all'inclusione sociale ed al miglioramento della qualità della vita delle persone con demenza e dei loro familiari – Attivi nelle città di Cento e



	Bondeno. Il Servizio per l'Integrazione Socio Sanitaria, avviato a settembre 2014, si colloca all'interno di un percorso innovativo per lo sviluppo e la programmazione di attività finalizzate all'integrazione della popolazione fragile anziana o in condizione di disabilità. Il Servizio persegue l'obiettivo di analizzare e condividere il bisogno delle persone fragili attraverso azioni di sostegno e di supporto-accompagnamento, valorizzando le competenze della persona e potenziando il ruolo delle reti formali ed informali. La progettazione si articola secondo tre principali macro aree di intervento: - ricerca e integrazione territoriale; - sostegno alla domiciliarità; - sostegno psicologico alle persone in condizione di fragilità e ai caregiver impegnati in attività di assistenza.
Destinatari	Tutta la popolazione anziana (autosufficienti, fragili, non autosufficienti), utenza adulta con disabilità o a rischio di disabilità, caregivers/famiglie. Nello specifico: <u>SERVIZIO FRAGILITA'</u> Si considerano destinatari dell'intervento persone residenti nel Distretto Ovest della Provincia di Ferrara che non dispongono di reti familiari o che si trovino in almeno due delle seguenti condizioni: - età molto avanzata (ultraottantenni) associata ad una condizione di reale solitudine; - rarefazione della rete relazionale; - basso reddito; - condizione di caregiver con particolare attenzione al caregiver anziano; - persone residenti in condizione di isolamento (in aree rurali o in zone ad alta tensione sociale); - persone con limitata autonomia nella mobilità; - giovani adulti non necessariamente certificati con difficoltà che investono la sfera della relazione e della socializzazione residenti nel Distretto Ovest. Per quanto riguarda l'area Supporto Psicologico, gli interventi si rivolgono a: - situazioni di fragilità sociale: solitudine o mancanza di una rete familiare o sociale di riferimento, presenza di relazioni altamente conflittuali o nuclei multiproblematici in presenza di disagio economico e/o abitativo; - persone affette da patologie organiche: pazienti complessi con numerose comorbidità; - persone con affezioni neurologiche croniche (es. sclerosi multipla, corea di Huntington, distrofia muscolare, sindrome di Tourette); - persone affette da deficit cognitivi di grado lieve-moderato; - caregiver, ovvero, familiari di bambini/adulti/anziani non autosufficienti (in grado variabile) e affetti da: ▪ disabilità fisiche e mentali; ▪ patologie di tipo cronico-degenerativo (es. demenze, parkinsonismi, esiti di ictus ed altre affezioni neurologiche); ▪ patologie congenite ereditarie (es. fibrosi cistica). <u>SERVIZIO RIVOLTO AD ASSISTENTI FAMILIARI</u> Operatori dei Servizi Sociali dei Comuni della zona sociale del Distretto Ovest; assistenti familiari disponibili ad operare nel territorio della zona sociale ovest; familiari di persone non autosufficienti; enti o servizi attivi presenti sul territorio della zona sociale ovest (C.S.M. Ausl Ferrara Distretto Ovest, C.S.V, Centro per l'Impiego, S.P.T., Uffici Relazioni con il Pubblico).
Azioni previste	<u>AZIONI PER L'INVECCHIAMENTO ATIVO E IN SALUTE E DI TUTELA DELLA FRAGILITA' DELL'ANZIANO</u>



- Proseguire i progetti ed i programmi previsti dal Piano **Regionale Prevenzione 2015-2018 riguardanti l'empowerment dei cittadini, l'educazione su stili di vita salutari, l'esercizio fisico, l'alimentazione** (allegato 1).

- Diffondere e implementare nei territori locali i contenuti delle nuove indicazioni regionali sulle **Case della Salute** con particolare riferimento alle aree integrate di intervento "prevenzione e promozione della salute" e "prevenzione e presa in carico della cronicità".

- Diffondere le buone pratiche, basate sul lavoro di comunità, finalizzate all'attivazione di **gruppi anziani**.

In particolare per quanto riguarda la popolazione anziana, sono previste azioni specifiche quali:

- **progetto "Otago"**: progettazione e realizzazione di interventi informativi (comunità) e formativi (professionisti sanitari – infermieri e MMG); ipotesi di lavoro su futura Casa della salute di Bondeno, implementando questa progettualità.

ANNO 2017

Progetto 3.8 Programma di ginnastica personalizzata a domicilio (Otago) e per piccoli gruppi (Alessandra Cenni)

	AUSl Piacenza	AUSl Parma	AUSl Reggio	AUSl Modena	AUSl Bologna	AUSl Imola	AUSl Ferrara	AUSl Romagna	RER	Obiettivo atteso	Osservato	ESITO
Disponibilità del documento tecnico di indirizzo elaborato dal gruppo di lavoro sulle cadute dell'anziano	Indicatore regionale									SI	SI	Obiettivo raggiunto
Attivazione del programma all'interno delle Case della Salute	1	1	1	2	2	1	0	2	10	12%	10%	Obiettivo raggiunto
	6	16	11	11	10	2	7	21	84		12%	
Evidenza di attivazione di percorsi formativi attivati in tutte le Case della Salute coinvolte nel progetto	Indicatore regionale									SI	SI	Obiettivo raggiunto
Realizzazione della formazione per MMG			1	1		1			3	38%	50%	Obiettivo parzialmente raggiunto
	1	1	1	1	1	1	1	1	8		38%	

- **progetto "alimentazione nell'anziano"**: le azioni previste (formazione operatori e valutazione menù nelle residenze) andranno presidiate e proseguite secondo crono programma.

ANNO 2017

Progetto 3.9 Alimentazione nell'anziano (Marina Fridel)

	AUSl Piacenza	AUSl Parma	AUSl Reggio	AUSl Modena	AUSl Bologna	AUSl Imola	AUSl Ferrara	AUSl Romagna	RER	Obiettivo atteso	Osservato	ESITO
% di pareri emessi a seguito della valutazione del Menù	7	12	15	22	17	6	14	24	117	35%	30%	Obiettivo raggiunto
	22	40	50	48	57	10	31	79	337		35%	
% operatori formati addetti alla preparazione dei pasti	28	80	50	52	114	12	60	158	554	82%	50%	Obiettivo raggiunto
	44	80	100	96	114	20	62	158	674		82%	

Per quanto riguarda le **azioni non specifiche**:

- Progetti di comunità: nessuna azione in programma, in attesa di riprogrammazione regionale.

- Gruppi di cammino: è in programma una attività di supporto alla realizzazione di gruppi di cammino presso alcune case della salute, mediante ore dedicate da parte di personale con laurea in scienze motorie.

- Interventi opportunistici per stili di vita salutari: previsto sviluppo del counselling negli ambiti individuati (case della salute).

- Promozione dell'esercizio fisico anche attraverso la prescrizione nelle persone con patologie croniche: nel 2018 sono stati programmati incontri formativi distrettuali con i MMG per l'applicazione della prescrizione di attività fisica alle persone con patologie croniche.

- Promozione della **domiciliarità** come elemento cardine del sistema: una domiciliarità che si realizza attraverso il consolidamento delle forme classiche di servizio, ma introduce anche azioni innovative, aumentando il grado di protezione al crescere della



non autosufficienza, ma intervenendo anche nella personalizzazione degli interventi di supporto alle persone fragili, con l'obiettivo di prevenirne la deriva verso la non autosufficienza e l'ingresso in residenza protetta.

- Analisi delle criticità legate all'implementazione degli interventi **SAD**: pieno sviluppo dei progetti attivati gratuitamente alla dimissione dall'ospedale (30 gg gratuiti da LEA), promozione degli elementi di flessibilità che garantiscono la personalizzazione degli interventi. Ipotesi di **regolamentazione** provinciale del servizio per favorire la massima equità nei meccanismi di accesso e presa in carico.

- Costruire l'innovazione sociale sulla **domiciliarità** favorendo i progetti di supporto al caregiver, promuovendo l'inserimento delle assistenti familiari nella rete dei servizi, inserendo nei processi valutativi anche l'aspetto ambientale procedendo all'individuazione ed all'abbattimento delle barriere architettoniche (domotica, contributi economici per il mantenimento a domicilio). In questo senso andranno promossi i progetti di valorizzazione dei servizi **semiresidenziali** e favorite le esperienze di ricovero di **solievo** a supporto del progetto domiciliare. Si ritiene di particolare importanza, anche alla luce delle indicazioni del DGR 990/2016, implementare i progetti a favore dell'utenza affetta da patologia dementigena con disturbi comportamentali floridi, mantenendo la possibilità di predisporre inserimenti in setting residenziale appropriato (Nucleo Residenziale Demenze – valenza provinciale) e valutando la possibilità di implementare i servizi semi-residenziali dedicati che garantiscono caratteristiche di maggior prossimità alle sedi di residenza. Dovranno essere tutelate le condizioni che permettono di offrire equità di accesso, anche sotto il profilo economico.

Il supporto alla domiciliarità va sviluppato anche attraverso l'integrazione dei servizi socio-sanitari con le nuove forme organizzative delle cure intermedie: rete di case della salute, OSCO, CDCA per i percorsi di **dimissione complessa**/protetta e di **continuità di cura**. In particolare andrà proseguito il progetto di inserimento gratuito temporaneo (30 gg) nelle strutture residenziali accreditate, provvedendo ad una sua regolamentazione che ne consenta la sostenibilità economica nel tempo e, quindi, la sua storizzazione sulla base di regole condivise a favore delle persone che esprimono maggiori criticità nel rientro a domicilio.

- Per quanto concerne le **Case Famiglia** si esprime la necessità di rafforzare il sistema di regolamentazione, con l'obiettivo di favorire la definizione di un sistema unitario e condiviso di regole provinciali, coerente con eventuali indicazioni regionali, comprensivo di un'esplicita attenzione ai requisiti di tutela degli ospiti e dei lavoratori. Inoltre, si ipotizza la possibilità di definire un'insieme di indicatori/requisiti di qualità che possano contribuire ad identificare le strutture virtuose (white list), studiando forme di collegamento funzionale con la rete locale dei servizi e favorendone la partecipazione alla vita del contesto sociale territoriale in cui sono inserite.

- Proseguire con le attività formative e di intervento a **contrasto della violenza** nelle relazioni di cura, con particolare attenzione ai luoghi di cura potenzialmente a rischio per abusi e maltrattamento.

- Promuovere un'ulteriore qualificazione del **lavoro di cura** non solo come prestazione ma anche come capacità di organizzare l'ambiente di cura, valorizzare le risorse presenti e personalizzare l'intervento.

- Monitorare le domande di **accesso alle strutture residenziali**:

- Analisi del bisogno riferito alla recettività complessiva della **rete residenziale per gli anziani** non autosufficienti con ipotesi di incrementare la disponibilità di pl, con particolare riferimento al rafforzamento strutturale delle disponibilità relative agli accoglimenti temporanei in regime di **solievo** ed alla tipologia di pl a maggior intensità assistenziale (es istituzione di un **Nucleo AIA**).

- Qualificazione del lavoro di cura per i soggetti affetti da patologia dementigena inseriti nelle CRA e nei CD, come previsto da DGR 514/09.

- Promuovere un metodo di **confronto permanente sull'utilizzo del FRNA**: risorse, priorità nell'utilizzo dei residui, compartecipazione alla spesa, strumenti di gestione:

- Possibile utilizzo dei residui FRNA/FNA a favore di **progetti innovativi** proposti



da **associazioni e fondazioni** presenti nella comunità con particolare attenzione alle proposte che garantiscano integrazione con la rete dei servizi, promozione delle dinamiche di inclusione sociale, sostegno ai caregivers e/o promozione della salute/benessere di gruppi di popolazione caratterizzati da elevata fragilità (es. patologie neurodegenerative).

Azioni Sovra – Distrettuali – Riconoscimento ruolo del care giver

- Individuazione di un referente aziendale per l'ambito sanitario e uno per l'ambito sociale per garantire l'applicazione delle suddette linee attuative per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare;
- Consolidare/formalizzare il gruppo di lavoro territoriale formato da: professionisti dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, Enti del terzo settore, comunità locali. Integrare il gruppo con la presenza di caregiver e assistenti familiari;
- Ripetere/aggiornare la mappatura utilizzando gli strumenti definiti a livello regionale;
- Mappatura dei luoghi formali ed informali frequentati dai caregiver e interviste a basso grado di strutturazione a testimoni privilegiati;
- Realizzare focus group e/o osservazioni etnografiche nei luoghi di aggregazione informale;
- Valorizzare le esperienze e le competenze sviluppate in questi anni, e sviluppare proficue collaborazioni, portando a sistema e dando continuità a quanto realizzato in modo sporadico e/o isolato;
- Implementare a livello locale le iniziative progettate dal gruppo regionale riguardante in particolare: la promozione di interventi di informazione e formazione di base per i caregiver famigliari; la promozione della formazione dei professionisti di ambito sociale, socio-sanitario e sanitario, al fine di sensibilizzarli rispetto al riconoscimento del caregiver nell'ambito del PAI, all'importanza di garantire orientamento, supporto e accompagnamento nei momenti critici, alla capacità di leggere e gestire gli aspetti psicologici ed emotivi, anche utilizzando specifici strumenti di valutazione del carico psico-fisico;
- Organizzare almeno 1 evento annuale sovra-distrettuale per la presentazione delle buone pratiche svolte nei singoli territori;
- Incontri di lavoro finalizzati al confronto, monitoraggio e valutazione.

Azioni Distrettuali Ovest - Riconoscimento ruolo del care giver

- Garantire continuità alle azioni svolte e alle buone prassi sperimentate per sviluppare le condizioni organizzative affinché il caregiver sia supportato nell'accesso alla rete dei servizi e nello svolgimento delle attività di cura;
- Adesione alla formazione regionale in F.A.D. - Programma di emersione, regolarizzazione e qualificazione del lavoro delle assistenti famigliari che include lo svolgimento organizzato delle funzioni di ascolto e sostegno delle famiglie e delle assistenti familiari; informazioni e consulenze, formazione, aggiornamento e tutoring alle assistenti familiari, integrazione e sostegno al piano individuale assicurato da famiglia e assistente familiare;¹
- Consolidamento dell'esperienza dei Cafè Alzheimer di Cento e Bondeno, realizzati in collaborazione con la Fondazione Mazzucca di Cento; mantenimento del buon livello di integrazione con il Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) di CRA Plattis Cento e promozione di una maggiore integrazione delle attività del Cafè Alzheimer di Bondeno con quelle del locale CDCD;
- Valutazione di possibile impiego dei volontari dei progetti di Servizio Civile Nazionale e/o Regionale a favore dei caregiver dei pazienti afferenti ai CDCD distrettuali;
- Sostegno al centro di ascolto AMA già attivo nel territorio (Bondeno), e valutazione delle possibili implementazioni (Cento), con l'obiettivo di garantire la piena e fattiva integrazione di questi servizi con la rete istituzionale;
- Analisi di fattibilità del possibile sviluppo di nuove attività distrettuali di inclusione sociale per i caregivers dei pazienti affetti da demenza: promozione dei Meeting Centers (tutto il distretto) in ossequio alla DGR 990/16; Favorire le attività di sostegno al caregiver promosse dal terzo settore, promuovendone l'integrazione anche grazie alla loro adesione allo specifico accordo di programma provinciale



in via di definizione.

AZIONI SPECIFICHE DEL SERVIZIO FRAGILITA'

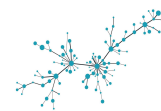
- Proseguo del percorso di ricerca-azione sulla popolazione fragile residente nel Distretto Ovest di Ferrara (analisi di sfondo, definizione di un quadro operativo territoriale e sviluppo partecipato delle ipotesi di intervento) e monitoraggio dei risultati ottenuti;
- Realizzazione di interventi e percorsi di sostegno alla domiciliarità rivolti all'utenza fragile;
- Supporto psicologico alla popolazione fragile e ai caregiver;
- Realizzazione incontri di gruppo finalizzati al supporto emotivo indirizzati a target di popolazione che vivono a stretto contatto con i soggetti fragili (caregiver, assistenti familiari);
- Sviluppo di attività di promozione dell'integrazione sociale e contrasto all'isolamento dei soggetti fragili;
- Monitoraggio degli utenti in carico al Servizio per l'Integrazione Socio Sanitaria in occasione di particolari condizioni climatiche o territoriali di carattere emergenziale (ondate di calore, emergenza neve, ecc);
- Promozione e sviluppo di contesti di approfondimento, spazi di condivisione e sensibilizzazione inerenti al tema della fragilità sociale;
- Messa in rete e qualificazione del volontariato e del terzo settore per il potenziamento dei servizi a supporto della popolazione fragile al fine di sostenere la fruizione dei servizi della rete socio-sanitaria e la partecipazione alla vita sociale;
- Proseguo e sviluppo del progetto "*Piani Alternativi*", avviato in via sperimentale a Gennaio 2017, condotto tramite approccio laboratoriale e rivolto a giovani adulti con difficoltà che investono la sfera della relazione e della socializzazione;
- Proseguo dell'attività di coordinamento del Servizio Trasporto Facile (avviata a Gennaio 2016);
- Analisi e valutazione di una eventuale riattivazione da parte del Servizio per l'Integrazione Socio Sanitaria di percorsi di gruppo rivolti alle assistenti familiari, segnalate dagli Sportelli dei Servizi Sociali Polifunzionali.

AZIONI SPECIFICHE SERVIZIO RIVOLTO ALLE ASSISTENTI FAMILIARI

- Gestione e aggiornamento dell'elenco di assistenti familiari disposte ad operare sul territorio del distretto ovest;
- Promozione del riconoscimento sociale della figura dell'assistente familiare;
- Attivazione e accompagnamento durante i percorsi in Autoformazione rivolti alle assistenti familiari;
- Creazione e coordinamento di un'équipe di esperti disponibili a costituire un team di professionisti provenienti dall'area socio-sanitaria a supporto dei percorsi di auto apprendimento proposti alle assistenti familiari;
- Accompagnamento nella fase di incontro domanda/offerta di lavoro tra le famiglie e le assistenti familiari;
- Informazioni e orientamento sulle modalità di accesso ai servizi territoriali rivolti a persone non autosufficienti;
- Collaborazione con i servizi sociali e il servizio sociale professionale;
- Adesione del Distretto Ovest al percorso formativo per assistenti familiari su piattaforma Self.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate

- Le linee attuative si rivolgono all'intero sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e rappresentano anche una cornice di riferimento a cui possono raccordarsi le azioni e gli interventi realizzati in diversi ambiti per il **sostegno e la promozione dell'empowerment** del caregiver familiare (es. promozione della salute mentale e fisica, percorsi per la cronicità, non autosufficienza, demenze, disabilità, ecc.);
- Le linee attuative prevedono il raccordo con i **programmi rivolti alla qualificazione e regolarizzazione** del lavoro di cura svolto da assistenti familiari, attivati a livello territoriale;
- **Piano della Prevenzione** 2015-2018 della Regione, e il Piano attuativo Locale 2016-2018, nel Programma n.4 – Setting Comunità – Programmi per condizione, l'obiettivo 4.2 prevede Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregivers (badanti, donne precarie);
- La scheda è collegata alla nr. 21 (innovazione rete servizi anziani) nr. 20 (invecchiamento attivo) del PSSR.

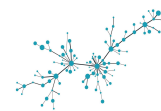


	<u>SERVIZIO FRAGILITA'</u> - Politiche di contrasto dell'esclusione sociale; - Attività di promozione dell'autonomia personale; - Integrazione con altri servizi, istituzioni o associazioni. <u>SERVIZIO RIVOLTO AD ASSISTENTI FAMILIARI</u> - Interventi nell'area della formazione e dell'inclusione socio-lavorativa all'interno del mercato del lavoro di cura; - Servizi e interventi volti alla creazione di un sistema di welfare a favore delle persone non autosufficiente e delle loro famiglie.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<u>SERVIZIO FRAGILITA'</u> <u>Soggetti pubblici coinvolti:</u> - GAFSA - Comuni del Distretto Ovest della Provincia di Ferrara - Azienda USL - Enti e soggetti appartenenti alla rete dei servizi socio sanitari - Centri Delegati per le demenze – sedi di Cento e Bondeno - Caritas del territorio - Centri Sociali Anziani del territorio - Associazioni di volontariato e gruppi informali del territorio - Centro Servizi per il Volontariato - Enti gestori di servizi socio-sanitari <u>Soggetti attuatori:</u> Comuni del Distretto Ovest della Provincia di Ferrara, Azienda USL e per essi, riunite in RTI, la Cooperativa Sociale Camelot – Officine Cooperative, CIDAS Soc.Coop.Onlus e Open Group Società Cooperativa Sociale Onlus <u>SERVIZIO RIVOLTO AD ASSISTENTI FAMILIARI</u> Centro Servizi Informativi per Assistenti familiari e Famiglie, Gestione associata servizi socio-assistenziali, servizi sociali della zona sociale, Associazioni, AUSL, Centro per l'Impiego
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Roberta Fini, Responsabile Gestione Associato Servizi socio Assistenziali Dott.ssa Roberta Sarti, Responsabile Servizi Sociali e Sportello Sociale Comune di Cento Dott.ssa Sandra Bombardi, Distretto Centro Nord AUSL di Ferrara Casa della Salute "Cittadella S. Rocco"
Risorse non finanziarie	<u>SERVIZIO FRAGILITA'</u> n. 2 responsabili Servizi Sociali n. 1 supervisore tecnico n. 1 educatore professionale n. 1 psicologo n. 1 coordinatore attività al domicilio n. 4 OSS <u>SERVIZIO RIVOLTO AD ASSISTENTI FAMILIARI</u> - n. 1 responsabile - n.1 coordinatore dei Servizi Polifunzionali (di cui fa parte il Centro servizi informativi per Assistenti Familiari e Famiglie) - n. 3 operatori n. 1 operatore Azienda USL

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 5



Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€ 272.797,00 (vedi scheda FRNA)
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€ 5.000,00 (Trasporto Facile)
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEMA 5

Indicatori da declinare a livello distrettuale

Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Si No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver	SI	31/12/2017	S/N	SI	SI	SI
Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver	Numero enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione/sostegno dei caregiver	2 *	31/12/2017	Numerico	4	4	4
Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	Numero progetti e iniziative per benessere e salute caregiver	10 **	31/12/2017	Numerico	10	10	10
Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numero iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver	1 *** + 2 (nel 2016 formazione al gruppo caregiver uno su strategie per comprensione della mente di persone con disturbi cognitivi e uno sulle strategie di comportamento e alimentazione) + 2 per famigliari disabili su sessualità nella disabilità + 2 sulla genitorialità	31/12/2017	Numerico	3 (formazione assistenti familiari, operatori sportello e formazione caregiver cure palliative)	4	4
Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numero iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del	1 (incontro Romagnoni cure palliative – erano più che altro	31/12/2017	Numerico	0	0	0

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 5

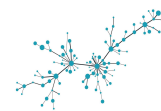


	caregiver	famiglie)					
N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	numero progetti innovativi di rete domiciliare	1	31/12/2017	Numerico	2	2	2
N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	E' attivo un percorso di socializzazione, con coinvolgimento associazioni del territorio dedicato ad anziani fragili dove sono state realizzate diverse iniziative e dove possibile sono stati coinvolti i familiari	31/12/2017	Testuale	Attivazione dello stesso percorso + E' prevista l'istituzione del gruppo di lavoro e la redazione del Regolamento provinciale per le case famiglia	Attivazione dello stesso percorso + E' prevista l'istituzione del gruppo di lavoro e la redazione del Regolamento provinciale per le case famiglia	Attivazione dello stesso percorso + E' prevista l'istituzione del gruppo di lavoro e la redazione del Regolamento provinciale per le case famiglia
Indicatori locali							
Percorsi formativi assistenti familiari	Numero percorsi assistenti familiari attivati	37	31/12/2017	Numerico	37	37	37
Percorsi formativi assistenti familiari	Numero percorsi assistenti familiari terminati	22	31/12/2017	Numerico	26	26	26

* Situazione di partenza al 31/12/12: Fondazione Mazzucca, AMA, obiettivo di coinvolgimento Centri sociali, Palestre

** Si tratta di incontri di gruppo dei caregiver a cadenza mensile con finalità espressivo - supportive. Il numero indicato fa riferimento al solo anno 2017.

*** Si tratta di un'unica modalità di apprendimento per assistenti familiari, realizzata attraverso la formazione con supporto digitale, alal quale nel corso dell'anno adertiscono più caregiver.



Distretto	OVEST
Titolo intervento	PROGETTO DI VITA, VITA INDIPENDENTE, DOPO DI NOI
Riferimento scheda regionale	6 - 28 - 32
Riferimento scheda distrettuale	Scheda FRNA/FNA Distretto OVEST
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☒ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Comuni della GAFSA e Comune di Bondeno, Azienda AUSL di Ferrara - Dipartimento Cure Primarie Area Disabili Adulti
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì (in parte) ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☒ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	La popolazione disabile presenta una complessità eterogenea di bisogni che attraversano e coincidono con tutto il percorso di vita, spesso insorgono in età infantile, presentano molteplici cause eziopatogenetiche e si associano ad un alto rischio di comorbidità sia psichiatrica (3/4 volte superiore alla popolazione generale), sia organica (cardiopatie ipertensive, disturbi metabolici...). Ne derivano di conseguenza: un alta complessità clinico assistenziale, una ricorsività persistente dei bisogni, variabili nelle diverse fasi della vita, un impatto massiccio sulla famiglia e sulla comunità con un inevitabile alto costo sociale. La provincia di Ferrara presenta un sistema di servizi domiciliare e residenziale per l'assistenza alle persone disabili, storicamente solido e ben strutturato, che per molti anni ha contribuito a migliorare l'aspettativa di vita e la qualità della vita delle persone disabili. Da alcuni anni tuttavia, anche grazie all'aumento dell'aspettativa di vita, si sta rilevando un mutamento nelle caratteristiche e nei bisogni della popolazione in carico, e l'emergenza di bisogni da parte di nuove popolazioni portatrici di disabilità. Alla luce di ciò si rende necessario pensare a una evoluzione del sistema dei servizi. In questo contesto, si riportano alcune tra le principali caratteristiche socio-demografiche e sanitarie, che sono riferite alla popolazione in carico ai servizi dell'Area della Disabilità del distretto OVEST di Ferrara. Obiettivo è fornire un quadro generale utile alla programmazione, e al contempo creare la base per costruire future serie storiche che siano da supporto ai servizi per monitorare e analizzare questi fenomeni nel tempo. Le caratteristiche della popolazione portatrice di disabilità: un profilo socio-demografico e sanitario in evoluzione, i bisogni emergenti delle nuove popolazioni.
-----------------------	--



Focus di approfondimento sugli utenti in carico ai servizi dell'Area Disabilità del Distretto OVEST dell'Azienda Usl di Ferrara.

La provincia di Ferrara presenta un sistema di servizi domiciliare e residenziale per l'assistenza alle persone disabili, storicamente solido e ben strutturato, che per molti anni ha contribuito a migliorare l'aspettativa di vita e la qualità della vita delle persone disabili. Da alcuni anni tuttavia, anche grazie all'aumento dell'aspettativa di vita, si sta rilevando un mutamento nelle caratteristiche e nei bisogni della popolazione in carico, e l'emergenza di bisogni da parte di nuove popolazioni portatrici di disabilità. Alla luce di ciò si rende necessario pensare a una evoluzione del sistema dei servizi.

In questo contesto, si riportano alcune tra le principali caratteristiche socio-demografiche e sanitarie, che sono riferite alla popolazione in carico ai servizi dell'Area della Disabilità del distretto OVEST di Ferrara. Obiettivo è fornire un quadro generale utile alla programmazione, e al contempo creare la base per costruire future serie storiche che siano da supporto ai servizi per monitorare e analizzare questi fenomeni nel tempo.

Le principali caratteristiche socio-demografiche della popolazione portatrice di disabilità, e la tenuta dei nuclei familiari (dati 2017).

L'aumento dell'aspettativa di vita, che riguarda la popolazione italiana in generale e quella ferrarese nello specifico, interessa in maniera significativa anche le persone portatrici di disabilità.

I dati dell'unione Europea attualmente riportano su un'aspettativa media di circa 62 anni, con circa il 10% di persone che supera i 70 anni (Negli anni '60 la vita media non superava la maggiore età e negli anni '70 arrivava a 33 anni). Questo fenomeno si riflette nel progressivo **invecchiamento degli utenti** in carico ai servizi. Nelle strutture della provincia di Ferrara, che ospitano gli utenti in condizioni di disabilità lieve e medio-grave, una persona disabile ogni quattro ha più di 45 anni (anno 2017).

A questo si associa il fenomeno di **indebolimento delle famiglie**, i soggetti tradizionalmente impegnati nell'assistenza, che sta caratterizzando il contesto ferrarese e regionale. La riduzione della dimensione delle famiglie, la crescente mobilità delle persone che le porta a vivere più o meno lontano dai luoghi di nascita e di discendenza, le mutazioni nella struttura e nell'età della popolazione, fanno disegnare il quadro di un progressivo indebolimento delle reti familiari nel senso più ampio.

L'indebolimento fa sì, per esempio, che il 40% delle persone disabili attualmente in carico all'area disabilità abbia una rete familiare fragile (composta solo dalla madre o solo dal padre o solo con fratelli/sorelle) e che il 64% dei familiari (padre e/o madre) degli ospiti dei centri della Provincia abbia più di 61 anni. Un disabile ogni quattro è inoltre senza fratelli/sorelle.

A conseguenza di ciò, una quota importante dei nuclei familiari riporta che non riesce più ad assicurare il necessario supporto assistenziale e di cura. In particolare, il 65% dei parenti delle persone disabili afferma di non essere disposti in futuro a prendersi cura dei loro familiari.

Una lettura del profilo dal punto di vista sanitario.

In termini epidemiologici, conseguenza dell'invecchiamento può essere la maggior prevalenza di **patologie croniche** tra gli assistiti, con un conseguente impatto in termini di maggior **ricorso ai servizi sanitari territoriali, ricoveri ospedalieri, consumo di farmaci**.

La struttura residenziale del Distretto Ovest rivolte a disabilità medio grave è La Coccinella Gialla che ospita 20 utenti, a cui si affiancano 4 strutture rivolte a disabilità medio lievi (2 gruppo appartamento CSRR Coccinella Gialla e due gruppi appartamento a Bondeno, che ospitano rispettivamente 8 e 10 utenti, in totale 38 utenti residenziali).

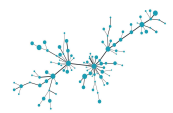
Dei 38 ospiti dei Centri socio riabilitativi residenziali, oltre l'80% presenta una invalidità al 100% e il 47 % percepisce l'indennità di accompagnamento. Di questo



	campione, 15 persone assumono farmaci di cui 6 assumono terapia cardio vascolare; 12 terapia psicofarmacologica; 9 terapia antiepilettica; 7 terapia antidiabetica, si presentano casi di polifarmacoterapia. Nel 2017 vi sono state 6 ospedalizzazioni e 1 decesso. Tra i 31 utenti dei due Centri Socio Riabilitativi Diurni (CSRD):(L'Airone e il Pilacà), tutti presentano una invalidità al 100%, percepiscono l' IDA. Di questo campione, 18 assumono farmaci 2 assumono terapia cardio vascolare; 15 terapia psicofarmacologica; 4 terapia antiepilettica; 2 terapia antidiabetica. Nel 2017 vi sono stati 3 ricoveri e 1 decesso. I Centri socio-occupazionali (CSO) Gruppo Verde, Cerevisia/Freetime e Nuovi Orizzonti, ospitano 45 persone con disabilità medio-lieve. Negli ospiti assistiti nei centri diurni e socio-occupazionali i dati dei servizi riportano che le condizioni di disabilità si associano ad aspetti di vulnerabilità nella salute fisica, principalmente per patologie cardio-circolatorie, metaboliche, psichiche e neurologiche.
Descrizione	Il lavoro svolto in questi anni a livello territoriale ha permesso di realizzare un miglioramento progressivo dell'integrazione socio sanitaria, in particolare grazie alla maggiore strutturazione dell'Area Disabili Adulti dell'Azienda ULS in alcuni ambiti specifici: • équipe di passaggio al 18esimo anno in interfaccia con Neuropsichiatria Infantile, Servizi Sociali e Dipartimento di Cure Primarie, attraverso il potenziamento del coordinamento e il perfezionamento dei processi di valutazione e sviluppo di una progettualità di vita più adeguata al reale funzionamento cognitivo e adattivo delle persone; • esperienze di co-progettazione con il Dipartimento di Salute Mentale, in una logica di appropriatezza degli inserimenti nelle strutture in area disabili; • miglioramento della valutazione multidimensionale e multiprofessionale del passaggio ai 18 a tutti i target di popolazione disabile attraverso progetti di vita, più adeguati al reale funzionamento cognitivo ed adattivo. Permangono aree che richiedono interventi multidisciplinari – interservizi, quali la: • Comunicazione e informazione alle persone con disabilità ed ai loro familiari sulle opportunità e risorse del territorio in tutti gli ambiti di vita; • lavoro di accompagnamento/orientamento /sostegno alle famiglie (tematica trasversale-sostegno al care giver scheda 5),in particolare nella fase del passaggio alla maggiore età e comunque in tutte le fasi critiche del ciclo vitale, attraverso lo sviluppo di Progetti Ponte che ,dalla scuola, si orientino verso la rete di presa in carico dei servizi socio sanitari (CSRR; CSRD,CSO,Gruppi Appartamento o inserimenti lavorativi) diversificati per tipologia di disabilità e bisogni rilevati; • implementare i progetti individualizzati a sostegno della domiciliarità e della vita indipendente, stimolando il mantenimento delle autonomie e la partecipazione in tutti gli ambiti di vita, attivando azioni che possono arricchire il “ Dopo di Noi”. Ad es. il Progetto Vita Indipendente con sperimentazioni di Housing e co-housing destinati a piccoli gruppi, servizi a sostegno della domiciliarità, tesi a favorire la massima autonomia possibile con interventi psico educativi ed assistenziali, eventuali fine settimana / vacanza/ in ambienti supportati, aperti e in connessione attiva con l'ambiente di vita,e finanziati con ADC, SAD, SED, supporti alle famiglie; • maggiore flessibilità dei percorsi e servizi offerti all'interno delle Strutture socio sanitarie per migliorare la qualità della vita delle persone e delle loro famiglie. <u>PROGETTO VITA INDIPENDENTE</u> Si tratta di un progetto a valenza distrettuale, sperimentale della durata di un anno (2018). Il progetto è rivolto ad utenti con disabilità congenita o acquisita di livello medio lieve con età compresa tra i 18 e 65 anni; Vi è comunque la possibilità di fare inserimenti anche di utenti con disabilità più grave. Gli obiettivi del progetto sono: - verificare e potenziare il livello di autonomia personale di ciascun partecipante; - rinforzare le competenze relazionali, gestionali, organizzative necessarie per vivere in autonomia; - favorire la socializzazione; - offrire attività ed interventi individualizzati; - favorire la conquista di un ruolo genitoriale diverso, non solo limitato dal dovere



	dell'accudimento a vita; - alleviare le preoccupazioni e le inquietudini delle famiglie rispetto al "Dopo di Noi". <u>PROGETTO DOPO DI NOI</u> Le scelte della programmazione del Distretto Ovest sono sostenute da quanto affermato dal DM del 23/11/2016 prima e dalla Legge RER N. 112 del 22/06/2016 che riportano una serie di finalità da raggiungere di rilevante importanza per la popolazione disabile residente nel territorio; nuove proposte progettuali rispetto all'abitare in autonomia che negli ultimi anni sono state discusse e affrontate nei diversi tavoli di concertazione fra servizi territoriali, privati e associazioni di volontariato; la programmazione prevista tende a valorizzare le risorse disponibili che anche il singolo cittadino può mettere a disposizione, vuole accompagnare la persona disabile verso una presa di coscienza che si allontana dal puro assistenzialismo coinvolgendo la persona, valorizzando le sue potenzialità, rendendola consapevole di una propria dignità sociale e lavorativa permettendole di riappropriarsi della propria privacy. La legge n. 112 riporta agli art. 5 e 6 un spunto di evidente innovazione sia per quanto riguarda il tipo di interventi, sia riguardo alla compartecipazione di vari soggetti; basti ricordare anche attraverso l'istituzione del trust, rapporto fiduciario fra le parti, che permette l'affiancamento e l'utilizzo di risorse economiche e materiali provenienti da enti e dal privato; molti sono i famigliari che negli ultimi anni hanno espresso la loro volontà di mettere a disposizione l'abitazione di proprietà per facilitare l'avvio di progetti personalizzati nell'ottica del co-housing a tutela della qualità di vita futura del figlio. <u>SERVIZI CONSULENZA E SOSTEGNO ECONOMICO PER L'ADATTAMENTO DOMESTICO (azioni interdistrettuali per disabilità)</u> Gli obiettivi principali di tali interventi sono: - potenziamento degli interventi mirati a migliorare l'accessibilità, la vivibilità e la sicurezza degli ambienti domestici; - migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti e dei loro familiari; - aumentare la competenza dei cittadini attraverso la diffusione di informazioni circa le opportunità e le agevolazioni rivolte alla popolazione non autosufficiente. <u>CONTRIBUTI A SOSTEGNO DELLA MOBILITA' CASA-LAVORO PER PERSONE DISABILI (DGR 2014/2017 E 1073/2017)</u> L'obiettivo è quello di promuovere e sostenere il pieno diritto al lavoro delle persone con disabilità sul territorio ed in particolare favorire la mobilità casa-lavoro-casa.
Destinatari	Servizi di consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico: persone ultra 65enni, disabili, nuclei familiari impegnati in attività di cura di persone non autosufficienti. Contributi artt. 9 – 10 L.R. n.29/1997: persone con disabilità con certificazione L.104/92. Servizi di consulenza e progettazione con le scuole ferraresi (città) e provincia: famiglie di minori con disabilità ed operatori delle Istituzioni scolastiche. Persone con disabilità dai 18 ai 65 anni Donne disabili (per lo screening) Disabili con disturbi metabolici
Azioni previste	<u>PROGETTO VITA INDIPENDENTE</u> L'obiettivo del progetto è quello di favorire e ampliare le soluzioni a carattere residenziale di questo territorio. Tale progettualità è adeguata ai nuovi paradigmi della disabilità in un'ottica di miglioramento delle autonomie personali, di rinforzo delle competenze relazionali e di socializzazione. Le attività vengono svolte in un ambiente domestico (immobile ristrutturato a Ponte Rodoni- Bondeno), gestito dalla Cooperativa Serena, che, in accordo con i Servizi Sociali e l'Azienda USL (Area Disabili), sviluppa interventi a sostegno della domiciliarità, tesi a favorire la massima autonomia possibile attraverso supporti psico-educativi ed assistenziali, eventuali fine settimana in ambienti supportati, aperti e in connessione attiva con l'ambiente di vita, e finanziati con AdC, SAD, SED.



Le attività proposte agli utenti sono iniziate il 14 Aprile; ad oggi non sono ancora iniziate le attività nei week end con il pernottamento ma attività proposte a gruppi diversi il sabato e/o la domenica.

Vengono programmate attività sia interne alla casa (gestione degli spazi, predisposizione dei pranzi e delle merende, ecc), che esterne sul territorio.

Ad oggi, su turnazioni che utilizzano il requisito sia dell'età che delle autonomie, partecipano N° 13 utenti; n° 9 afferenti al Servizio Sociale di Bondeno e 4 al Servizio Sociale della GAFSA.

PROGETTO DOPO DI NOI

Di seguito vengono riportate le azioni previste, quanto realizzato fino ad oggi e quanto previsto di realizzare entro il 31/12/2018.

AZIONE A "USCITA DAL NUCLEO E DEISTITUZIONALIZZAZIONE": Attivazione di n° 7 assegni di cura, si valuterà a breve la proroga al 31.12.2018.

AZIONE B "SUPPORTO DOMICILIARITA' IN SOLUZIONI ALLOGGIATIVE": si prevede di attivare un'esperienza di co-housing. L'utente del territorio di Bondeno è ad oggi in possesso dei requisiti richiesti (l.104/02) ed è priva di rete parentale. Il CAD ha terminato la verifica degli adattamenti domestici necessari; l'amministratore di sostegno dell'utente deve produrre il preventivo.

Per il tramite del SED si è attivato un intervento educativo finalizzato al preparare l'utente stessa ad accogliere in casa propria altri utenti e a condividere spazi e momenti quotidiani. Prossimamente si metteranno in calendario SED di gruppo per fare iniziative insieme (piccoli gruppi 2/3 utenti).

AZIONE C "CONSAPEVOLEZZA E ABITAZIONE": attivazione di n° 5 SED (utenti del Comune di Bondeno), che hanno portato all'assunzione di una nuova figura educativa, ora per i mesi di maggio e giugno ma verrà rinnovata ora con gli attuali fondi sino al 31.12.2018 ma poi si troverà continuità nella nuova attribuzione dei fondi sull'esercizio finanziario 2017;

Inoltre attivazione di n. 2 interventi SAD molto corposi (n. 1 Comune di Cento e n. 1 Comune di Bondeno).

AZIONE D "ACCOGLIENZA TEMPORANEA EXTRA FAMILIARE": ricoveri di sollievo non ancora attivati. Sono inoltre previste, sempre su quest'azione risorse per adattamenti domestici.

Infine saranno realizzati incontri pubblici per sensibilizzare la cittadinanza rispetto a queste progettualità e opportunità, 1 comune di Bondeno e 1 comune di Cento.

Percorsi facilitati di accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche, presso la Casa della Salute di Bondeno, rivolti alle persone disabili all'interno delle strutture residenziali e semi residenziali.

Obiettivi:

- assicurare percorsi clinico-assistenziali efficienti ed efficaci per l'erogazione di visite specialistiche ambulatoriali in pazienti con caratteristiche cliniche specifiche;
- garantire rispetto dei tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Tale percorso è stato individuato, in accordo con i Responsabili dell'area specialistica del DCP, riservando un numero di accessi mensili dedicati alla disabilità, nelle agende per le visite specialistiche e per gli accertamenti diagnostici.

In questo ambito di interventi si svilupperà il PROGETTO DI COLLABORAZIONE PER LO SCREENING DEDICATO ALLE DONNE CON DISABILITA'. Per facilitare l'accesso saranno previsti tempi equivalenti a 2 controlli standard e concentrati nella prima parte della mattinata, per agevolare le persone che possono avere difficoltà nel sostenere tempi di attesa non previsti.

PROGETTO DI COLLABORAZIONE CON L'IGIENE PUBBLICA PER LA GESTIONE DI CORRETTI STILI DI VITA IN AREA DISABILI

La ricerca scientifica ha prodotto numerosi dati sperimentali ed epidemiologici a favore del ruolo primario, sia preventivo che terapeutico, dello stile di vita attivo, prevalentemente basato su una regolare attività fisica ed una corretta alimentazione. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la mancanza di attività fisica e di una



dieta corretta, rappresentano alcuni dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di patologie croniche quali l'obesità, il diabete, le patologie cardiovascolari, in aumento in Italia e nel mondo occidentale, assumendo dimensioni preoccupanti per la salute pubblica.

Tra le persone con disabilità, lo "stile di vita", cioè tutte quelle condizioni della vita quotidiana derivanti da scelte individuali e collettive, costituisce un indicatore primario che è frequentemente caratterizzato da scarsa attività fisica e da alimentazione scorretta.

SERVIZI CONSULENZA E SOSTEGNO ECONOMICO PER L'ADATTAMENTO DOMESTICO

Servizi di consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico:

- attivazione del CAAD di Ferrara per la realizzazione degli interventi di consulenza tecnica;
- perfezionamento delle modalità di integrazione operativa tra i servizi proponenti e il Centro per gli Adattamenti Domestici di Ferrara;
- realizzazione di specifiche azioni informative rivolte ai residenti del Distretto Ovest.

Contributi artt. 9 – 10 L.R. n.29/1997:

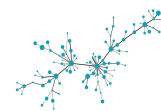
- attivazione di adeguate azioni informative per diffondere in tutti i territori comunali, i criteri e le modalità di accesso ai contributi. Le azioni sono attivate direttamente dalle singole amministrazioni comunali attraverso gli uffici dei servizi sociali, degli URP (ove presenti) degli sportelli informativi dell'AUSL, ecc.;
- presentazione da parte dei cittadini delle domande direttamente al Comune di Cento, Ufficio Protocollo, oppure presso ciascun comune di residenza. I Comuni di residenza trasmetteranno le domande entro 5 giorni dalla data di scadenza della presentazione delle stesse, al Comune capofila. La presentazione delle domande dovrà avvenire annualmente, a seguito dell'emanazione di un Avviso Pubblico indicativamente entro il mese di giugno dell'anno di riferimento.
- *ricevute le domande il Comune di Cento provvederà alla redazione di una graduatoria annuale;*
- il Comune di Cento procederà alla verifica dell'ammissibilità delle domande anche attraverso la consulenza tecnica del Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico dell'ambito territoriale di riferimento di cui alla DGR 2248/03 e procederà alla redazione di una graduatoria di ambito distrettuale formulata secondo il minor valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente;
- approvata la graduatoria provvederà a comunicare ai cittadini richiedenti la possibilità di prendere visione della stessa comunicando un termine perentorio per la formulazione di eventuali ricorsi (non inferiore a giorni venti);
- successivamente approvazione graduatoria definitiva e liquidazione dei contributi da erogare ai cittadini con tempestive e semplificate procedure, entro il 31 dicembre di ciascun anno;
- rendicontazione alla Regione dei contributi erogati ai cittadini nel corso dell'anno con gli strumenti previsti per il monitoraggio del Fondo Sociale Locale.

CONTRIBUTI A SOSTEGNO DELLA MOBILITA' CASA-LAVORO PER PERSONE DISABILI (DGR 2014/2017 E 1073/2017)

Attraverso l'uscita di un Avviso Pubblico, vengono concessi contributi alle persone con disabilità, residenti nel Distretto Ovest, con difficoltà negli spostamenti casa-lavoro.

INTERVENTI EMERSI DAL PERCORSO DI CREAZIONE DEL PIANODI ZONA

- Comunicazione e informazione alle persone con disabilità ed ai loro familiari sulle opportunità e risorse del territorio in tutti gli ambiti di vita attraverso la creazione di uno sportello dedicato che provveda anche alla mappatura delle risorse territoriali pubbliche e private da mettere in rete;
- lavoro di accompagnamento, orientamento e sostegno alle famiglie, in particolare nella fase del passaggio alla maggiore età e comunque in tutte le fasi critiche del ciclo vitale, attraverso la realizzazione di due proposte progettuali:
 - a) potenziare il coordinamento e la valutazione multidimensionale e multiprofessionale del passaggio ai 18 a tutti i target di popolazione disabile e non solo ai più gravi formulando progetti di vita derivati da una valutazione multidimensionale, più adeguati al reale funzionamento cognitivo ed adattivo;



	b) Progetti Ponte/orientamento nelle fasi di passaggio ai 18, attraverso progetti che dalla scuola si orientino verso la rete di presa in carico (STRUTTURE PER DISABILI csrd; csrr, cso) o inserimenti lavorativi) - diversificati per tipologia di disabilità e bisogni rilevati. - implementare iniziative di formazione e aggiornamento dell'area; - azioni di Inclusione sociale, partecipazione ed integrazione, quali: a) favorire una maggiore interazione e integrazione fra Soggetti Istituzionali ed Agenzie preposte all'inserimento lavorativo con verifiche e valutazioni periodiche da parte dei servizi pubblici interessati; b) favorire momenti di aggregazione e partecipazione attiva sul territorio in tutti gli ambiti; c) implementare le esperienze di vita indipendente, stimolando il mantenimento delle autonomie e la partecipazione in tutti gli ambiti di vita, attivando azioni derivanti dal Dopo di noi.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	• Programmazione FRNA e FNA per favorire domiciliarità e vita indipendente • valutazione multi professionale Comm.ne UVM/D • gruppo di supporto – ufficio di Piano disabilità adulta • Passaggio minori/adulti con UONPIA ASP Scuola • TID (Team Integrato Intradipartimentale) con DSM/SERT/UONPIA
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni-AUSL-GAFSA-Terzo Settore e soggetti accreditati
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Lauro Luongo Dipartimento Cure Primarie Area Disabili Adulti Dott.ssa Roberta Fini Responsabile Gestione Associato Servizi socio Assistenziali Dott.ssa Elena Bollini
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>

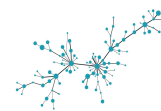
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€ 7.848,34 (L.R. 29)
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 6



Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€ 70.001,00 (vedi scheda FRNA/FNA)
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€ 4.182,00 (CAAD – vedi FRNA/FNA)
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€ 16.336,00 (Mobilità Casa-Lavoro)
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEMA 6

Indicatori da declinare a livello distrettuale

Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016	N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017	5/6	31/12/2017	Numerico	7	7	7
N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2017	N. persone destinatarie interventi domiciliari in abitazioni per il Dopo di Noi art. 5 lettera b) DM 23.11.2018	4	31/12/2017	Numerico	4	6	6
N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2018	N. persone destinatarie programmi di abilitazione e sviluppo competenze art. 5 lettera c) DM 23.11.2019	10	31/12/2017	Numerico	15	15	15
N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2019	N. persone destinatarie interventi strutturali art. 5 lettera d) DM 23.11.2020	0	31/12/2017	Numerico	2/3	2/3	2/3
N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2020	N. persone destinatarie interventi di ospitalità temporanea art. 5 lettera e) DM 23.11.2021	S	31/12/2017	S/N	S	S	S
N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti	definizione e realizzazione di azioni sull'amministrazione di sostegno secondo Linee guida DGR 962/2014	S	31/12/2017	S/N	S	S	S

Indicatori locali

Vita Indipendente	Numero di giornata/anno utilizzate per le attività	0	31/12/2017	Numerico	INDICATE NEL PROGETTO DI COOP SERENA: 102 GIORNI 60 NOTTI		
-------------------	--	---	------------	----------	---	--	--

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDE 6

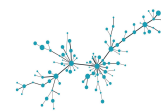


					ALLA DATA DEL 18.07.2018 NON SONO ANCORA STATI PROPOSTI E ORGANIZZATI I WEEKEND CON LE NOTTI, MA SOLO GIORNALIERO.		
Percorsi facilitati di accesso prestazioni specialistiche diagnostiche	alle e	Definizione di un protocollo d'intesa fra i due servizi dell'Azienda USL (Salute Donna e Disabilità Adulti)					
Percorsi facilitati di accesso prestazioni specialistiche diagnostiche	alle e	Numero di prestazioni specialistiche rivolte a persone con disabilità					
Percorsi facilitati di accesso prestazioni specialistiche diagnostiche	alle e	Numero di donne con disabilità che si sono rivolte a questo servizio					
Progetto di collaborazione con l'igiene pubblica per la gestione di corretti stili di vita in area disabili		Definizione di un protocollo d'intesa fra i due servizi dell'Azienda USL Igiene Pubblica e Disabilità Adulti)					
Progetto di collaborazione con l'igiene pubblica per la gestione di corretti stili di vita in area disabili		Numero di prestazioni specialistiche rivolte a persone con disabilità					
Contributi L.R. 29/97		Numero contributi L.R. 29/97 erogati	4	31/12/2017	Numerico	13	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

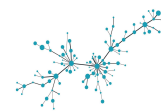
Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 7



Distretto	OVEST
Titolo intervento	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE
Riferimento scheda regionale	7
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☐ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☐ Comune ☐ Unione dei comuni ☒ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Az.Usl di Ferrara
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	La L. 38/10 ha definito principi e norme volte a garantire un'assistenza qualificata ed appropriata al paziente che necessita di Cure Palliative (CP), rivolgendo specifica attenzione anche al paziente in età pediatrica, e affidando al modello organizzativo a rete il compito di rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia. In particolare l'art. 2, comma 1 attesta che le CP devono essere garantite per <i>“qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita”</i>. In questo caso la legge si uniforma a quanto era già stato raccomandato nel 2010 dall'OMS: <i>“Le Cure Palliative dovrebbero essere erogate il più precocemente possibile nel corso di una malattia cronica quando i malati si avvicinano alla fase finale della vita, fino alla fase terminale”</i>. Il criterio guida nella costruzione dei servizi, recepito dalla Conferenza Stato Regioni già nel 2015, prevede la costituzione di un sistema diffuso di Reti locali di CP (RCP) che consenta di definire piani di intervento per poter garantire CP per: - qualunque patologia evolutiva; - durante tutto il suo decorso; - per ogni età; - in ogni luogo di cura. Ne consegue che la RCP deve concorrere ad assicurare le migliori sinergie tra i diversi setting (nodi della rete) in tutto il percorso assistenziale, coinvolgendo in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio, comprese le organizzazioni non-profit ed i servizi sociali territoriali. La tendenza attuale è quella della espansione nella applicazione delle Cure Palliative che, partendo dal modello oncologico (unico modello al quale ancora gli indicatori
-----------------------	---



	nazionali e regionali si rivolgono), si sta estendendo alle patologie croniche evolutive non oncologiche potenzialmente a prognosi infausta. E' altrettanto evidente che risultano ingiustificate limitazioni di tipo anagrafico (inclusione dell'età pediatrica e dell'età geriatrica anche estrema) o di setting (domicilio, strutture residenziali, ospedale): la RCP dovrebbe strutturarsi in modo tale da poter garantire una risposta adeguata a qualsiasi malato in ogni "luogo di cura". Accogliendo queste indicazioni la Regione Emilia Romagna ha da tempo indicato le CP come uno degli ambiti strategici di sviluppo della presa in carico integrata dei pazienti, sostenendo negli anni lo sviluppo e il potenziamento della RCP in tutte le sue articolazioni assistenziali. A seguito della L. 38/10 ha proposto un modello di riorganizzazione della rete locale di cure palliative (DGR 560/15) e ha definito i criteri di accreditamento della rete stessa (DGR 1770/16).
Descrizione	La Rete di cure palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio (rappresentato dalla casa o dalla struttura residenziale in cui è domiciliato/residente il malato), in Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell'azienda USL. Nel territorio ferrarese l'organizzazione della RCP ha assunto una declinazione locale che, per il distretto Ovest, garantisce la presa in carico del paziente e della sua famiglia nei "nodi" della rete previsti dalla DGR 560/15, che possono essere così sintetizzati: Nodi e Servizi offerti dalla rete Ambulatorio cure palliative ospedale di Cento (ANT) Consulenze palliativistiche ospedaliere (ANT) Cure palliative domiciliari di base (AUSL) Cure palliative domiciliari specialistiche (UCPD ADO e ANT) Consulenze palliativistiche domiciliari (ANT) Consulenza telefonica per medici di c.a. (ANT) Punti organizzativi a supporto della rete PUA Cento: case manager ADI Centrale di dimissione e continuità assistenziale (ospedale di Cento) La RCP del distretto Ovest ha prodotto nel biennio 2016/17 i seguenti dati di attività: Dati di attività distrettuali 2016/2017 Nodo Domicilio: CP di base: 2016:= 42 2017: = 19 CP specialistiche ANT e ADO (TAD 7) 2016: ANT = 125 ADO= 54 2017: ANT = 111 ADO= 70 Nodo Ambulatorio: 2016: 6 pz, 25 visite (ANT) 2017: 8 pz , 10 visite (ANT). Nodo Ospedale/Strutture: Consulenze ospedaliere 2016: 9 (ANT) 2017: 4 (ANT) Consulenze CRA: 2016: 0 2017: 0 CDCA Cento (dal 16/10/2017): 2 ADI con CP + 4 richieste hospice Nodo Hospice: pz indirizzati presso hospice di Bologna/ Bentivoglio e Ferrara:



	2016: 14 pz 2017: 9 pz
Destinatari	Tutti i cittadini che afferiscono agli ospedali e, strutture intermedie e servizi domiciliari che necessitano di cure palliative
Azioni previste	Azioni di sviluppo 2018 PROVINCIALE A livello provinciale è necessario perseguire obiettivi comuni tra i quali: – la sensibilizzazione del personale Medico-Infermieristico dei reparti ospedalieri e dei servizi di DH onco-ematologici e specialistici non oncologici al fine di segnalare precocemente il pz alla RLCP e favorire la simultaneous care (ambulatoriale, domiciliare, ospedaliera); – formazione continua rivolta al personale Medico- Infermieristico ospedaliero e territoriale (reparti medici, onco-ematologici, MCA, MMG, Infermieri del servizio ADI, ADO, ANT..servizi sociali); – audit periodici con MMG attivatori della rete ed erogatori di cure palliative nel setting domiciliare di base; – omogeneizzare i percorsi di attivazione della RCP a livello provinciale (attivazione online CP di base e specialistiche , integrazione tra PUA ed i nodi territoriali, lista di attesa Hospice unica); – progettazione della Rete di Cure Palliative Pediatriche rivolta al pz pediatrico con gravissima disabilità ed oncologico. L'elevata complessità clinico-assistenziale di tali pz impone una strutturazione dei percorsi di continuità ospedale-territorio (in particolare con Unità operativa di Neonatologia , Pediatria e con i Pediatri di Libera SceltaPLS), di percorsi territoriali, percorsi di formazione continua per gli operatori coinvolti nella traiettoria intra ed extraospedaliera. L'accesso alle cure palliative deve essere assicurato a una fascia di popolazione sempre più ampia soprattutto a pazienti con patologie croniche degenerative non oncologiche. Basti pensare ad esempio che la geriatria è uno dei “settori” più avanzati nell'approccio palliativo alle cure dei pazienti, che nell'ambito oncologico non si parla solo di cure di fine vita, ma anche di simultaneous care, e che le cure palliative si stanno sempre più diffondendo nelle patologie neurologiche croniche a lenta evoluzione (demenze) e nelle fasi avanzate di molte patologie croniche (renali, cardiorespiratorie, epatiche). Appare evidente come la gestione di questi pazienti non sia solo un problema di complessità sanitaria , ma di alta complessità assistenziale in quanto il sistema delle cure palliative si prende cura non solo del paziente ma anche dei famigliari nei diversi aspetti della sofferenza fisica psichica e sociale. Una particolare attenzione andrà assicurata al rafforzamento della capacità di supportare progetti di CP all'interno delle residenze per anziani, soprattutto nelle strutture accreditate, attraverso : - il consolidamento ed ampliamento della consulenza palliativistica nelle CRA; - l'organizzazione di eventi formativi dedicati per il personale sanitario ed assistenziale delle equipe CRA e familiari degli ospiti; - la definizione di Linee di Indirizzo operative per l'accompagnamento nel fine vita in CRA, con possibile estensione successiva ai CSRR. Tutto questo rappresenta uno degli elementi fondamentali che portano alla necessità di una progettazione locale “partecipata” dei servizi di cure palliative che si devono integrare con tutte le opportunità presenti nel territorio (programmazione sociosanitaria dei piani di zona). In tale contesto emerge l'importanza di integrazione con i servizi territoriali di emergenza (Pronto Soccorso) ed i medici di Continuità Assistenziale al fine di garantire una capillare continuità assistenziale territoriale, che impatti positivamente su una maggiore gestione domiciliare riducendo gli accessi al Pronto Soccorso con ricoveri ospedalieri impropri. La comunicazione e informazione sugli scopi delle cure palliative verso i cittadini non può prescindere da una progettazione condivisa. Azioni di sviluppo 2018 Distretto OVEST Per il distretto ovest l'analisi evidenzia la necessità di : - potenziare l'attività ambulatoriale di cure palliative per i pz che presentano i



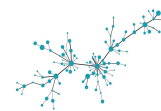
	requisiti per essere gestiti appropriatamente in sede ambulatoriale; - rafforzare la presenza specialistica (medico palliativista dell'Azienda USL). Il tavolo distrettuale di CP avrà il compito di favorire gli invii sia dal territorio che dall'ospedale. Al fine di garantire equità di accesso della popolazione alle Cure Palliative erogate in Hospice si ritiene opportuno istituire una lista di attesa provinciale unica, regolata da criteri di accesso omogenei per i pz provenienti da qualsiasi setting (domicilio, ospedale, CRA) nel rispetto dei bisogni dei pz e delle loro famiglie. Dovrà essere garantita particolare attenzione al pz proveniente dal domicilio, setting più delicato per la gestione delle situazioni più complesse ed instabili senza, comunque, prevaricare i bisogni dei pz provenienti da altri luoghi di cura (ospedale, CRA). Questo rafforza la necessità di coinvolgere nella programmazione tutte le associazioni di volontariato impegnate in questi settori. Si ritiene importante favorire la piena integrazione delle Centrali di Dimissione e Continuità Assistenziale nella rete delle CP, per assicurare la tempestività della presa in carico palliativa dei pazienti intercettati in ambiente ospedaliero, indirizzandoli al nodo di CP più appropriato (hospice, domicilio, ambulatorio). Il PUA distrettuale, istituito nel 2016, accoglie le richieste di accesso dal territorio ed assicura l'inserimento nella rete di CP al livello di cura più appropriato. Aree da migliorare: – le consulenze palliative domiciliari e sviluppo delle cure palliative domiciliari di base che ad oggi risultano essere attivate ancora in modo insufficiente; – l' integrazione con i servizi sociali, che potrebbe migliorare la capacità della rete di mantenere a domicilio anche anziani che hanno come care giver il coniuge, adulti che vivono da soli o in contesti non idonei e pazienti con nucleo familiare che necessita di supporto in alcuni periodi.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata, lo sviluppo delle cure intermedie nel DCP, miglioramento della qualità dell'assistenza nelle strutture socio-sanitarie accreditate.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl, Azienda Ospedaliera ,Comuni, Associazioni di volontariato e rappresentanti delle comunità
Referenti dell'intervento	Dr.ssa Loretta Gulmini (Palliativista Az.Usl di Ferrara)
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>

Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 7

Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 7

Indicatori locali



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
livello di assistenza rete cure palliative	N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT)			Numerico	>60%	>60%	>60%
formazione specifica operatori rete CP	Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete			S/N			
formazione specifica operatori invianti	Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete delle cure palliative			S/N			
informazione ai cittadini	Presenza di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore)			S/N			
referente CP pediatriche	Presenza all'interno dell'Azienda di un Referente per le CP Pediatriche			S/N			
definizione percorso assistenziale CP per bambino-adolescente	elaborazione di un documento sul percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle CPP			S/N			

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 8



Distretto	OVEST
Titolo intervento	PROMOZIONE DELLA SALUTE IN CARCERE, UMANIZZAZIONE DELLA PENA E REINSERIMENTO DELLE PERSONE IN ESECUZIONE PENALE
Riferimento scheda regionale	8
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Comune di Ferrara
In continuità con la programmazione precedente	☐ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☐ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione

La casa circondariale di Ferrara è situata in Via Arginone, zona periferica della città. L'Istituto Penitenziario ha una popolazione detenuta di 357 persone, di cui il 40% di origine straniera. Dotato di aree esterne (in particolare l'area verde per i colloqui all'aperto), e locali interni (cucina, palestra, teatro). L'area dedicata ai colloqui con spazi dedicati all'incontro dei detenuti con i figli, dotati di giochi e allestimenti dedicati all'infanzia, dove vengono organizzate iniziative da parte dei volontari specificamente dedicate ai bambini in visita. Tra le varie sezione, vi è una sezione di alta sicurezza (AS2).

Le politiche finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita delle persone in esecuzione penale sottoposte a misure detentive, sono sempre più orientate a programmi trattamentali di reinserimento sociale di prevenzione e promozione della salute.

Il Distretto Centro Nord ritiene necessario prevedere con i servizi sociali territoriali interventi che favoriscono percorsi alternativi o di dimissione anche in favore di quelle persone detenute prive di risorse familiari economiche o con limiti personali, tutelare/promuovere la salute delle persone detenute, e la presa in carico per intervento assistenziale pluridisciplinare.

L'AUSL ha definito il modello di intervento sanitario in carcere secondo le caratteristiche di una Casa della Salute. La Casa della Salute "Arginone" presenta le seguenti dotazioni strutturali:

Logistica Casa della Salute "Arginone"			
Infermeria Centrale			
Ambulatori	N 2	Studi Medici	N 2
Stanza Medicheria	N 1	Studio Coordinatore + Infermieri	N 1
Studio Referenti	N 1	Stanza attesa x pazienti	N 3



Stanza Osservazione breve 2 letti	N 1	Stanza Medico di Guardia	N 1
Deposito Farmacia / Pres. Sanitari	N 2	Archivio cartelle cliniche	N 1
Spogliatoio personale	N 1	Cucinetta operatori	N 1
Locali deposito materiali	N 3	Servizi	N 4
Infermeria Sezione Collaboratori di Giustizia			
Ambulatorio	N 1	Servizi	N 1
Locale deposito	N 1		
Infermeria Sezione Alta Sicurezza			
Ambulatorio	N 1		

A disposizione per le attività sono presenti:

Strumentazione in uso Casa della Salute “Arginone” Anno 2017			
Riunito Odontoiatrico	N 1	Tablet per erogazione terapia	N 4
Defibrillatore	N 2	Frigorifero farmaci/vaccini	N 1
Elettrocardiografo	N 2	Armadio Cassaforte Stupefacenti	N 1
Spirometro	N 1	Carrelli Medicazioni	N 2
Carrelli terapia	N 3	Apparecchio x tele-cardiologia	N 1
Videoproiettore	N 1	Climatizzatori	N 6
Bilancia elettronica	N 2	App. Areosol Terapia	N 1
Zaino emergenza	N 1	Sfigmomanometri elettronici	N 4
Postazioni informatiche	N 9	Foto-riproduttori	N 1
Cartella Informatizzata con programma RER		Otoscopio	N 1
Programma Informatizzato CUP		Programmi informatizzati Aziendali Farmacia - Magazzino	

Il personale AUSL operante presso la Casa della Salute “Arginone” è:

Staff sanitario Casa della Salute “Arginone” Anno 2017			
Direttore DCP			
Referente Assistenza Carceraria			Part Time DIT
Referente Clinica			
Coordinatore Area Comparto			Part Time SerT
Medici Medicina dei Servizi	5	Copertura H 24	
Infermieri	9	Copertura H 15 : 08,00/23,00	
Psicologia	240	6 giorni/sett	N 2

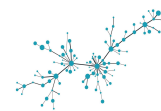
Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 8



		ore/mese		professionisti		
	Cardiologia	8 ore/mese	2 giorni/mese			
	Infettivologia	8 ore/mese	1 giorno/sett			
	Odontoiatria	60 ore/mese	3 mattine/sett	N 3 professionisti		
	Psichiatria	60 ore/mese	2 giorni/sett			
	Dipendenze Patologiche	90 ore/mese	5 giorni/sett			
	ORL	8 ore/mese	1 giorno/sett			
	Pneumologia	8 ore/mese	1 giorno/sett			
	Assistente Sociale	40 ore/mese	2 giorni/sett	Part Time SerT		
	Educatore Professionale	40 ore/mese	2 giorni/sett	Part Time SerT		
	Casa della Salute “Arginone” attività sanitaria Anno 2017					
	Specialistica Interna	N pz	N. visite	Specialistica esterna	N pz	N. visite
	Odontoiatria	264	640	Chirurgia	26	28
	ORL	30	112	Dermatologia	7	8
	Pneumologia	36	59	Medicina Nucleare	2	3
	Psichiatria	244	694	Radiologia	74	127
	Immunologia	68	173	Gastroenterologia	19	54
	SerT-Tossicologia	172	755	Cardiologia	18	37
	Psicologia	506	1729	Nefrologia	2	2
	Cardiologia	248	299	Neurochirurgia	5	9
	Prime visite	407		Neurologia	7	8
	Medicazioni	2		Oculistica	26	34
	Screening Infettivologico	611		Ortopedia	18	19
	Rilevazione parametri vitali (media mensile)		110	Radioterapia	1	3
	Commissioni Medico Legali	20	20	Urologia	33	57
	Visite Medico di Riferimento (media mensile)		1.729	Medicina Fisica	4	4
	Laboratorio Analisi	436	5698	Endocrinologia	13	22
	Attività diverse			ORL	6	9
	Elaborazione relazioni sanitarie su richiesta della Amministrazione Penitenziaria	N 450 relazioni/anno		Oncologia	1	1
	Nulla Osta sanitari per attività intra moenia/extra moenia	N 600 /anno		Ematologia	2	2
	Incontri Piano Prevenzione Rischio Suicidario	N 15/anno		Ricoveri Ospedalieri	6	8
	Incontri discussione casi complessi Area Trattamento – Equipe Dipendenze Patologiche in carcere	N 10/anno		Pronto Soccorso	48	72
Descrizione	1. ATTIVITA’ coordinate da ASP su mandato del Comune di Ferrara - Gestione Fondo Regionale Locale - Finalizzato Carcere					
	Il Servizio Sociale Adulti realizza il progetto Sesamo, attraverso azioni di risocializzazione a favore delle persone detenute presso la Casa Circondariale di Ferrara o residenti nel Comune, con pene alternative alla detenzione ma sottoposte a misure restrittive della libertà personale.					
	Si propongono interventi di sostegno, integrazione e reinserimento sociale per favorire la ri-acquisizione delle autonomie personali e sociali sia in ambito lavorativo sia d'integrazione nel tessuto sociale. Si promuove la crescita culturale sia della popolazione detenuta sia dei cittadini					



ferraresi attraverso forme di conoscenza e sensibilizzazione.

SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO DELLE ATTIVITA' DEGLI SPORTELLI INFORMATIVI PER DETENUTI NELL'AMBITO SOCIO-SANITARIO

A. Sportello sociale e mediazione culturale (Costi euro 40.300,00 iva esclusa da Fondo Sociale Locale Finalizzato)

Le attività afferenti al carcere vengono effettuate mediante la presenza di un mediatore culturale e di un operatore sociale. In particolare il progetto prevede l'attivazione di uno sportello d'ascolto all'interno dell'istituto di pena di Ferrara e di ASP. Obiettivo fondamentale dei servizi di Sportello informativo sociale è l'inclusione sociale delle persone incorse in reato, in particolar modo attraverso l'accompagnamento al lavoro ed il sostegno in percorsi di autopromozione individuale nell'ambito di progetti di accompagnamento individualizzati, da sviluppare dapprima all'interno degli istituti di pena, per poi collegarsi con la rete dei servizi sociali e sanitari del territorio. Lo sportello dovrà fornire informazioni ed attivare servizi, garantire l'accompagnamento verso percorsi individualizzati in rete con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, le aree di servizio sociale di Ferrara, le ASL, la scuola, gli enti di formazione ed il terzo settore. L'organizzazione del servizio e l'apertura dello sportello interno ed esterno della Casa Circondariale di Ferrara saranno definite in base alla programmazione che sarà definita congiuntamente tra ASP e Casa Circondariale. Indicativamente l'apertura dello sportello interno per il mediatore è di 3 (tre) giorni la settimana e per l'operatore di un giorno. Il mediatore culturale sarà presente in Asp ogni 15 (quindici giorni) e l'operatore sociale dovrà invece garantire la presenza in Ufficio Asp due giornate a settimana. Lo sportello sociale vedrà coinvolte entrambe le figure, mediatore e operatore sociale che saranno principalmente dedicate ai dimittendi.

In considerazione del Progetto sui Dimittendi, è stato previsto l'aumento delle ore dell'operatore sociale da 15 a 18 ore settimanali, rimangono confermate le ore del mediatore culturali sempre di 18 ore settimanali.

Attività dell'operatore sociale:

Colloqui interni all'istituto con i dimittendi di nazionalità italiana:

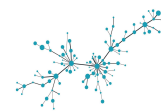
- l'operatore dovrà attraverso l'ascolto della persona che gli sarà stata segnalata dal tavolo dimittendi, informare la persona sull'esistenza del progetto dimittendi e sulle risorse a disposizione dello sportello;
- approfondire la conoscenza della persona e recuperare ulteriori informazioni anche della sua situazione personale e familiare;
- raccogliere i bisogni e le richieste;
- lavorare sulle prospettive di uscita possibili. o Dovrà lavorare in stretta sintonia con l'equipe tavolo dimittendi per il progetto da mettere in atto: lavorativo, abitativo ecc. una volta dimesso dal carcere.

Attività da svolgere in Asp:

- realizzare colloqui con detenuti in misura alternativa alla detenzione residenti sul territorio sia di nazionalità italiana che straniera, detenuti in permesso premio;
- sviluppare Lavoro di Rete: attivazione della rete di servizi sia Pubblici che del Privato Sociale, per la realizzazione del progetto personalizzato dell'utente;
- mettere in campo le azioni necessarie per attivare sul territorio la rete a supporto del progetto concordato dall'équipe dimittendi;
- orientamento e accompagnamento al lavoro: attivazione di percorsi personalizzati di reinserimento lavorativo o di formazione professionale;
- seguire le attività dei detenuti ammessi al beneficio di lavori di pubblica utilità (art.21 della O.P.).

Nello Specifico:

n. 15 ore settimanali di sportello informativo a cura di un operatore sociale in convenzione ASP, con supervisione A.S. Coord.re, di cui:



n. 6 ore con presenza settimanale in carcere per colloqui

n. 7 “ :

-per progetti di collegamento tra carcere e servizi esterni (UEPE, ecc..)

-collaborazione con altri servizi (Patronati, Scuola, Centri di Formazione Prof.le)

supporto alle attività di volontariato (ex Art.21)

-supporto nei rapporti del Tribunale con i tutelati

attività inerenti i progetti regionali per l'inserimento di detenuti in misura alternativa o per ex detenuti

-raccordo con i servizi sociali territoriali a supporto della loro presa in carico

Attività del mediatore culturale:

-colloqui con dimittendi stranieri;

-colloqui su richiesta di detenuti stranieri in Carcere ovvero negli Uffici Asp (sottoposti a misure di detenzione alternative);

-colloqui insieme agli operatori dell'istituto (educatori A.s., Uepe);

-colloqui insieme agli operatori del Sert in Istituto;

-colloqui con i nuovi giunti stranieri: affiancamento all'attività dell'educatore della casa circondariale o del sanitario per supportarli nella loro presa in carico dei nuovi giunti al fine di sostenere il detenuto nel primo e più complesso periodo di detenzione;

-contatti con il Servizio sociale nazionale;

-contatti con i Consolati. o Festa organizzata per fine ramadan e acquisto di particolari generi alimentari;

-contatti con l'area sanitaria in istituto per necessità particolari. o Presentazione delle domande di disoccupazione;

-contatti con gli Uffici della Questura di Ferrara (Ufficio Immigrazione) per il Permesso di Soggiorno dei richiedenti Asilo Politico, Permesso di soggiorno per motivi umanitari;

-contatti con il Centro Servizi per l'immigrazione;

-collaborazione con il Garante dei detenuti di Ferrara;

-il servizio di mediazione potrà pertanto contribuire al superamento delle barriere linguistiche nel sistema penitenziario, principalmente facilitando ai detenuti stranieri la comprensione delle leggi e delle regole di contesto, nonché, qualora se ne ravvisino la possibilità e l'utilità, coadiuvando gli operatori penitenziari e sveltendo le procedure burocratiche, secondo quanto l'ASP riterrà proficuo e fattibile attuare;

-dovrà lavorare in stretta sintonia con l'equipe tavolo dimittendi per il progetto da mettere in atto: lavorativo, abitativo ecc. una volta uscito dal carcere.

Nello Specifico:

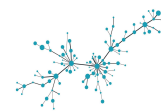
n. 18 ore settimanali di sportello informativo a cura di un Mediatore in convenzione ASP, con supervisione dell'A.S. Coord.re, per le seguenti attività:

- attività di mediazione culturale per le attività di ascolto di tutti i nuovi giunti;

- mediazione sanitaria al bisogno;

-affiancamento agli Educatori del Carcere per tutte le comunicazioni inerenti le attività socializzanti nell'ambito dell'Istituto Circondariale;

-predisposizione/consegna della documentazione agli Uffici preposti per le domande di permesso di soggiorno;



-sostegno ad “eventi” in carcere.

Teatro in Carcere

L'ASP coordina, in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria e l'Assessorato alla Sanità, Servizi alla Persona, Politiche Familiari del Comune di Ferrara, il laboratorio Teatro in Carcere realizzato dal Teatro Nucleo. Da dieci anni il teatro è pratica quotidiana, nel carcere di Ferrara.

Un gruppo di detenuti ha inserito il teatro come parte della propria vita. Dare la possibilità alla popolazione detenuta di sentirsi osservati come persone e come artisti e non come detenuti, sperimentando il poter essere se stessi permette loro, di uscire dallo stereotipo del carcerato.

Si offre la possibilità al detenuto di relazionarsi in modo consapevole con gli altri e costruire nuove relazioni ed esprimere emozioni e sentimenti rimossi e repressi. Il teatro è composto da una squadra, questo permette di creare alleanze funzionali, instaurare nuove relazioni e rapporti positivi e favorisce l'assunzione di comportamenti solidali tra le persone. Realizzato con professionalità, il teatro è portatore di tutte quelle istanze che fanno della nostra cultura uno dei più alti momenti della civiltà. I detenuti che accettano di farlo mettono in discussione la propria storia, la propria personalità, la propria identità. Indossando la maschera, può emergere la propria verità e sostenere il necessario cambiamento. Il detenuto nella pratica teatrale ha la possibilità di formarsi, mettersi in gioco, esprimersi a livello artistico, far conoscere ai cittadini-spettatori il Teatro carcere e la storia dei detenuti, realizzando un collegamento positivo tra “dentro e fuori”, tra carcere e città.

E' attivo un Protocollo con la cooperativa Teatro Nucleo per attività relative a laboratori teatrali con detenuti e la realizzazione di 2 spettacoli all'anno all'interno del carcere; poi presentazione dello stesso spettacolo all'interno di un teatro della città, e fuori città.

Dal 2011 è referente del Coordinamento regionale dei gruppi di teatro-carcere delle Case Circondariali in Regione.

Obiettivi 2018:

-valorizzare il detenuto come persona, superando lo stereotipo di carcerato. Il detenuto può esprimersi senza la paura di essere giudicato, solo perché recluso, e può sentirsi libero di dare sfogo a fantasia e creatività;

-responsabilizzare il detenuto che deve impegnarsi per interpretare personaggi e per mettere in scena uno spettacolo;

-recuperare e consolidare lo spirito di collaborazione e accettazione reciproca attraverso il lavoro di gruppo;

-dare la possibilità al detenuto di relazionarsi in modo consapevole con gli altri e costruire nuove relazioni ed esprimere emozioni e sentimenti rimossi e repressi;

-sviluppare percorsi di integrazione e solidarietà;

-far conoscere ai cittadini il Teatro carcere e rendere visibile la realtà del carcere;

-costruire un Polo teatrale all'interno della Casa Circondariale.

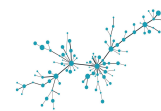
Beneficiari/Destinatari): Persone detenute presso la Casa Circondariale di Ferrara, Pubblico esterno

Risultati quantitativi): Le attività teatrali si svolgono 2 volte alla settimana per un totale di 4 ore (Lunedì 2 ore, Giovedì 2 ore), oltre ad un tempo ulteriore in prossimità degli eventi teatrali aperti al pubblico.

Risultati qualitativi): Partecipazione attiva dei detenuti, interesse e capacità di interpretare i personaggi; Socializzazione della popolazione detenuta attraverso l'interazione e la solidarietà intendendo lo spettacolo come un lavoro di squadra in cui è fondamentale la cooperazione; Riflessione sulle esperienze personali e sulle capacità interpretative; Collaborazione con l'Area Educativa; Partecipazione della cittadinanza agli spettacoli. Incontro tra “dentro e fuori”, tra detenuti e cittadini, Costruzione di relazioni interpersonali tra i detenuti.

Breve descrizione di quanto è stato realizzato:

-laboratorio teatrale svolto all'interno della Casa Circondariale gestito dal Teatro Nucleo:



realizzazione e continuo perfezionamento dello spettacolo tratto dalla Gerusalemme Liberata di Torquato Tasso: "Me che libero nacqui al carcer danno";

-iniziative nell'ambito del Festival di Internazionale: la presentazione di due repliche dello spettacolo aperte al pubblico esterno e giornalisti;

-"Ariosto entra in carcere": un'opportunità di incontro e di conoscenza per una delegazione di studenti, di due classi del Liceo Classico Ariosto, per avvicinare gli studenti alla realtà del carcere e far scoprire l'attività di Teatro-carcere;

-attività di coordinamento regionale teatro-carcere;

-"Dal Carcere al Teatro Comunale": realizzazione di spettacolo presso il Teatro Comunale di Ferrara.

Giornale in Carcere (Costi € 5.750,00 iva esclusa da Fondo Sociale Locale Finalizzato)

Realizzazione del giornale del carcere (periodico della Casa Circondariale di Ferrara) progetto che coinvolge una redazione interna di persone detenute insieme a persone ed enti esterne al carcere. Strumento che dia voce ai reclusi e a chi opera nel e per il carcere.

L'attività deve garantire la conduzione di incontri settimanali della durata di ore due con i detenuti che fanno parte della redazione giornalistica.

Gli incontri dovranno essere utili alla produzione e realizzazione degli articoli che andranno a comporre il giornale. o distribuzione in carcere del giornale e dell'invio cartaceo o online del giornale alla rete dei contatti istituzionali approvati dalla direzione del Carcere, Asp e Comune di Ferrara.

Da parte del capo redattore, anche in collaborazione con l'operatore: la realizzazione in Back office del giornale per correzione bozze, impaginazione, selezione articoli, confronto e parere della Direzione del carcere sui contenuti da pubblicare.

Il capo redattore e/o l'operatore dovranno sovrintendere alla realizzazione della stampa del giornale che dovrà essere a colori, comprendere foto e immagini e almeno 26-30 fogli ciascuno. Le copie previste sono 250 per ogni numero di giornale.

Attività si sostegno al reddito: (costi € 14.000 da Fondo Sociale Regionale Finalizzato)

Tale attività è rivolta ai neocarcerati, detenuti in misura alternativa o in misura di sicurezza per il Comune di Ferrara e provincia e con segnalazione del Uepe e dei servizi sociali territoriali. Vengono erogati contributi economici a sostegno di progetti per gli stessi.

Sostegni ad eventi in carcere (feste ricorrenze) Ramadan e Festa del montone:attività seguite dalla mediatrice culturale in carcere. Costi € 1000 Fondo Sociale Regionale Finalizzato.

Inserimenti lavori di utilità sociale e volontariato art. 21

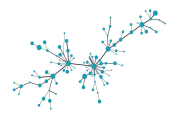
E' un progetto nato a luglio del 2017 e riguarda la possibilità per max 3 persone detenute a volta, sono già state n. 7 le persone che si sono alternate sin ora nel progetto.

E' finalizzato al reinserimento di persone detenute che individuate dal Carcere di Ferrara e su autorizzazione del Magistrato di Sorveglianza, attraverso il piano di Trattamento individuale, svolgono attività di volontariato nell'ambito dell'Azienda Servizi alla persona di Ferrara.

I detenuti vengono dotati di materiale, attrezzature , abbigliamento antinfortunistico necessario e vengono assicurati. L'attività viene svolta 3 volte a settimana dalle 8:00 alle 13:20 nelle giornate del lunedì, martedì e mercoledì.

Ai beneficiari viene erogata a ciascuno una somma giornaliera di €10.00 per il rimborso delle spese alimentari. Costi € 6.000 Fondo Sociale Regionale Finalizzato.

Corsi di alfabetizzazione informatica: Sono stati realizzati nel 2016/2017 e 2017/2018 corsi di alfabetizzazione informatica rivolti a detenuti. Nel 2018 sono ancora in corso e riguardano 2 corsi rivolti di 20 ore l'uno, per max 10 detenuti ciascuno. Obiettivo del corso è quello di conoscere le principali funzioni di un programma per l'elaborazione dei testi. Metodologia richiesta è quella di lezioni frontali ed esercitazioni pratiche. Costi € 3800 iva esclusa Fondo Sociale Regionale Finalizzato.



2. ATTIVITA' SOSTENUTE DALL'ASSESSORATO SERVIZI ALLA PERSONA:

Genitorialità e Carcere (Coordinato dal Centro per le Famiglie Comune di Ferrara)

Attuato in collaborazione tra il Centro per le famiglie dell'Istituzione Scolastica, Casa Circondariale di Ferrara ed Ufficio Garante delle Persone private della libertà personale.

Le prime situazioni di sperimentazione dell'attività dei Sabati in Famiglia nel 2013 presso la Casa Circondariale di Ferrara, con la gestione di feste durante i momenti di colloquio tra i padri detenuti, i loro figli minori ed i familiari hanno portato alla decisione di sistematizzare questi interventi con cadenza mensile a partire dal 2014. Ogni appuntamento vede mediamente la partecipazione di una decina di detenuti e di circa una ventina di minori accompagnati in genere dalle madri.

Sono stati organizzati interventi di sostegno durante i colloqui dei padri detenuti con i figli, tra cui:

-Incontri di sostegno individualizzato e di gruppo a padri detenuti separati e/o con problematiche di relazione con i figli;

-cicli di incontri per gruppi di detenuti in tema di genitorialità;

-la realizzazione dell'iniziativa "I sabati delle famiglie" una volta al mese, promossi dalla Direzione della Casa Circondariale di Ferrara, feste e momenti di incontro ludico tra genitori e figli con interventi di animazione e facilitazione da parte delle educatrici del Centro Isola del Tesoro e volontari di Agisci. Il progetto ha portato al miglioramento delle condizioni di visita dei figli minori e familiari ai padri detenuti, alla facilitazione delle relazioni padri-figli e alle competenze genitoriali, con un impatto positivo sul benessere emotivo di tutte le persone coinvolte.

Il progetto ha consentito un progressivo miglioramento delle relazioni sia con la Direzione dell'Istituto Penitenziario, sia con il personale di custodia ed educativo della Casa Circondariale con conseguente aumento dello spirito collaborativo. Nel 2017 hanno beneficiato del ciclo di incontri "comunque papà" in totale padri detenuti mentre le famiglie che hanno preso parte a "I sabati delle famiglie" sono state ogni mese un numero compreso tra le con una presenza media mensile di bambini.

Uisp in Carcere

Gli operatori Uisp promuovono presso la Casa Circondariale di Ferrara la pratica motoria e sportiva quale opportunità di benessere psicofisico e di socializzazione per la popolazione privata della libertà personale. Il progetto si propone di offrire un'occasione per vivere in modo diverso gli spazi detentivi, autogestione delle attività sportive attraverso momenti di formazione teorico-pratica volti alla costituzione di quadri tecnici quali arbitri, giudici, allenatori capaci di gestire tornei sportivi e collaborare alla realizzazione di iniziative con soggetti esterni. Le attività previste sono:

Corso di pallavolo, mini torneo con la presenza di gruppi informali di giovani disponibili ad entrare nell'Istituto Penitenziario; Corsa podistica Vicinà all'interno dell'Istituto Penitenziario, Tornei di calcio: calcio a 11, Calcio a 5.

Cittadini Sempre

Obiettivo del progetto è riorientare alla luce delle attuali esigenze, l'attività di sensibilizzazione e di accoglienza di nuovi volontari all'interno della Casa Circondariale di Ferrara. Se da un lato, infatti, si riconosce il prezioso contributo che nuove forze volontarie potrebbero portare a favore delle attività che vengono realizzate dentro e fuori del carcere, dall'altro si è consapevoli che questo percorso di inserimento e accoglienza deve essere strutturato e condiviso innanzitutto tra i soggetti che già vi operano quotidianamente come operatori o come collaboratori esterni, per evitare che l'accoglienza possa essere vissuto come un ulteriore aggravio, anziché realmente positiva, sia per chi la offre che per il contesto in cui si inserisce.

Dopo il primo ciclo di formazione e accoglienza per n.35 volontari, di questi ne sono stati selezionati 15, pronti ad entrare per affiancare alcune attività interne alla Casa Circondariale che hanno dato la disponibilità ad accogliere i volontari (Coop. Germoglio, Viale K, Centro per le Famiglie/Agisci, Corso di Pittura, Teatro Nucleo, Biblioteca, Coop. Integrazione Lavoro), in modo che vi sia un'acquisizione delle competenze e un accompagnamento mirato e specifico nelle diverse attività e che ciò non gravi eccessivamente sull'amministrazione penitenziaria. Questo anche nell'ottica di perseguire una maggiore continuità delle attività in essere o che si struttureranno e una maggiore collaborazione tra i diversi attori e soggetti del terzo settore che



collaborano dentro e fuori la casa circondariale.

Convenzione tra Amministrazione Penitenziaria e Biblioteca Ariostea e Associazione Amici della Biblioteca 2015-2018: Si organizzano attività finalizzate alla diffusione della lettura e del libro nella popolazione carceraria, incentrate sull'azione benefica e sul recupero sociale e morale che la lettura può esercitare all'interno dell'istituto di pena. L'amministrazione comunale, sostiene, nel periodo di validità della convenzione la partecipazione del Servizio Biblioteche e Archivi all'attività (non si prevedono ulteriori costi di gestione rispetto alle normali funzioni del settore).

E' disponibile inoltre il catalogo on-line da cui accedere più facilmente al prestito.

Criticità: Manca una figura di volontario stabile, il servizio è ad intermittenza. Si evidenzia la necessità di avviare una nuova formazione per preparare i volontari e detenuti al servizio biblioteca. Sarà inserito all'interno del progetto Cittadini Sempre.

GALEORTO, con la collaborazione dell' Ass.ne Viale K, è ben avviato il progetto per l'utilizzo dei terreni fuori muro di cinta in comodato d'uso gratuito per la coltivazione della zucca violina : gli ortaggi sono Distribuiti tra i detenuti.

Progetto Artigianato/Bricolage : Attività avviata da volontari artigiani, che si recano 1 volta ogni 2/3 settimane, si vorrebbero organizzare dei mercatini per la vendita dei prodotti creati nel laboratorio. L'attività è molto apprezzata dai detenuti, è stata acquistata una macchina da cucire però progressivamente l'ingresso degli artigiani è diminuito, si attendono interventi per garantire delle commesse al lavoro prodotto dai detenuti.

Corso di Pittura : Entra un volontario (Sig. Imbrò) che fornisce i materiali, si organizzano mostre dei quadri dei detenuti, anche per questo progetto occorre un sostegno per i materiali.

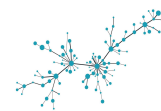
Riparazione delle camere d'aria Cooperativa Sociale Il Germoglio : Deve partire : attività che potrebbe essere in ottica produttiva, ovvero un officina in prospettiva futura il riparo biciclette.

Corso di Fotografia: Finalità è allestire una mostra fotografica direttamente all'interno del carcere durante il Festival di Internazionale 2018 nelle giornate del 6 e 7 ottobre 2018. La mostra durante il festival verrà esposta all'interno della piazzetta centrale della Casa Circondariale per contestualizzare il più possibile la mostra ai visitatori esterni e per dare la possibilità di far visionare le foto anche agli altri detenuti della struttura di Ferrara per alcuni giorni dopo la mostra. I detenuti che hanno partecipato al progetto fotografico parteciperanno durante le due giornate di Internazionale per raccontare le loro esperienza formativa e le foto esposte.

3.ATTIVITA' SERVIZIO SANITARIO

La Regione Emilia Romagna per il 2017-18 ha inserito tra gli obiettivi di risultato delle Direzioni Generali le seguenti attività, riferite al Programma Sanità Penitenziaria:

- Implementazione percorso informatico con utilizzo della Cartella informatizzata, recepimento diretto referti specialistica ambulatoriale, laboratorio analisi, radiologia;
- Erogazione terapia farmacologica in sezione di detenzione con utilizzo del Tablet;
- Implementazione dello screening infettivologico, considerata la particolarità del target della popolazione carceraria, nell'ottica dei programmi di salute pubblica;
- Applicazione dei nuovi modelli di trattamento farmacologico per Epatite C , secondo i recenti protocolli infettivo logici;
- Implementazione della definizione diagnostica in particolare per le patologie croniche in rapporto alla prescrizione farmacologica;
- Aggiornamento del sistema di definizione del PAI (Piano Assistenziale Individuale) per migliorare la presa in carico multidisciplinare;
- Aggiornamento del Protocollo tra AUSL e Direzione Casa Circondariale in applicazione dei nuovi accordi tra Regione Emilia Romagna e Amministrazione Penitenziaria;
- Aggiornamento del Piano Locale di Prevenzione del Rischio Suicidario condiviso tra AUSL e Casa Circondariale;
- Miglioramento del percorso di dimissione/scarcerazione con rilascio della lettera di dimissione



riportante il percorso sanitario seguito durante la carcerazione.

Le attività programmate dal personale sanitario afferente AUSL Ferrara, in collaborazione/integrazione con gli altri stakeholder nella Casa della Salute “Arginone” per il corrente anno sono:

Aspetti di prevenzione e promozione della salute nella presa in carico dei detenuti:

Il piano di promozione della salute in carcere, citato nel Protocollo condiviso ed integrato da successive comunicazioni tra le due Amministrazioni prevede:

a) attivazione di due gruppi psicoeducativi di diversa tipologia condotti dal personale sanitario :

1.a su tematiche sanitarie con cicli di tre incontri di tipo informativo da attuare nel secondo semestre del 2018;

1.b gruppo psico-educativo per i detenuti con diagnosi di dipendenza con l'utilizzo del quotidiano per il rinforzo delle competenze sociali a cadenza mensile (due gruppi composti da circa 18/20 detenuti) condotto dal medico e psicologa dipendenze.

b) costituzione della microequipe che si occupa delle tematiche di etno-psichiatria, composto dalla dott.ssa Maria Cristina Calendi - psicologa - , dal dott Gabriele Tarterini – medico della medicina dei servizi – infermiere (da individuare), referente clinico dott.ssa Giada Sibahi e la collaborazione del mediatore culturale fornito nella convenzione con ASP Ferrara.

c) Gruppo psico-educativo “Canne al vento”2° edizione

Gruppo di discussione sui temi del vivere in detenzione: quotidianità, affetti, prospettive, esperienze passate. A cadenza settimanale, coordinato da 2 facilitatori psicologa e responsabile assistenza carceraria, il sabato pomeriggio dalle 13.30 alle 15.30 rivolto a 10/12 partecipanti. Il gruppo si configura come “gruppo aperto” in quanto sono possibili inserimenti di partecipanti a gruppo avviato, dopo valutazione psicologica in merito all'opportunità della partecipazione e al momento del nuovo inserimento. E' data la precedenza a coloro che non sono impiegati in altre attività. Obiettivo: costruire un luogo di espressione – comunicazione - condivisione – elaborazione dei propri pensieri-emozioni.

d) Formazione peer supporters

Obiettivo: formare alcuni detenuti per ogni sezione, da utilizzare al bisogno in attività di peer supporter.

Cronologia attività

1. Reclutare gli aspiranti, almeno 3 per ogni sezione attraverso la pubblicizzazione dell'iniziativa, per circa 20 partecipanti;

2. n 3 incontri a cadenza settimanale propedeutici, finalizzati a raccogliere i bisogni formativi e a introdurre il concetto del “prendersi cura” sia sotto il profilo materiale sia come azione solidaristica; tenuti da F. Ferraresi e M. C. Calendi

3. n 2 Incontri focalizzati sulle modalità relazionali e comunicative;

4. Incontri a cadenza settimanale specialistici:

a) tecniche di intervento in emergenza sanitaria (coord. infermieristico)

b) tecniche di intervento nella crisi epilettica (referente clinico)

c) la corretta assunzione della terapia (infermiere)

d) atteggiamenti di fronte alla crisi depressiva (psichiatra)

Al termine della formazione si produrrà un elenco di possibili peer supporters formati, in grado di superare la logica assistenziale del “piantone”, elenco da cui attingere per le esigenze delle sezioni.

È previsto inoltre un incontro mensile con tutto il gruppo formato, per monitorarne l'attività, raccogliere criticità e suggerimenti, prevedere ulteriori incontri specialistici su temi non affrontati ed emersi nell'azione quotidiana. Calendario: Inizio della formazione il 17/04/18 e conclusione il



30/06/18 e a seguire gli incontri di monitoraggio .

e) attivazione gruppo psico-educativo riservato alla IV sezione

Gruppo di discussione rivolto a circa 6-7 detenuti ubicati nella IV sezione e finalizzato a promuovere una visione d'insieme e condivisa della realtà in cui vivono, volto alla produzione di alcuni articoli da pubblicare nel giornalino dell'Istituto. L'attività si svolgerà attraverso l'elaborazione in gruppo, coordinato da F. Ferraresi e M. C. Calendi, di una griglia di intervista inerente: criticità, risorse, suggerimenti riguardanti la vita in stato di detenzione.

Le interviste, condotte da due detenuti per ogni intervistato, con la presenza di uno dei due coordinatori del gruppo, saranno proposte a tutti gli attori istituzionali: direttore, comandante, ispettore della sezione, educatrici, cappellano, volontari, insegnanti, medico di sezione e referente clinico, infermiere, garante dei detenuti. Ogni intervista, dopo essere stata raccolta, sarà discussa in un incontro di gruppo, elaborata in un testo e sottoposta all'approvazione dei singoli intervistati prima della pubblicazione.

Obiettivi: incentivare lo spostamento del punto di vista dei soggetti coinvolti; migliorare il clima di sezione, oltre a produrre una mappa delle criticità e delle risorse.

Cronologia: Da attivare secondo semestre 2018

f) Attivazione gruppo di educazione sanitaria antifumo:

Nel primo semestre del corrente anno due operatori del comparto prendono parte alla formazione regionale del Centri Antifumo; nel secondo semestre del 2018 con il referente equipe dipendenze in carcere si esperimenteranno gruppi per smettere di fumare.

g) Progetto "Dimittendi": Al Tavolo Provinciale dell'Esecuzione Penale Area Adulti si è evidenziata la necessità di implementare un Progetto "Dimittendi". La tipologia dei detenuti coinvolti nel progetto dai 12 mesi prima della scarcerazione, e 6 mesi dopo di essa. Il tavolo dimittendi potrebbe essere convocato da ASP, 1 volta ogni 2-3 mesi. composto dalla Casa Circondariale-Area Educativa, UEPE, ASP, AUSL Casa della Salute "Arginone", Terzo Settore, da valutare Servizio informa stranieri, anagrafe. Il tavolo aiuta ad intervenire con celerità sui casi e sui bisogni, è ottimo per facilitare la comunicazione e condivisione collegiale sulle segnalazioni dei casi di maggior vulnerabilità. L'educatore di ASP incontra tutti i dimittendi (a 12 mesi dalla scarcerazione) in raccordo con l'Area Sanitaria e Area educativa trattamentale del carcere. Il tavolo potrebbe utilizzare una @mail list per comunicare sui casi. Auspicabile, l'organizzazione di incontri formativi favore dei dimittendi, momenti laboratoriali dove trasmettere informazioni e orientamento per l'uscita dal carcere. L'educatrice ASP coinvolge i detenuti attraverso il colloquio, motivandoli alla partecipazione: -Lavoro; -Diritti/permesso di soggiorno ; -Salute e servizi territoriali;

-orientamento alle opportunità di socializzazione, volontariato.

h) Progetto " Cittadini sempre": Evidenziato il bisogno del contesto carcerario della presenza di volontari motivati e formati il Referente Assistenza Carceraria ha collaborato nel percorso formativo rivolto ai potenziali volontari organizzato da Agire Sociale in collaborazione con Comune di Ferrara , amministrazione Penitenziaria.

i) Evoluzione Gruppo "Canne al vento": Su sollecitazione dei responsabili del gruppo di dialogo "Canne al vento" il Garante si è attivato per sostenere le evoluzioni del progetto, che vedranno i detenuti impegnati in attività senza fini di lucro da svolgere in carcere (come la produzione di piante da distribuire ad associazioni benefiche, il recupero di bancali di legno, l'attività di peer-support). Il Garante ha partecipato a un incontro, dopo l'analisi della disciplina di riferimento e una disamina di altre realtà simili sul territorio nazionale, suggerendo come sviluppare al meglio il progetto. I partecipanti al gruppo sono in fase di elaborazione del piano di attività e di studio della sua fattibilità.

4. ATTIVITA' UFFICIO GARANTE DEI DIRITTI DELLE PERSONE PRIVATE DELLA LIBERTA' PERSONALE

L'Ufficio del Garante è attualmente impegnato nelle seguenti attività, oltre al consueto svolgimento di colloqui in carcere e successiva istruzione delle (centinaia di) pratiche relative a singoli detenuti:



Coordinamento e sostegno del progetto bricolage Artenuti

Si sono svolti scambi preliminari di informazioni via mail e una riunione a cui hanno partecipato gli artigiani che prestano attività di volontariato in carcere e i rappresentanti delle cooperative Il Germoglio e Altra qualità. E' emersa l'esigenza di specializzarsi nella produzione di alcuni beni e di commercializzarli superando la logica della "bancarella". Il Garante ha svolto un'indagine sulle possibili modalità di produzione e vendita, prendendo in esame le possibili difficoltà pratiche (ambienti, attrezzi compatibili con problemi di sicurezza) e giuridiche (forme di vendita all'esterno, possibilità di istituzione di una cooperativa o di associazione a cooperative esistenti). Sono stati quindi consultati il Comando e l'Area Giuridico-pedagogica. E' in fase di elaborazione il logo Artenuti ed è in via di predisposizione l'elenco dei materiali necessari ad un salto di qualità produttivo e commerciale. L'Ufficio del Garante si è impegnato a sostenere, con i fondi a disposizione, questa iniziativa.

Progetto sartoria (sviluppo del progetto Ricucire: Ristorazione-Cucito-Reinserimento)

Sono state acquistate, con il contributo dell'Ufficio del Garante e tramite l'associazione Viale K, 4 macchine da cucire elettriche, collocate nelle sezioni Comuni e Collaboratori.

Attualmente si è in fase di ricerca di volontari in grado di insegnare ai detenuti l'utilizzo degli strumenti, dapprima per riparazioni interne di abiti, tovaglie, lenzuola, ecc. e successivamente per avviare possibili collaborazioni esterne. Non appena i detenuti saranno in grado di utilizzare proficuamente le macchine, verrà contattato l'Ente Palio per una possibile collaborazione. È già stata individuata la figura di tramite.

Progetto cucina (sviluppo del progetto Ricucire: Ristorazione-Cucito-Reinserimento)

Grazie al contributo stanziato dal Consiglio comunale con fondi di avanzo nella seduta del 26.4.2018 potranno essere acquistati 7 congelatori e nuovi strumenti per potenziare le attività della cucina dei detenuti comuni. Si valuterà nei prossimi mesi se sia possibile utilizzare queste nuove competenze per avviare un servizio catering per l'esterno (ad es. tramite convenzioni con l'Università).

Teatro carcere: Il Garante sta partecipando all'organizzazione dell'incontro che si terrà il 31 maggio presso il liceo Ariosto e promosso dal Coordinamento regionale teatro carcere. Il Garante ritiene di dover sostenere e promuovere le attività teatrali come opportunità formativa e di socialità per le persone ristrette, sensibilizzando al contempo l'opinione pubblica sull'importanza di questo strumento rieducativo. Per l'occasione sarà presente Gherardo Colombo, che terrà anche una conferenza per i detenuti – organizzata dal Garante – presso la Casa circondariale.

Progetto sportello anagrafe in carcere

Questo progetto ha impegnato per molti mesi l'Ufficio del Garante e non è ancora giunto a conclusione. Dopo i numerosi incontri di tutti gli attori istituzionali interessati, promossi e coordinati dal Garante, e la soluzione dei problemi emersi, si è giunti alla trasmissione al carcere di una bozza di protocollo da parte dei responsabili dell'Ufficio Anagrafe, già approvata dalla Direzione e dall'Area giuridico-pedagogica. La Giunta comunale dovrebbe varare a breve il provvedimento da sottoporre alla firma definitiva della Direzione.

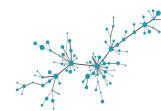
Progetto benessere sul luogo di lavoro per il personale della Casa circondariale

Il progetto, che ha preso il via nel febbraio 2018, sta passando alla sua seconda fase operativa (creazione di gruppi di parola a composizione professionale mista). Il Garante continua a essere figura di riferimento per l'Associazione Jonas, responsabile del progetto, sta monitorando l'andamento delle attività e contribuendo a risolvere i problemi che emergono durante gli incontri.

Progetto Dimittendi: Il Garante, con la collaborazione della Responsabile dell'Area Giuridico-Pedagogica e della Comandante, ha raccolto i dati sulle diverse attività e progetti che impegnano attualmente i detenuti in carcere. Le informazioni potranno essere utilizzate per pianificare il reinserimento delle persone in prossimità di dimissione.

Progetto Canne al vento: il Garante si è attivato per sostenere le evoluzioni del progetto, che vedranno i detenuti impegnati in attività senza fini di lucro da svolgere in carcere (come la produzione di piante da distribuire ad associazioni benefiche, il recupero di bancali di legno, l'attività di peer-support).

Progetto Ore d'aria: Il Garante si sta occupando del problema delle elevate temperature che si



raggiungono nell'istituto penitenziario durante i mesi estivi. Ci si sta concentrando in particolare sulla sezione Alta sicurezza, dove le condizioni climatiche sono particolarmente difficili e rischiano di porre in pericolo la salute delle persone ristrette. È allo studio la possibilità di reperire e installare un condizionatore nel corridoio della sezione.

Diritto di culto: È in corso di approfondimento la situazione dei detenuti di fede musulmana, che non hanno al momento una guida spirituale autorizzata all'ingresso in carcere. Il Garante si sta attivando con gli organi competenti per valutare la possibilità di garantire appieno il diritto di culto delle persone private della libertà, ritenuto (anche) un efficace antidoto contro i rischi di radicalizzazione in carcere.

Monitoraggio delle detenzioni brevi il Garante ha ritenuto necessario affrontare la questione delle detenzioni brevi in carcere e il correlato uso delle camere di sicurezza. Ha pertanto avviato un'attività di studio e monitoraggio dei problemi segnalati dalla Casa circondariale e dalla Questura di Ferrara. È in atto una raccolta di dati che consenta di riflettere con cognizione di causa sul fenomeno e trovare acconce soluzioni.

Diritto allo studio dei detenuti: Il Garante si sta occupando del rinnovo della convenzione con l'Università di Ferrara per la formazione universitaria dei detenuti. È in fase di elaborazione la bozza del protocollo da siglare. Il Garante, in qualità di Delegata del Rettore, ha preso parte anche alla neonata Conferenza dei Delegati dei Rettori ai Poli universitari e alla formazione penitenziaria, contribuendo alla stesura del primo regolamento istitutivo dell'organo. La Conferenza ha chiesto ufficialmente la collaborazione dei Garanti territoriali per la cernita dei problemi e per l'individuazione di possibili soluzioni comuni. Sono in corso di svolgimento riunioni con gli enti coinvolti, al fine di superare le difficoltà di studio delle persone ristrette (collegamento a internet per ragioni didattiche e di ricerca, contatti con i docenti, tutoraggio, orientamento, tirocini, reperimento dei libri di testo).

Attività sportiva dei detenuti: In fase di valutazione un progetto relativo allo svolgimento di tirocini in carcere degli studenti di Scienze motorie (senza impegni di spesa).

Richieste congiunte Garanti Emilia-Romagna al PRAP

È stato elaborato un documento congiunto dei Garanti territoriali dell'Emilia-Romagna per sensibilizzare il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria su alcune questioni ritenute di primaria importanza per le persone ristrette (sopravvitto, condizioni climatiche, uso del computer da parte dei detenuti e altro) da risolvere in via uniforme sul territorio regionale.

Progetto sportello legale in carcere: Il Garante ha riscontrato numerosi problemi legati all'assenza di idonea assistenza legale dei detenuti. Si è pertanto preso contatto con l'Ordine degli Avvocati di Ferrara, con alcune associazioni di avvocati operanti sul territorio (ASGI, Umanità), con i responsabili delle "cliniche legali" dell'Università di Ferrara e con il responsabile del Centro l'Altro Diritto di Firenze (la realtà più attiva e organizzata sul piano nazionale) per raccogliere suggerimenti a riguardo. Nei prossimi mesi si studieranno, coinvolgendo la Direzione della Casa circondariale, le possibili modalità di attivazione di uno sportello di primo orientamento legale per i detenuti.

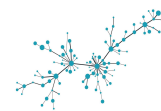
Conoscenza della legislazione vigente da parte dei detenuti: Sono allo studio soluzioni per garantire una miglior conoscenza della normativa vigente da parte delle persone private della libertà (acquisto di codici, eventuale stampa di opuscoli informativi, o altre forme di divulgazione).

Apertura archivi del carcere: Su sollecitazione del PRAP, si sta valutando la possibilità di aprire gli archivi della Casa circondariale per ragioni di studio e ricerca, come ulteriore segnale di apertura al territorio dell'istituto penitenziario. Il progetto è in fase di prima valutazione di fattibilità e non è detto che riesca ad essere portato avanti.

Progetto formazione giuridica polizia penitenziaria: Il progetto, già elaborato nel 2017 e sottoposto al Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria, non è stato al momento approvato. Si tratta di un corso gratuito, tenuto su base volontaria da docenti di Giurisprudenza, per il personale di polizia penitenziaria su questioni giuridiche rilevanti di diritto penale, procedura penale e diritto costituzionale (60 ore di corso: 6 ore per 10 gruppi).

Attività di sensibilizzazione pubblica sulle questioni del carcere

Il Garante partecipa come relatore, anche in ragione del ruolo rivestito, ai diversi convegni, per espletare l'attività di sensibilizzazione pubblica sulle tematiche carcerarie (uno dei compiti



istituzionali dell'Ufficio).

5.PROPOSTA TAVOLO DIMITTENDI a cura della Casa Circondariale di Ferrara

PREMESSA: dati sui dimittendi da sistemare, spero di farlo per il 16, se non dopo

FINALITA'

-Agevolare la preparazione ed attivazione di percorsi individualizzati di reinserimento socio-lavorativo durante l'ultimo periodo di pena;

-realizzare interventi volti a valorizzare le progettualità già presenti ed ottimizzare le risorse;

-rendere disponibili, semplificando le modalità di accesso: informazioni, risorse professionali, materiali, strumentali.

BENEFICIARI: Detenuti con residuo pena da espiare di 12 mesi.

SERVIZI E OPERATORI COINVOLTI

Amministrazione Penitenziaria : Direzione Casa Circondariale -> Area Sicurezza – Area Giuridico-Pedagogica ; Ufficio Interdistrettuale Di Esecuzione Penale Esterna Per L'Emilia Romagna E Marche -> Ass. Sociali

Enti Locali : Assessorato Comune di Ferrara , Garante Diritti dei detenuti

Azienda Servizi alla Persona : Ass. Sociale coord. ASP per attività carcere ; Operatore Sociale ASP; Mediatrice culturale

Azienda USL Ferrara : Programma Salute nelle Carceri

Terzo Settore : Centro Servizi Volontariato ; volontari

AZIONI PREVISTE

1. E' costituita l'Equipe Multiprofessionale Dimittendi, composta dai rappresentanti dei Servizi sopra riportati e coordinata dal Direttore della Casa Circondariale, che si incontra mensilmente per:

a) concordare la presa in carico e l'elaborazione, con la persona ristretta, del percorso più opportuno e sostenibile sulla base dei bisogni emersi e secondo le disponibilità individuali (es. grado di occupabilità, ecc.);

b) individuato il percorso sostenibile, valutare l'allocazione delle persone nella sezione dimittendi, in considerazione dei posti disponibili;

c) formalizzare il progetto, individuandone le priorità e gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, concordando l'attribuzione dei compiti specifici e l'eventuale coinvolgimento di altri enti/organizzazioni;

d) condividere l'evoluzione dei processi riabilitativo–occupazionali;

e) decidere di attivare equipe specifiche per i casi complessi.

2. Banca dati competenze occupazionali dei dimittendi;

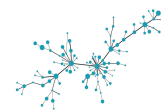
3. Completamento ed aggiornamento dei punti di riferimento regionali per specifici problemi : ostelli ed alloggi a bassa soglia, mense, associazioni di volontariato, recapiti Aziende Servizi alla Persona, ambulatori Caritas, ecc.

SVILUPPO ATTIVITA'

1. I Funzionari giuridico-pedagogici, mensilmente, inviano l'elenco dei detenuti con residuo pena di dodici mesi agli operatori coinvolti, contrassegnando quelli che hanno già percorsi avviati intra/extra moenia o in fase di attivazione. Incontrano tutti i detenuti per gli interventi previsti dal loro mandato istituzionale.

2. Gli Ass. Sociali U.I.E.P.E. svolgono le attività di consulenza e gli interventi di competenza previsti dall'Ordinamento Penitenziario.

3. L' Operatore Sociale ASP effettua i colloqui con i detenuti dimittendi italiani e non

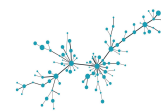


	tossicodipendenti per la raccolta sistematica dei dati sulla condizione familiare, sociale, sanitaria e professionale, per una conoscenza completa della situazione del soggetto e delle possibilità di intervento. In caso di cittadini residenti in altri territori segnala alle amministrazioni coinvolte il caso ed informa il dimettendo dei possibili contatti nella rete territoriale di riferimento. 4. La mediatrice culturale ASP incontra i detenuti stranieri, residenti e non residenti, privi di documenti, per raccogliere le informazioni, attivare gli eventuali percorsi possibili, dare le informazioni sulle risorse territoriali disponibili per le situazioni che non possono accedere alle risposte dei cittadini con regolare condizione. Per entrambe le operatrici ASP si rimanda all'allegato con la definizione delle attività previste. 5. Gli operatori sanitari AUSL gestendo i percorsi di salute intra moenia forniscono le informazioni necessarie per il coinvolgimento dei servizi sanitari territoriali (Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Cure Primarie) che ne hanno la titolarità. 6. I volontari, coinvolti dall'equipe, possono offrire piccoli aiuti per i primi problemi (vestiario, valigia, accompagnamento, etc.) PERCORSI SPECIFICI ATTIVI E/O IN FASE DI STUDIO PER LA SOLUZIONE DI ALCUNE CRITICITÀ A) Percorsi extra moenia A. 1) CO- HOUSING: Si prevede da parte del Comune di Ferrara la concessione di un appartamento di edilizia popolare, che potrebbe essere concesso in uso ad una associazione che già si occupa di ospitare dimittendi. Le persone inserite 5/6, dovranno partecipare alle spese dell'appartamento con un contributo fisso; si prevede infatti che chi entra nell'appartamento possa avere un progetto lavorativo. La permanenza nell'appartamento è di 6 mesi fino ad un massimo di 12 mesi, per garantire la circolarità della risorsa e favorire al massimo i percorsi di recovery individuali. Questo periodo di tempo dovrebbe consentire alle persone di capire come poter programmare il proprio futuro senza difficoltà contingenti. Le persone che accedono al co - housing saranno individuati nell'Equipe Multiprofessionale Dimittendi. A.2) Fruizione dell'art. 21 O.P. o misura alternativa per inserimenti lavorativi e/o per lavoro volontario in progetti di pubblica utilità nelle strutture di seguito indicate che, per tali progetti, hanno già una convenzione con la Direzione della Casa Circondariale ed in altre strutture che si convenzioneranno in seguito: ASP Ferrara (tre posti); Cooperativa sociale Onlus "Integrazione lavoro"; A.3) Fruizione di permessi premio per consentire i contatti con Servizi esterni, per colloqui di lavoro, la preparazione del curriculum, incontri con i familiari, attività di volontariato in progetti di pubblica utilità ed altro. B) Percorsi intra-moenia B.1) Concessione art. 21 O.P. per lavoro alle dipendenze dell'Amministrazione penitenziaria; B.2) sostegni individuali: vengono decisi nell'equipe, attivati e monitorati; B.3) frequenza ad attività formative, riabilitative, risocializzanti; B.4) integrazione delle informazioni sui percorsi specifici per detenuti Tossicodipendenti
Destinatari	Persone detenute e persone condannate in misura alternativa e neo-scarcerati presenti nel territorio distrettuale
Azioni previste	Costituzione Tavolo Dimittendi /Protocollo -Implementazione e Manutenzione Tavolo Tecnico Area Penale Adulti (allargamento della partecipazione al tavolo, convocazioni più frequenti e maggior collegamento con il Tavolo Politico) -Integrazione tra Comuni e ASL -Promozione di collaborazione con il Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria, UEPE, Terzo Settore per programmazione condivisa

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEMA 8



Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	TAVOLO "CARCERE": Prevede la collaborazione congiunta tra operatori dei diversi Enti coinvolti dalla progettualità
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Casa Circondariale di Ferrara, U.E.P.E., PRAP, Comune di Ferrara, Azienda Usl, CPIA , Terzo Settore
Referenti dell'intervento	Dott. Tommaso Gradi, Comune di Ferrara
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>

Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€ 75.512,58 (Comune di Ferrara)
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€ 15.000
Altri fondi statali/pubblci	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 8

Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€ 20.300,00
Specificare quale altro finanziamento	
Comune di Ferrara <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€ 8.700,00
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 8

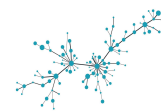
Indicatori da declinare a livello distrettuale

[illegible]



Distretto	OVEST
Titolo intervento	MEDICINA DI GENERE
Riferimento scheda regionale	9
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	AUSL di Ferrara in tutti gli interventi Università degli Studi di Ferrara per il Centro di Studi di Medicina di Genere Per il progetto "oltre il binario": Comune di Ferrara (titolare del finanziamento regionale della delibera della Regione Emilia Romagna AL n. 1988/16 L.R. 6/2014 – Legge Quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere)
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	La medicina di genere (conoscere e applicare le conoscenze di differenze sessuali e di genere tra uomo, donna e altra identità, per ciò che riguarda salute e malattia) sta sedimentando sempre più evidenze che dimostrano quanto sia appropriato, utile, economico, etico ed equo orientare la diagnosi e la cura in ottica di genere. Le prime applicazioni dell'orientamento al genere stanno producendo diversi interessanti effetti: - una revisione dei disegni di ricerca di base e clinica; - un ripensamento della semeiotica, della diagnosi e della cura; - una personalizzazione farmacologica; - la valutazione di confronto uomo-donna dei vari aspetti della malattia. Particolarmente importanti sono i potenziali sviluppi nell'area del management sanitario, con attenzione all'appropriatezza e valutazione di qualità. Per arrivare all'applicazione della Medicina di Genere, occorre promuovere un cambio culturale nei professionisti della salute, negli amministratori pubblici, e nella popolazione. Sotto questo profilo appare strategico il pieno coinvolgimento dei professionisti che operano nell'ambito della ricerca e della formazione, campi peculiari dell'Università. Infine, va ricordato che un progetto così complesso ed innovativo, richiede la definizione di indicazioni normative che ne garantiscano una diffusione omogenea ed estesa nel territorio nazionale, presso gli enti regolatori, le società scientifiche, i professionisti della salute e la popolazione.
-----------------------	---



Gli articoli 10 ed 11 della **legge regionale 6/2014**, individuano alcuni indirizzi di sviluppo per quanto attiene la medicina di genere.
In sintesi:

«Art. 10 Medicina di genere e cura personalizzata»

1. La Regione Emilia-Romagna tutela il diritto alla salute come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, garantendo parità di trattamento e di accesso alle cure con particolare riguardo alle differenze di genere e relative specificità; favorendo la formazione dei professionisti della sanità e dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza per garantire nell'ambito dell'assistenza un approccio che tenga conto della medicina di genere.

2. Le aziende pubbliche sanitarie, le aziende ospedaliere e le strutture sociosanitarie della Regione Emilia-Romagna valorizzano l'approccio di genere nella cura e nell'assistenza di donne e bambine, di uomini e bambini; offrono un'informazione corretta ed equa sulle problematiche di salute e sulle differenze di genere; promuovono l'attività scientifica e di ricerca secondo l'ottica di genere, implementando percorsi di ricerca, prevenzione, diagnosi, cura farmacologica e riabilitazione orientate all'equità di genere; realizzano un'attività formativa professionale permanente con l'obiettivo di fornire la conoscenza di problematiche specifiche connesse alla diversità di genere e alla sicurezza sul lavoro.

3. La Regione Emilia-Romagna, anche in collaborazione con lo Stato, università, enti pubblici e privati, mass media e associazioni, promuove mediante appositi accordi campagne di comunicazione, informazione e sensibilizzazione sulla salute di genere, sulle patologie genere-specifiche, sulle differenze nella prevenzione e trattamento.

4. Agli obiettivi del presente Titolo sono adeguati tutti i documenti programmatici della sanità regionale, in particolare il Piano sociale e sanitario regionale, al fine di contribuire alla individuazione, promozione e monitoraggio dei determinanti di genere nell'organizzazione del lavoro, nella ricerca interdisciplinare, nei curricula studiorum, nei percorsi diagnostico-terapeutici, nell'uso dei farmaci, nei valutatori dei dati di efficacia e produttività del sistema sanitario, per fornire prestazioni appropriate e cure personalizzate coinvolgendo tutti gli operatori della sanità, in primo luogo i medici di famiglia.

«Art. 11 Rete dei servizi e presidi territoriali»

2. La Regione Emilia-Romagna... si impegna a garantire, consolidare e sviluppare le aree di attività connesse ai consultori familiari, nell'ambito del sistema di cure primarie integrato e della pianificazione delle case della salute, ... in un'ottica orientata alla salute e alla medicina di genere.

6. Nell'ambito della pianificazione della rete territoriale dei servizi si tiene conto della medicina di genere al fine di rafforzare i servizi di prevenzione e promozione del benessere e della salute ...

8. Nell'organizzazione, costruzione e allestimento degli spazi socio-sanitari pubblici e privati convenzionati, sarà cura della committenza promuovere la realizzazione di progetti rispettosi dell'ottica di genere...

Infine è opportuno ricordare il tema dell'identità sessuale, che tocca il rapporto tra le persone/pazienti e i professionisti della salute, nelle diverse fasi della vita. Questo aspetto incide non solo sugli aspetti fisici, ma anche su quelli psicologici ed in generale sul benessere della persona. Fornire ai professionisti della salute conoscenze aggiornate e di educazione alle "differenze" in particolare di identità sessuale e di genere, può favorire un incremento di appropriatezza della cura.

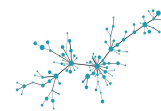
Descrizione

Anticipando in parte alcune indicazioni regionali, nel territorio ferrarese si sono da tempo sviluppate alcune azioni coerenti con i contenuti della legge 6/2014.

Dal 2009 l'Azienda USL di Ferrar sta applicando il progetto **“Modello della Rivoluzione Silenziosa per la Medicina di Genere”**, che ha ottenuto l'apprezzamento del Presidente dell'Associazione Internazionale della Medicina di



	Genere in occasione del Congresso internazionale di Berlino del 2015. Il progetto ha coinvolto, ad oggi, oltre 2000 professionisti della salute. Dal 2009 nel Piano Annuale di Formazione AzUSL vengono proposte occasioni formative sotto forma di seminari in presenza e Formazione a distanza, così da diffondere l'attenzione alle differenze sessuali e di genere nella salute e malattia e la definizione di pratiche cliniche differenziate. Come già ricordato la piena applicazione della Medicina di Genere può essere realizzata solo grazie alla promozione di una modifica culturale diffusa nei professionisti della salute: a sostegno di queste azioni è stata progettata la creazione di un Centro di Studi di Medicina di Genere presso l'Università di Ferrara. Fin dal 2015 è stata avviata un'attività di consulenza nell'ambito delle attività della Commissione Sanità del Ministero della Salute, che si è concretizzata nella collaborazione alla redazione di un testo di legge inerente l'Applicazione e diffusione della Medicina di Genere" (PdL 3603 del 12 febbraio 2016), il cui testo è stato sintetizzato e incluso nella Legge Nazionale 3 del 2018 all'art.3.
Destinatari	Professionisti/e della salute (inclusi i convenzionati), dirigenti di istituzioni pubbliche, amministratori del territorio provinciale, popolazione. - Per il Centro di Studi è prevista una valenza regionale, nazionale ed internazionale, con particolare riferimento alla Comunità scientifica. - Per il progetto "Oltre il binario" :professionisti della salute vs cittadini /pazienti di identità sessuale non binaria (o LGBT+)
Azioni previste	Prosecuzione del progetto aziendale "Modello della Rivoluzione Silenziosa per la Medicina di Genere" attraverso la programmazione di un'offerta formativa ad uso dei professionisti della salute (compresi i medici convenzionati), consistente in Formazione a distanza e seminari in presenza per almeno 10 ECM annui. Verrà garantita anche l'offerta informativa a uso della cittadinanza consistente in seminari in presenza. Progetto "Oltre il binario. Orizzonti contemporanei di identità sesso/genere" Formazione attraverso : • Quaderno e FAD "Oltre gli stereotipi di genere. Verso nuove relazioni di diagnosi e cura" ; • FAD "Oltre il binario. Orizzonti contemporanei di identità sesso/genere". • Seminario "Intersessualità" in collaborazione con l'Università di Ferrara • Convegno dedicato ai temi inerenti LGBT+ Rilevazione di episodi relazionali intercettati da URP e/o segnalazioni interne ai Reparti. Nel 2018 l'Università degli Studi di Ferrara ha attivato il Centro Studi della Medicina di genere che individua quattro settori di lavoro: - Ricerca; - Formazione e Didattica (è stata capofila delle azioni concrete utili all'inserimento dell'orientamento alla Medicina di genere in tutti gli insegnamenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, con collegamento con la Conferenza nazionale dei Coordinatori dei Corsi di Laurea in medicina e chirurgia); - Osservatorio nazionale dinamico per la medicina di genere; - Progetto "Modello per la rilevazione dei dati riferiti alla violenza di genere". Il Centro ha al suo attivo un accordo di collaborazione scientifica con l'Istituto Superiore di Sanità. In un'ottica di Co-partecipazione ed integrazione lo sviluppo del Centro ha potuto avvalersi dell'apporto di una Dirigente dell'AUSL di Ferrara che ne ha affiancato il percorso di realizzazione e che assicura una collaborazione stabile settimanale. L'attività del Centro si concretizzerà nella programmazione/realizzazione di una serie di azioni, che possono essere così riassunte: • Ricerca, sviluppo di azioni di ricerca e pubblicistica accreditata originale,



	sviluppando collaborazioni con istituzioni e ricercatori di rilevanza nazionale e internazionale; • Formazione e Didattica, monitoraggio dell'inserimento dell'orientamento alla Medicina di genere in ogni insegnamento delle Facoltà di Medicina e Chirurgia – offerta formativa (con Ambiente strutturato di documentazione fruibile in remoto, co-costruito) nella formula “formare i formatori” con diffusione nazionale; consulenza per l'implementazione di azioni simili, per Facoltà di altri insegnamenti sanitari; consulenza per la formazione dei professionisti della salute già attivi nelle Aziende Sanitarie; • Individuazione di modello di Osservatorio nazionale dinamico per la medicina di genere; • Progetto “Modello per la rilevazione dei dati riferiti alla violenza di genere”. Per quanto concerne il supporto tecnico all'elaborazione della normativa di riferimento è prevista la prosecuzione di una collaborazione incentrata sulla redazione dei Decreti attuativi necessari all'applicazione della legge (Rif. art.3 della Legge Nazionale 3 del 2018)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	L.R. 6/2014; L.N. 3/2018 art.3. Documento MIUR presentato l'11 maggio 2018 “Indicazioni per azioni positive del MIUR sui temi di genere nell'Università e nella ricerca
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni del territorio Provinciale Azienda USL Azienda Ospedaliero-Universitaria Per il Centro di Studi: Istituto Superiore di Sanità, Ministero dell'Università e della Sanità, e altri Enti a livello nazionale; Regione ER. Per il progetto “Oltre il binario” saranno coinvolte anche le Associazioni attive sui temi LGBT+.
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Romana Bacchi, Az.Usl di Ferrara. mail: dd.codigoro@ausl.fe.it Dott.ssa Fulvia Signani, Az.Usl di Ferrara. mail: f.signani@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>

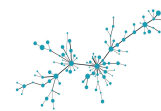
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 9



Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 9

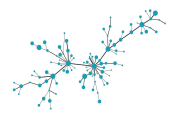
Indicatori locali

[illegible]



Distretto	OVEST
Titolo intervento	PROGRAMMA DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ E ALL'ESCLUSIONE SOCIALE ED INTERVENTI A SOSTEGNO DEI LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI ECONOMICA E DELLE FASCE SOCIALI PIÙ DEBOLI
Riferimento scheda regionale	10 – 22 – 23 – 24
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Comuni della GAFSA e Comune di Bondeno
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☒ Sì (in parte) ☐ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☒ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☒ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	A fronte del dato statistico relativo alla povertà assoluta, come declinato nelle schede regionali del Piano Socio Sanitario, si ritiene indispensabile rafforzare le politiche di contrasto alla povertà così come esplicitato nelle normative regionali e nazionali di riferimento (LR 24/2016 – D.lgs 147/2017) prevedendo inoltre l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari. Purtroppo la crisi economica e la conseguente mancanza del lavoro hanno allargato la fascia di popolazione che si rivolge ai servizi sociali per chiedere supporto e indicazioni nella ricerca del lavoro (L.R 14/2015). Per molti utenti che afferiscono ai Servizi Sociali territoriali oltre al conclamato disagio economico ed alla inoccupazione si ritrova anche la problematica della perdita della casa. Per questo l'abitazione riveste un tassello imprescindibile per l'inclusione sociale e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e sostegno alla fragilità. Quotidianamente i Servizi Sociali si ritrovano a lavorare per fronteggiare la crescente emergenza abitativa.
Descrizione	<u>1.Sostegno al reddito per i nuclei familiari in situazioni di fragilità sociale e di temporanea difficoltà a causa dell'espulsione dal mondo del lavoro, comprese le misure di contrasto alla povertà RES/REI</u> Gli obiettivi specifici sono: a) sostegno al reddito di famiglie adulti in difficoltà che già si trovano in una condizione di fragilità e di esposizione al rischio di esclusione sociale e che, pertanto, risentono maggiormente degli effetti negativi della crisi economica; b) rispondere al bisogno di integrazione del reddito espressa da nuclei familiari che improvvisamente si trovano in situazioni di carenza o povertà economica a causa della perdita del lavoro;



c) riduzione o rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono la crescita della persona e l'espressione dei diritti di cittadinanza attiva da parte di soggetti deboli quali donne sole con minori a carico, uomini adulti svantaggiati, disabili a rischio di emarginazione;

d) rispondere al crescente bisogno di reperimento di alloggi di edilizia privata in situazioni di urgenza, per i nuclei familiari o adulti in difficoltà a rischio di esposizione, emarginazione per l'imminente perdita di alloggio;

c) sostegno alla genitorialità; obiettivo macro raggiunto anche attraverso l'informazione e l'orientamento forniti dagli sportelli sociali del territorio.

2. Interventi e percorsi finalizzati all'inserimento e reinserimento lavorativo a favore di soggetti fragili e svantaggiati

Gli interventi finalizzati all'inserimento e al reinserimento lavorativo avvengono attraverso azioni svolte dal Servizio Sociale.

Queste riguardano l'individuazione di soggetti disabili o fragili per i quali è previsto nell'ambito del progetto personalizzato, l'avvio ad uno dei percorsi di inclusione lavorativa previsti dalle normative vigenti, ovvero:

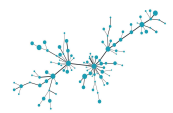
- Legge 14/2015 – disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari;
- FRD – Fondo Regionale Disabili;
- Percorsi attivati dal Servizio Sociale per soggetti che non hanno le caratteristiche per rientrare nelle misure lavoristiche previste dalla Legge 14/2015 e FRD.

A prescindere dal percorso attuativo del tirocinio formativo, le attività connesse alla loro attivazione sono:

- **ORIENTAMENTO:** viene svolto attraverso colloqui individuali conoscitivi e di approfondimento delle problematiche personali e per l'individuazione di criticità e risorse della sfera psicologica, fisica e professionale che definiscono le competenze, le potenzialità e le aree di miglioramento della persona, al fine di individuare il percorso formativo o di inserimento o reinserimento lavorativo più rispondente alle caratteristiche soggettive;
- **ATTIVAZIONE DEL TIROCINIO E FORMALIZZAZIONE DELLE COMPETENZE:** ricerca dell'azienda, accompagnamento in azienda per la definizione del progetto con le parti coinvolte, stesura del progetto, monitoraggio del percorso;
- **SOSTEGNO NEI CONTESTI LAVORATIVI:** attività di tutoraggio è messa in atto durante la fase di attuazione del tirocinio per accompagnare e supervisionare la persona nel contesto formativo, potrà prevedere anche un supporto aggiuntivo sulla base del progetto personalizzato predisposto dall'equipe multi professionale;
- **ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO:** in considerazione della scarsa capacità di assorbimento di personale da parte delle aziende locali, si prevede una modesta attività connessa all'individuazione delle imprese e alla gestione dei rapporti per l'avvio del rapporto di lavoro. Inoltre i percorsi di re inserimento lavorativo sono valorizzati dal RES E REI in quanto si rivolgono a soggetti privi di un reddito da lavoro e prevedono, come condizione per l'ottenimento del beneficio, l'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa.

3. Mantenimento del Progetto AGENZIA CASA in collaborazione con l'A.C.E.R. Ferrara.

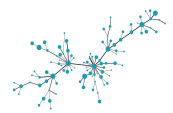
Inteso come servizio innovativo in grado di offrire risposte diversificate e appropriate ai crescenti bisogni di reperimento di un'abitazione attraverso la locazione di alloggi privati per nuclei familiari o adulti in situazione di emergenza abitativa o che non riescono a sostenere i costi di mercato o dare garanzie per la sottoscrizione di nuovo contratto di locazione.



	<u>4. Percorso partecipato con le Caritas</u> Nel corso dell'anno 2017 il servizio di Mediazione Sociale del Comune di Cento ha sviluppato un percorso con le Caritas del territorio, chiamato "ComuniCaritas", nato da un bisogno sentito sia dai servizi istituzionali che dagli operatori ed utenti delle Caritas. Il progetto aveva l'obiettivo di creare maggiore condivisione e senso di comunità, per non vivere più l'operato delle Caritas solo come semplice servizio, ma principalmente come momento di crescita insieme. Il progetto "ComuniCaritas" si poneva l'obiettivo di favorire una rete efficace tra i servizi a favore dei destinatari diretti, coinvolgendo enti pubblici e realtà del privato sociale. Nello specifico del caso progettuale, si è ritenuto di coinvolgere le 3 Caritas territoriali, considerando il rapporto di collaborazione già instaurato da diversi anni tra esse e i Servizi Sociali Professionali. Finalità ulteriore di progetto, oltre alla creazione di reti realmente operative a favore degli utenti, vi era quella di fornire ai volontari operatori Caritas nuove competenze relazionali utili al rapporto con le persone che fruiscono dei loro servizi. Grazie infatti all'utilizzo di attività pratiche e all'approccio partecipativo utilizzato, si ha avuto l'opportunità di favorire la conoscenza tra gli operatori delle Caritas e le persone con cui lavorano, cercando di rompere il classico schema "dare-avere" e promuovendo percorsi condivisi utili sia agli utenti che agli operatori stessi. 5) Fondo Sociale Mobilità – "MI MUOVO INSIEME" Con DGR 1982/2015 la Regione Emilia Romagna istituisce il "Fondo Regionale per la mobilità" da destinare ai Comuni per l'erogazione di contributi per agevolare la fruizione del trasporto pubblico locale.
Destinatari	<u>Azioni 1), 2), 3)</u> - Utenti multi problematici già in carico ai servizi socio – sanitari territoriali (Servizio Sociale Professionale, DSM, SERT); - Nuclei familiari in carico ai servizi sociali territoriali, con minori a carico in situazione di povertà e grave esposizione sociale; - Adulti soli in situazione di povertà e a forte rischio di emarginazione per mancanza di lavoro e di supporti familiari o informali; - Nuclei familiari in condizioni di estremo disagio abitativo senza una abitazione e non in grado di reperirne una con il canone di locazione privata; - Cittadini che si rivolgono al Centro per l'impiego per la perdita del lavoro; - Cittadini in carico o che si rivolgono ai Servizi Sociali Professionali dei comuni di residenza per richiedere l'attivazione delle misure a contrasto della povertà RES e REI; <u>Percorso partecipato con le Caritas</u> Operatori Caritas e beneficiari degli interventi Caritas. <u>Fondo Sociale Mobilità – "MI MUOVO INSIEME"</u> <i>Famiglie numerose:</i> a) componenti di famiglie numerose con 4 o più figli e con ISEE non superiore a 18.000 euro; <i>Disabili:</i> b) invalidi Civili o per cause di lavoro con invalidità permanente riconosciuta al 100%; c) ciechi totali e sordomuti anche se di età inferiore a 18 anni; d) ciechi con residuo visivo non superiore ad 1/10 in entrambi gli occhi, raggiungibile con la correzione di lenti; e) mutilati ed invalidi di guerra (compresi i mutilati ed invalidi civili per cause di guerra) e di servizio con invalidità fisica ascrivibile alla 1^ categoria compresi gli invalidi di 1^ categoria con assegni aggiuntivi di natura assistenziale; f) mutilati ed invalidi di guerra (compresi i mutilati ed invalidi civili per cause di guerra) o per servizio per una menomazione dell'integrità fisica ascrivibile alla



	categoria dalla 2^a alla 5^a della tabella A) allegata alla Legge 18 marzo 1968, n. 313; g) invalidi minori di 18 anni riconosciuti dalla Commissione medica competente come aventi diritto all'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/80 o all'indennità di frequenza di cui alla legge n.289/90; h) portatori di "pace-maker" ed emodializzati, sempre che muniti di certificazione medica probante la specifica condizione rilasciata da struttura sanitaria pubblica; i) cittadini affetti da disturbi psichici gravi ed in carico ai CSM – Centri Salute Mentale – muniti di apposito certificato medico rilasciato dal medesimo CSM attestante espressamente la gravità del disturbo; j) persone con disabilità con la connotazione di gravità di cui all'art.3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992 n.104 accertata ai sensi dell'articolo 4 della medesima legge; k) mutilati ed invalidi per cause di lavoro con invalidità permanente riconosciuta superiore al 50%; l) invalidi civili ai quali sia stata accertata una riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore a ai 2/3; <i>Altre categorie:</i> m) vedove di caduti in guerra e dei caduti per cause di servizio; n) ex deportati nei campi di sterminio nazisti (KZ) o perseguitati per motivi politici, religiosi o razziali; <i>Anziani:</i> o) persone di sesso maschile di età non inferiore a 65 anni, di sesso femminile di età non inferiore a 63 anni nel 2016, a 64 anni nel 2017 e a 65 anni nel 2018, con ISEE del nucleo familiare non superiore a 15.000 euro; <i>Rifugiati e richiedenti asilo:</i> p) richiedenti e titolari di protezione internazionale (richiedenti asilo, rifugiati, titolari di protezione sussidiaria) così come definiti nel D. Lgs. 28/01/2008, n. 25 e titolari di permessi per motivi umanitari rilasciati a seguito di proposta delle Commissioni Territoriali Riconoscimento Protezione Internazionale o ex art. 20 D.Lgs. 286/98; <i>Vittime di tratta di esseri umani e grave sfruttamento:</i> q) vittime di tratta di esseri umani e grave sfruttamento inserite nei programmi di assistenza attuati ai sensi dell'art. 13 della Legge 228/2003 "Misure contro la tratta di persone", dell'art. 18 del D.Lgs. 286/98 Testo Unico Immigrazione, nonché dell'art. 8 del D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 24 "Attuazione della direttiva 2011/36/UE, relativa alla prevenzione e alla repressione della tratta di esseri umani e alla protezione delle vittime".
Azioni previste	<u>Azioni 1), 2), 3)</u> - prosecuzione delle prime misure a contrasto della povertà in maniera strettamente integrata con gli altri servizi coinvolti (Servizio Sanitario – Centro per l'impiego) per il tramite dell' attivazione del REI e del RES in base ai requisiti richiesti; - attivazione delle misure previste dalla L.R.14/2015; - informativa all'utenza, mediante l'accesso agli sportelli sociali; - presa incarico dei nuclei in possesso dei requisiti e attivazione dell'equipe multi-professionali per la costruzione del progetto di vita e di cura personalizzato; - monitoraggio e verifica dell'andamento del progetto e del mantenimento dei requisiti; - profilatura dell'utente da parte dei Servizi Sociali, DSM, SERT, Centro per l'impiego; - azioni di responsabilizzazione e condivisione del patto con l'utenza; - interventi finalizzati al ripristino dell'equilibrio finanziario interrotto da eventi imprevisti e urgenti per garantire protezione e condizioni di vita dignitose, questo rivolto a nuclei monoparentali con minori a carico in situazione di povertà e grave esposizione sociale; adulti soli in situazione di povertà e a forte rischio di emarginazione per mancanza di supporti familiari o informali. Per il tramite dell'erogazione di contributi economici continuativi o un tantum finalizzati al sostegno del reddito insufficiente alle necessità dei nuclei; - mantenimento delle azioni già in essere con ACER Ferrara, in continuità con l'anno precedente; - supporto ed integrazione economica al fine di prevenire, gestire e/o trovare soluzioni alternative durante le procedure di sfratto; - consulenza stragiudiziale; - consulenza per prevenzione e/o gestione a supporto degli assistenti sociali per i



nuclei in carico che versano in condizioni di disagio abitativo;

- mediazione con soggetti istituzionali preposti alla fase di sfratto e con i legali rappresentanti;
- individuazione di soluzioni abitative alternative;
- contributi economici per il canone di locazione/deposito cauzionale (all'interno dei progetti socio-assistenziali personalizzati);
- contributi per la morosità incolpevole (bandi Acer).
- attività del Centro di mediazione Sociale (Comune di Cento) quali la gestione di controversie di vicinato e nelle comunità territoriali; la costruzione soluzioni condivise tra le parti (liti condominiali, contrasti vicini, gestione spazi comuni...) e servizi di consulenza ai fini di migliorare la qualità di vita del disabile nell'ambiente domestico.

PERCORSO PARTECIPATO CON LE CARITAS

Obiettivo del processo di programmazione locale denominato “SperimentAzione e InnovAzione: formarsi per gli altri” vuole essere da un lato un trasferimento di buone pratiche, ovvero promuovere il percorso a livello Distrettuale con la facilitazione del Comune di Cento e dei mediatori sociali. Il processo intende quindi da un lato individuare e formare diversi stakeholders territoriali, quali Assistenti Sociali, rappresentanti di associazioni e Caritas, allenatori ecc. per sperimentare il percorso su un territorio vasto e al contempo integrarlo con nuove idee e proposte che emergeranno dagli incontri formativi, capitalizzando i contributi di tutti i soggetti coinvolti. L'idea è quella di creare una sorta di “cassetta degli attrezzi” della partecipazione, adattabile poi a diversi contesti.

Fondo Sociale Mobilità – “MI MUOVO INSIEME”

- approvazione Comunale Delibera di Giunta, da parte di ciascun Comune del Distretto Ovest, con i nuovi livelli tariffari degli abbonamenti agevolati annuali per l'anno 2018 e individuazione delle categorie sociali per il triennio 2016-2018;
- pubblicazione di un avviso pubblico da parte di ciascun Comune del Distretto Ovest per l'assegnazione di contributi sull'acquisto degli abbonamenti agevolati a favore di soggetti appartenenti a categorie sociali svantaggiate per l'anno 2018;
- formulazione di una graduatoria distrettuale degli aventi diritto.

INTERVENTI EMERSI DAL PERCORSO DI CREAZIONE DEL PIANODI ZONA

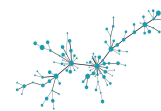
Parte delle proposte sotto riportate saranno finanziate, nel triennio, anche con la quota del Fondo Povertà, come in parte indicato all'interno del capitolo 3 “Sezione povertà”.

- creazione di uno spazio di integrazione ed occupazione lavorativa per uomini disoccupati e fragili con più di 50 anni da coinvolge in attività socialmente utili favorendo la creazione di una cooperativa di lavoratori che possa avere commesse da parte delle amministrazioni pubbliche per lavori di manutenzione;
- attivazione di un progetto di lotta alla povertà e sostegno alimentare ai cittadini meno abbienti con lo scopo di reperire costantemente alimenti derivanti da donazioni a vario titolo, da devolvere a favore di Caritas ed associazioni del Distretto Ovest;
- ampliamento del servizio di mediazione sociale, nello specifico quello di mediazione abitativa volto alla gestione delle emergenze abitative e al contrasto delle dinamiche conflittuali in ambiti interculturale e di convivenza;
- sostenere la fragilità ed il disagio economico delle persone con attività socialmente utili non solamente con contributi economici finì a se stessi andando in tal modo a sostenere l'autostima della persona e la dignità dell'utente;
- coinvolgere maggiormente la rete del volontariato presente nei Comuni del Distretto Ovest per tentare di coinvolgere nelle loro attività ed iniziative le persone inoccupate e prive di rete familiare che vivono profondamente il senso di solitudine;
- portare avanti gli incontri per il “Canone concordato”, facilitando in tal senso la possibilità di reperire abitazioni con un canone più accessibile anche a famiglie con un reddito modesto;
- promuovere il rafforzamento della rete tra i diversi soggetti che sul territorio si occupano di alfabetizzazione e favorire la collaborazione tra Pubblica

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEMA 10



	Amministrazione e Terzo Settore per permettere il corretto orientamento degli utenti ai servizi presenti; - promuovere e favorire l'ampliamento dei contatti da parte dei servizi sociali per il reperimento di aziende disponibili a collaborare, per l'applicazione della L.R. 14/15, collaborando anche con le associazioni degli imprenditori e dei lavoratori disoccupati.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- Incontri periodici programmati dell'equipe di valutazione multidimensionale tra i servizi sociali, sanitari e delle politiche del lavoro, per condividere ed avallare i progetti personalizzati (RES/REI e L.R. 14/15); - I programmi previsti per il superamento delle situazioni di povertà e di grave distanza dal mondo del lavoro dovranno integrarsi con le azioni previste dal reddito di solidarietà così come citato dalla L. 24/2016 – L. 33/2017; - Importanti per l'attuazione saranno le connessioni con gli attori del Patto per il lavoro: le aziende socialmente responsabili che si renderanno disponibili, con particolare attenzione alle cooperative sociali che si occupano di inserimento lavorativo.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	• Gestione associata ai servizi socio assistenziali; • Servizio Sociale dei Comuni di Cento, Bondeno, Terre del Reno, Poggio Renatico, Vigarano Mainarda; • Servizio Sanitario; • Centro per l'impiego; • Aziende pubbliche e private; • Enti di formazione; • Associazioni di volontariato; • Azienda Casa Regione Emilia Romagna; • Associazione di categoria proprietari e inquilini; • Consulente stragiudiziale; • Centro di Mediazione Sociale (Comune di Cento)
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Roberta Fini, Responsabile Gestione Associato Servizi socio Assistenziali Dott.ssa Roberta Sarti, Responsabile Servizi Sociali e Sportello Sociale Comune di Cento Dott.ssa Elena Bollini
Risorse non finanziarie	1 Responsabile GAFSA 1 Responsabile Comune di Bondeno 6 Assistenti Sociali 2 Educatori Professionali 6 Collaboratori Amministrativi

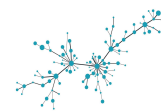
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€ 93.008,86 (Fondo Solidarietà Famiglie); 5.000,00 (Spese gestione alloggi temporanei);
Fondo sociale locale - Risorse statali	€ 19.897,20 (Fondo Solidarietà Famiglie); 150.000,00

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 10



	(Convenzione Agenzia Casa)
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€ 95.559,28
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€ 314.928,00
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€ 11.146,00 (Fondo Sociale Mobilità – Mi muovo insieme)
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune Cento <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€ 18.378,94 (quota indistinta) + 15.406,47 (PIT)
Comune Bondeno	€ 7.455,50 (quota indistinta) + 5.672,33 (PIT)
Comune Poggio Renatico	€5.093,89 (quota indistinta) + 3.451,04 (PIT)
Comune Terre del Reno	€ 5.159,88 (quota indistinta) + 4.230,93 (PIT)
Comune Vigrano Mainarda	€ 3.911,79 (quota indistinta) + 2.732,03 (PIT)
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
N. persone senza dimora prese in carico	N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)	0	31/12/2017	Numerico	0	0	0
N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	numero assunzioni effettuate con l'avviso 3 fondi PON	1 *	31/12/2017	Numerico	1	1	1
N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	numero assunzioni effettuate con la quota dedicata del Fondo Povertà			Numerico			
N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	numero pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015	1	31/12/2017	Numerico	8	8	8
N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	monitoraggio e valutazione dei percorsi individuali di inserimento di pazienti DSM/DP nella LR 14/15	S	31/12/2017	S/N	S	S	S

* assunzione non diretta, ma affidamento esterno

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 11



Distretto	OVEST
Titolo intervento	EQUITA' IN TUTTE LE POLITICHE: METODOLOGIE E STRUMENTI
Riferimento scheda regionale	11
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☐ Distrettuale ☒ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☐ Comune ☐ Unione dei comuni (GAFSA e Bondeno) ☒ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Azienda AUSL di Ferrara
In continuità con la programmazione precedente	☐ Sì ☒ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Benché la nostra società tenda a presentare le disuguaglianze come un dato di fatto, esse sono in realtà il risultato di una serie di interazioni rituali localizzate, collettivamente costruite e organizzate nello spazio e nel tempo. Il documento dell'OMS "Governance for health equity" (2003), traccia le <u>principali strategie</u> per tradurre in pratica il concetto di equità, che peraltro costituiscono l'impianto dell'intero Piano Socio Sanitario: - politiche e programmi intersettoriali; - assunzione di un approccio "intersectionality", ovvero intercategoriale, non targettizzante; - assunzione di pratiche "empowering"; - lavoro di networking; - promuovere comportamenti pro-attivi. L'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale e la Direzione Aziendale ritengono cruciale il tema dell'equità, per questo lavorano dal 2008 a Progetti di Modernizzazione in grado di favorire strategie di equità nel rapporto con i cittadini, le comunità (cliente esterno) e i dipendenti (cliente interno) nel rispetto della diversità. Gli stessi obiettivi di budget delle Direzioni Aziendali per l'anno 2018 prevedono azioni di consolidamento e rilancio delle politiche d'equità. Pertanto, sarà necessario rendere
-----------------------	--



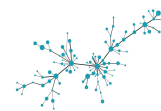
	le persone - differenti per età, genere, religione, cultura e provenienza, orientamento sessuale, disabilità¹ - capaci² di accedere ed usufruire delle risorse presenti nella rete dei servizi del territorio Provinciale, trasformarle e renderle utili per sé. Inoltre, rendere a sua volta i servizi “a misura di persona” e di comunità, nei diversi processi/percorsi di produzione rimuovendo ogni possibile ostacolo³. L'ottica con cui tradizionalmente il tema è trattato, mette in relazione le variabili socio-economiche alle condizioni di salute e all'utilizzo dei servizi, ma di fatto, le disuguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale⁴. Per dare corpo alle strategie di equità, come approccio strutturale nel sistema dei servizi sanitari e sociosanitari del territorio, è necessario prevedere: - azioni di sistema, sin dalla fase progettuale, indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità, ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso; - azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni (diversity management) sia verso l'esterno (fruitori dei servizi, utenti, familiari).
Descrizione	L'Azienda USL di Ferrara partecipa dal 2008 (approvato con DGR 2080/08 e approvato con DGR 2337/2009) ai progetti regionali di Modernizzazione per favorire strategie di equità, nel rispetto della diversità, nel rapporto con i cittadini, le comunità e i dipendenti. Nel 2010, con Delibera n. 69, l'Azienda USL di Ferrara ha definito la “Costituzione e nomina del Comitato Etico delle differenze” nella quale veniva evidenziato che valorizzare le differenze è un fattore di qualità dell'azione amministrativa, oltre che un'innovazione culturale, al passo con i tempi della complessità dei territori e della globalizzazione. Inoltre, per quanto riguarda gli operatori, le amministrazioni pubbliche debbono svolgere un ruolo propositivo e propulsivo nella valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale, attraverso attività di mappatura e analisi, condivisione con i decisori riguardo le azioni da realizzare e attività di monitoraggio continuo. Nel 2008 nella programmazione aziendale della formazione è stato dedicato spazio al tema delle “pari opportunità”, al quale nel 2011 è stato aggiunto il tema dell'equità. Sempre dall'anno 2008 il Comitato Unico di Garanzia CUG (ex Comitati Pari Opportunità) ha proposto seminari brevi, convegni sull'equità e fattori che possono causare disuguaglianze (genere, stato di salute, carriera, etc.), coinvolgendo circa n. 800 operatori (dato all'ottobre 2014). In Azienda il piano per l'equità, il contrasto alle disuguaglianze e il diversity management, è stato realizzato nel 2014 – 2015, e si configura come un censimento di attività ispirate all'equità, attivate spontaneamente in diversi settori aziendali, derivate dall'esperienza e dalla volontà di miglioramento dei professionisti, e/o suggerite dai cittadini-pazienti. Facendo leva sull'esperienza maturata in questi anni, ed il privilegio di ritrovarsi a garantire equità, nel rispetto delle differenze, in tutte le politiche locali del piano socio sanitaria triennale, risulta importante e strategico dare un nuovo impulso al

1 Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, 1948, New York; Trattato di Amsterdam 1997; Carta dei diritti fondamentali dell'UE – 2000; L'articolo 32 della Costituzione Italiana; L.R. n. 29 del 2004, Tutela della salute e Servizio sanitario regionale, art. 1, comma 2; Carta dei Valori, della Cittadinanza e dell'Integrazione, Ministero dell'interno, 2007.

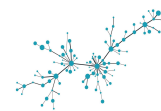
2 L'approccio delle capacità sta alla base del concetto di sviluppo umano definito dall'Human Development Report 1995 (UNDP) come un processo di ampliamento delle possibilità di scelta umane. Lo sviluppo umano e sostenibile si basa su quattro pilastri: eguaglianza, sostenibilità, partecipazione, produttività (UNDP, 1995).

3 Le “capabilities” secondo A. Sen (Sen 1980; 1984; 1985b; 1985a; 1987; 1992; 1993; 1995; Drèze and Sen 2002) e, più recentemente, anche Martha Nussbaum (Nussbaum 1995; 2000; 2002a; 2002b; 2003a, 2006).

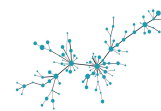
4 I determinanti sociali della salute. Dahlgren e Whitehead, 1991; Equità in salute attraverso un'azione sui determinanti sociali di salute, WHO Agosto 2008.



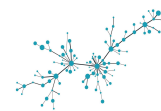
-
- 5 L'HEA è un processo ciclico attraverso il quale tutti gli attori (politici, amministratori, professionisti, utenti e cittadini): 1. valutano sistematicamente le iniquità nelle cause di malattia, nell'accesso ai servizi e nell'esito degli interventi per una determinata popolazione; 2. garantiscono che l'azione di contrasto sia condivisa e incorporata nella programmazione locale, nei servizi e nella pratica; 3. valutano l'impatto delle azioni intraprese nel ridurre le iniquità. L'HEA aiuta a identificare quanto equamente **i servizi e le risorse** sono distribuiti in relazione ai bisogni di salute di gruppi di popolazione o aree territoriali e **le azioni prioritarie** da mettere in campo per fornire servizi equi per la popolazione.
- 6 Valutazione di impatto in termini di equità



	coordinamento/board aziendale equità. Board che preferibilmente, come suggerisce l'Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione Emilia Romagna, si pensa collocabile in staff alla stessa direzione aziendale, in quanto azione strategica di sistema, in grado di assicurare, attraverso i diversi componenti, coerenza e trasversalità nell'applicazione pratica del criterio di equità, rispetto alle differenze (es. territoriali, culturali, genere, età, disabilità) riscontrabili tra i livelli organizzativi: programmazione aziendale, gestione/amministrazione ed erogazione dei servizi. I Componenti del board potranno avvalersi di strumenti/metodologie equity oriented, dei toolkit e della consulenza del team regionale per la realizzazione del Piano delle azioni sull'equità, per il supporto formativo e metodologico e per le attività riguardanti il monitoraggio continuo delle azioni/schede progettuali del piano socio sanitario. Il Piano annuale delle azioni sull'equità sarà composto da quelle schede progettuali dove la vulnerabilità dei destinatari e la complessità di ascolto/comunicazione si presenta sia in forma reale (presenza di fragilità, evidenza epidemiologica di iniquità) che potenziale rischio di vulnerabilità. Inoltre, a seconda del grado di evidenza epidemiologica si prevede l'adozione di specifici strumenti equity oriented quali l'Health Equity Audit (HEA)⁵ o Equality and diversity rapid impact screening checklist⁶ per garantire una maggiore coerenza tra l'evidenza dei dati sulle iniquità e le azioni messe in campo. In rapporto alle azioni di contrasto alle possibili iniquità che insorgono dentro alle organizzazioni, che si configurano come strategie di <i>diversity management</i>, risulta significativo il lavoro svolto e che svolgerà il Comitato Unico di Garanzia aziendale. Alcuni dei diversi temi/problemi che in questi anni hanno dato voce ai bisogni espressi/inespressi delle/dei dipendenti saranno un punto di partenza per consolidare l'impegno aziendale verso i temi dell'equità verso i propri dipendenti. La presente progettualità consente l'opportunità di realizzare azioni di miglioramento e azioni innovative di diversity management in quanto, anche da ricerche nazionali svolta su 150 aziende rappresentative delle imprese italiane con più di 250 dipendenti (Sda Bocconi, 2014), risulta adottata la gestione della diversità tra i dipendenti soltanto dal 20,7% del mondo produttivo.
Destinatari	Potenzialmente tutti gli utenti e gli operatori dei servizi, in quanto portatori di differenze individuali multiple, con attenzione alle fasce di popolazione maggiormente vulnerabili quali ad esempio persone in povertà o a rischio di esclusione sociale (in relazione a condizioni di migrazione, di precarietà lavorativa, di discriminazione legata al genere, disabilità ecc.) e che presentano complessità nell'ascolto e nella comunicazione.
Azioni previste	<i>A livello aziendale</i> - individuazione del Referente aziendale dell'Equità e nomina del Board aziendale/Interistituzionale sull'equità che comprenda componenti del sociale, sanitario, terzo settore ed Enti locali, inseriti in articolazioni organizzative strategiche dei dipartimenti aziendali e inseriti in strutture in staff alla direzione; - adozione aziendale del piano triennale dell'equità, temporalmente collegato ai Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale e Piani attuativi annuali sull'equità, composto da schede progettuali scelte dal board, nel rispetto delle variabili d'inclusione relative al grado di vulnerabilità e grado di complessità di ascolto/comunicazione oltre che da evidenze di iniquità; - utilizzo di strumenti e metodologie (equity assessment) per valutare la coerenza tra indirizzi, programmazione e interventi con particolare attenzione alla promozione di strumenti per la definizione e la misurazione della "vulnerabilità" in ogni setting di assistenza e cura; - pianificare eventi formativi rivolti al board e rivolti agli operatori che hanno partecipato ai processi di progettazione del Piano Socio Sanitario e che occuperanno un ruolo strategico nel monitoraggio delle schede progettuali; - realizzare azioni di diversity audit organizzativo: 1. produrre la mappa del personale che lavora in azienda enfatizzando tutti gli aspetti di diversità



	presenti tra i dipendenti; 2. produrre la mappa dei talenti presenti tra gli operatori aziendali; 3. produrre l'analisi del capitale intellettuale presente in azienda ponendo l'attenzione alla qualità e intensità delle relazioni presenti all'interno dei processi; - sulla base dei dati raccolti e condivisi con la direzione aziendale realizzare l'equality planning sperimentare interventi di diversity management attraverso progetti di ricerca-azione es. sviluppo delle competenze manageriali in grado di armonizzare e valorizzare le diversità, percorsi di accompagnamento e sviluppo individuali per le competenze e le carriere, sperimentare azioni per la conciliazione dei tempi di vita – e tempi di lavoro - pianificare incontri di monitoraggio e valutazione delle azioni presenti nel Piano Equità. <i>A livello regionale:</i> - partecipare al gruppo di lavoro regionale formato da tutti i referenti Equità aziendali e/o Responsabili della presente scheda/progetto - fruire delle piattaforme formative in tema di garanzie di equità, rispetto delle differenze e contrasto alle disuguaglianze, sia nei confronti degli utenti che degli operatori (L.R. n.6/2014) - adozione di analisi epidemiologiche per valutare l'impatto di politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione attraverso raccolta ed integrazione delle informazioni sulle condizioni rilevanti per la salute e loro descrizione tramite archivi dati non sanitari, analisi prospettiche di fasce vulnerabili della popolazione e valutazioni dell'equità di accesso ai servizi, studi di approfondimento sulle vulnerabilità sociali e le disuguaglianze, nonché sui determinanti sociali nelle disuguaglianze di accesso ai servizi e nel loro utilizzo (monitoraggio epidemiologico delle condizioni socioeconomiche e demografiche che influenzano la salute di individui e comunità)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- Adozione di strategie e la messa in campo di azioni/strumenti di gestione dell'equità nel rispetto delle diversità di fatto si basa sulla condivisione di politiche integrate, sul lavoro di rete e sul coinvolgimento dei diversi attori coinvolti (empowerment individuale, organizzativo e comunitario). - Strumenti di Programmazione e Pianificazione Aziendale - Piano regionale per la prevenzione - Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale - Contratto Collettivo del Lavoro
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda USL di Ferrara Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara Enti Locali Terzo settore Cittadini competenti/Comunità Università Regione Emilia Romagna
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Romana Bacchi, Azienda Usl di Ferrara. Direttore Distretto Sud Est mail:r.bacchi@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>



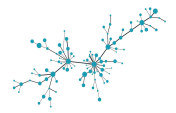
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 11



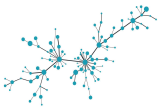
Nome del Comune finanziatore	
<i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 11

Indicatori locali



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
	Delibera Aziendale che individua la Presenza del referente dell'equità aziendale						
	Delibera Aziendale del Board Equità per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità						
	Validazione da parte della Direzione e Adozione del piano aziendale delle azioni di equità nel rispetto delle differenze, prioritariamente orientato agli obiettivi strategici del Piano (condizioni di povertà, rischio di esclusione sociale o discriminazione)						
	Presenza dei Report relativi al diversity audit organizzativo						
	Presenza nel Piano Equità di azioni di Diversity Management						
	N. incontri Regionali svolti dal referente equità aziendale - almeno due incontri del coordinamento regionale Equità & Diversità						
	Utilizzo di almeno 1 strumento di equity						

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 11

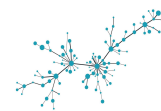


	assessment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assesment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del territorio aziendale						
	Progettazione e grado di partecipazione agli eventi formativi						
	Presenza Report Annuale						

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 12



Distretto	Zona sociale Alto Ferrarese-Distretto Ovest
Titolo intervento	SERVIZI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE DI PERSONE STRANIERE NEO ARRIVATE
Riferimento scheda regionale	12 - 14
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Comune di Cento
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☒ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	L'arrivo e la permanenza in Italia e in Emilia-Romagna di persone provenienti da Paesi Terzi rappresentano un fenomeno strutturale ed in aumento che necessita di adeguate risposte in un'ottica preventiva e promozionale. In merito a ciò servono pertanto risposte tempestive e competenti in termini interculturali e finalizzate a: supportare in termini specialistici la prima accoglienza di natura statale (CAS e SPRAR). Sostenere l'inclusione sociale dei nuovi cittadini, anche in riferimento a quelli in uscita dall'accoglienza, evitare fenomeni di isolamento e/o esclusione sociale, promuovere una società più coesa e solidale. Occorre pertanto rinnovare nel territorio un impianto di interventi e servizi di accoglienza ed integrazione, in grado di supportare ed accogliere tutti i cittadini con vari gradi di vulnerabilità, nell'ambito del sistema di welfare universalistico.
Descrizione	<u>CSII</u> Dal 2001 tutti i Comuni della provincia di Ferrara hanno condiviso il progetto di un unico coordinamento dei servizi per l'integrazione dei cittadini stranieri; è stato quindi attivato il CSII centro servizi integrati per l'immigrazione- Servizio di mediazione culturale ed accompagnamento amministrativo in Questura di Ferrara. Referente istituzionale del Centro è l'Ufficio Politiche per l'Immigrazione del Settore Servizi alla Persona, Istruzione e Formazione del Comune di Ferrara, il servizio è affidato con periodica gara, attualmente è gestito dalla Cooperativa Sociale Camelot – Officine Cooperative. E' un punto di raccordo provinciale per coordinare, supportare e mettere in rete i servizi e le Istituzioni che operano nel campo dell'immigrazione nel territorio ferrarese e si propone oltre che alle singole persone, a: -Enti pubblici e Istituzioni; Servizi e Scuole; Associazioni datoriali; Associazioni di e per stranieri. In quest'ottica, il CSII è soggetto coordinatore della rete informativa provinciale per cittadini stranieri, che comprende gli Sportelli Informativi situati nei Comuni di: - Ferrara, Unione dei Comuni Terre e Fiumi, Portomaggiore, Argenta, Comacchio,



Ostellato.

Cooperativa Sociale Camelot, in qualità di ente gestore, mira a perfezionare i processi e omogeneizzare le modalità operative dei propri uffici sia a livello centralizzato che territoriale al fine di rendere il lavoro più omogeneo ed efficiente. Oltre all'erogazione del servizio a un numero sempre crescente di cittadini, dovuto in larga parte alla maggiore presenza di cittadini richiedenti asilo, il CSII offre i seguenti servizi:

- consulenza legale in materia di rilascio, rinnovo e conversione del permesso di soggiorno;
- consulenza e orientamento sulle procedure di ricongiungimento familiare;
- riconoscimento dei titoli di studio, accesso ai servizi sanitari, alloggiativi e scolastici;
- problem solving, individuazione e consolidamento buone pratiche per l'interculturalizzazione dei servizi esistenti;
- progettazione e supporto alla governance dei servizi del territorio;
- partecipazione a tavoli locali, provinciali, regionali e nazionali;
- promozione, costruzione e rafforzamento di una rete con nodi di riferimento istituzionali attraverso la collaborazione con i principali Comuni della Provincia, il confronto costante e la verifica dell'omogeneità dei servizi erogati sul territorio ed il decentramento delle funzioni di sportello.

SPRAR

Dal 2016 il Comune di Cento ha aderito al progetto SPRAR per l'accoglienza e protezione di richiedenti asilo e rifugiati in ottica di integrazione sociale e culturale.

Ad oggi il numero di beneficiari accolti nel Comune di Cento è pari a 14. La proposta programmatica per il triennio è quella di aumentare il numero di posti disponibili, attraverso una gara di ampliamento.

L'accoglienza di richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione sussidiaria e umanitaria ha come obiettivi principali:

- garantire misure di assistenza e di protezione della singola persona;
- favorirne il percorso verso la (ri)conquista della propria autonomia.

Nell'ambito dell'accoglienza dei richiedenti e dei titolari di protezione internazionale, così come più in generale in materia di servizi sociali, si fa riferimento al concetto di *empowerment*, inteso come un processo individuale e organizzato, attraverso il quale le singole persone possono (ri)costruire le proprie capacità di scelta e di progettazione e (ri)acquistare la percezione del proprio valore, delle proprie potenzialità e opportunità.

ABC ESTATE

Il progetto prevede come azione specifica la realizzazione di una scuola estiva di lingua Italiana rivolta ad alunni stranieri frequentanti le scuole primaria e secondaria di 1° e 2° grado del Comune di Cento. L'esigenza nasce per dare risposta ai bisogni espressi dalle scuole del Territorio e dall'Amministrazione comunale per offrire la prima alfabetizzazione e il recupero/rinforzo della lingua Italiana come lingua seconda (L2).

ABC Estate è un servizio di scuola estiva in lingua Italiana volta al rafforzamento o conseguimento delle competenze linguistiche ma, allo stesso tempo, in cui vengono proposte attività ludico-ricreative.

Obiettivi

Generali

- rispondere ai bisogni linguistici, comunicativi, cognitivi, socio affettivi e relazioni degli studenti non italafoni;
- favorire il processo di integrazione, socializzazione ed interazione tra identità culturali diverse;
- garantire il diritto a tutti gli studenti di essere accolti ed inseriti nel nuovo contesto scolastico al termine del periodo estivo;
- guidare il passaggio graduale e non traumatico della lingua del Paese di origine a quella del paese ospitante.

Specifici



- sviluppare e migliorare le abilità ricettive e produttive orali e favorire le abilità interattive;
- guidare gli studenti in un percorso didattico che favorisca gli strumenti per poter esprimere i bisogni primari, le proprie necessità ed il proprio stato d'animo;
- acquisire le funzioni comunicative di base ed il relativo lessico per la comunicazione quotidiana;
- fornire agli studenti gli strumenti linguistici di base per poter affrontare lo studio dei diversi contenuti disciplinari;
- supportare gli studenti in attività di rinforzo della lingua italiana;
- approfondire alcuni aspetti della lingua e della cultura italiana;
- ripasso del programma di Italiano svolto durante l'anno scolastico e supporto nello svolgimento dei compiti estivi

SPORTELLI SOCIALI POLIFUNZIONALI – SERVIZIO STRANIERI E NODO RACCORDO PER IL CENTRO REGIONALE ANTIDISCRIMINAZIONE DEL COMUNE DI CENTO

Nel Comune di Cento è presente lo sportello stranieri che rientra all'interno dell'appalto degli sportelli sociali polifunzionali i cui principali obiettivi sono quelli di:

- dare continuità e sviluppare attività informative, di promozione, di assistenza ed educative;
- dare continuità all'attività del Nodo di raccordo della Rete Regionale Antidiscriminazione;
- promuovere attività di contrasto al razzismo e alla discriminazione, anche in contesti scolastici;
- potenziare gli strumenti di mediazione interculturale per migliorare l'accesso al sistema scolastico;
- contribuire allo sviluppo delle iniziative per l'apprendimento della lingua italiana degli adulti.

MEDIAZIONE INTERCULTURALE NELLE SCUOLE

Si tratta di contributi erogati agli Istituti Scolastici per interventi di mediazione interculturale rivolti agli alunni/studenti di origine straniera neo arrivati, per un sostegno per l'apprendimento della lingua italiana.

CSII

Tipologie dei destinatari:

- stranieri e comunitari presenti sul territorio della Provincia di Ferrara
- operatori dei servizi pubblici a contatto con utenti stranieri
- operatori, dirigenti e volontari delle associazioni di stranieri e/o che si occupano di stranieri
- mediatori linguistico culturali
- operatori di enti, associazioni, istituzioni e organizzazioni che entrino in contatto a vario titolo con problematiche legate alla presenza di cittadini stranieri a Ferrara

Numero dei soggetti destinatari diretti (coinvolti direttamente nelle azioni di intervento):

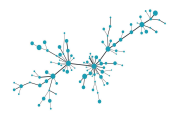
- circa 29000 persone di origine straniera regolarmente presenti in Provincia di Ferrara
- circa 90 operatori dei servizi
- circa 80 operatori delle associazioni
- circa 600 fra richiedenti asilo e titolari di una protezione internazionale

Soggetti destinatari indiretti (sui quali l'intervento potrà avere una ricaduta positiva pur senza coinvolgimento diretto):

- compagni di classe degli alunni stranieri
- forze dell'ordine
- operatori coinvolti nei Piani di zona distrettuali cittadini interessati a iniziative, incontri, conferenze

SPRAR

Destinatari



	Richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione sussidiaria e umanitaria. <u>ABC ESTATE</u> Alunni stranieri frequentanti le scuole primaria e secondaria di 1° e 2° grado del Comune di Cento. <u>SPORTELLI SOCIALI POLIFUNZIONALI – SERVIZIO STRANIERI E NODO RACCORDO PER IL CENTRO REGIONALE ANTIDISCRIMINAZIONE DEL COMUNE DI CENTO</u> - Stranieri residenti nel Distretto Ovest, fuori Distretto e fuori Provincia; - Operatori dei servizi interessati all'utenza straniera; - Cittadini interessati alle attività svolte; - Comuni del Distretto Ovest; - Scuole del territorio del Distretto Ovest; - C.P.I.A. Distretto Ovest; Servizi Sociali del Distretto Ovest; PA del Distretto Ovest
Azioni previste	<u>CSII</u> Le attività del CSII riguardano interventi di accoglienza, integrazione e convivenza, garantendo un servizio in grado pensare ai bisogni dei cittadini immigrati in maniera complessiva. Lo scopo è di integrare in un insieme organico e coerente gli interventi del pubblico e del privato, per intervenire direttamente nell'organizzazione e nel coordinamento delle attività di: aggiornamento e formazione degli operatori, consulenza e problem-solving, promozione della rappresentanza e funzionamento degli organismi di partecipazione, organizzazione di misure e interventi di ospitalità, accoglienza, promozione del diritto alla casa, inserimento scolastico, accesso alle strutture e ai servizi sanitari, informazione e accompagnamento nel disbrigo delle pratiche. Le attività progettuali riguardano pertanto: • il consolidamento del Centro Servizi Integrati per l'Immigrazione pensato come soggetto erogatore di servizi (in ottica di back-office) e come punto di raccordo, di documentazione, di coordinamento e promozione degli interventi svolti dai diversi Servizi o Enti, di ricerca e progettazione per il potenziamento delle risorse (in termini di lavoro in rete, formazione, individuazione di mezzi e finanziamenti, ecc.) e per l'acquisizione di soluzioni concertate rispetto a specifici problemi locali, di promozione/realizzazione di specifici interventi atti a garantire la parità dei diritti e la lotta contro tutte le forme di discriminazione; • la possibilità di dare continuità al CSII e al contempo di rimodularne funzioni e conseguenti azioni in ragione di un panorama migratorio in stato di continua mutazione per le novità normative introdotte nel corso degli ultimi anni e per il costante afflusso di nuovi cittadini (sia tra gli adulti che tra i minori); • la garanzia delle attività di informazione/orientamento svolte dai diversi sportelli comunali, sindacali, associativi, dei patronati e dei datori di lavoro in materia migratoria a favore degli immigrati non comunitari e dei cittadini UE per cui è prevista l'attività di aggiornamento degli operatori di sportello e il potenziamento della presenza di mediatori linguistico-culturali negli sportelli stessi; • la promozione dell'integrazione di richiedenti asilo e rifugiati mediante un'attività di integrazione, orientamento e informazione; • il mantenimento e rafforzamento dello sportello per richiedenti asilo e la modulazione della sua azione in ragione della quantità e qualità della domanda di protezione internazionale richiesta, raggiungendo una sempre maggiore coesione organizzativa con la Questura e Prefettura, oltre che con gli altri Enti parte della materia, anche grazie all'utilizzo di specifici protocolli d'intesa/accordi. Si intende inoltre realizzare attività volte a costruire relazioni positive, garantire pari opportunità di accesso, tutelare le differenze, in particolare tramite le seguenti azioni prioritarie: • interventi finalizzati a conseguire un consolidamento delle relazioni tra



- associazioni e istituzioni, in ciò comprese anche le forme assembleari dei cittadini stranieri residenti sul territorio;
- svolgimento di iniziative pubbliche di informazione e orientamento sui temi connessi all'immigrazione;
- interventi di sostegno all'apprendimento della lingua italiana da parte di stranieri adulti;
- interventi volti a fornire strumenti interculturali tali da garantire la partecipazione degli alunni e delle famiglie al percorso scolastico;
- implementazione di centri e sportelli specializzati per stranieri per lo svolgimento di funzioni di informazione, orientamento, consulenza ed assistenza;
- interventi finalizzati ad assicurare elementi conoscitivi idonei per permettere un adeguato accesso ai servizi;
- interventi di sostegno in materia di politiche abitative;
- interventi di consulenza legale.

PIANO SPECIFICO DELLE ATTIVITA'

a) Azioni di formazione, informazione e aggiornamento

Le azioni di formazione, informazione ed aggiornamento vengono rivolte a diverse tipologie di destinatari attuando modalità differenziate di erogazione delle stesse (es. aggiornamento degli operatori, organizzazione di gruppi di confronto intercomunali e interdistrettuali, cicli di seminari, incontri informativi/orientativi, tirocini, stage, aggiornamenti, seminari pubblici, newsletter).

I destinatari sono:

- enti pubblici
- Terzo Settore
- scuole e università
- enti di formazione professionale
- cittadinanza, italiana e straniera
- rivolte a tutti:

b) Servizi al territorio

I servizi erogati al territorio si possono enucleare nelle seguenti fattispecie:

- problem solving
- consulenza legale
- consulenza progettuale
- diffusione provinciale di informazioni
- inserimento scolastico di studenti stranieri
- welcome services

c) Documentazione

Per ciò che concerne le attività di documentazione il CSII attua diverse attività specifiche quali la gestione del Centro di Documentazione costantemente aggiornato grazie all'interfaccia con enti e servizi territoriali, regionali e nazionali, la pubblicazione di materiale informativo anche multilingue, la tenuta di una rassegna stampa quotidiana sulle tematiche dell'intercultura, della discriminazione e delle informazioni relative alla presenza di stranieri sul territorio.

La documentazione è altresì composta dall'attività di gestione di banca dati specifiche sull'utenza e sui casi trattati.

d) Interventi di progettazione sociale integrata

La progettazione sociale integrata viene svolta nei seguenti settori di intervento:

- **diritto alla casa**
 - sostegno alle situazioni di povertà estrema
 - collaborazione con i progetti "last minute market" e "brutti ma buoni"
 - rete per l'accoglienza e formazione volontari
 - progetto "casa"
- **diritto all'istruzione e socializzazione**
 - giovani e società multiculturale: scambi giovanili internazionali



- interventi di prevenzione dell'abbandono scolastico
- area giovani e G2
- **diritto alla salute**
 - attività per la promozione della salute femminile
 - coordinamento con Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria S.Anna
 - attività di elaborazione di specifici accordi in tema sanitario
- **sicurezza e solidarietà**
 - progetto Città Solidale e Sicura
 - patto per Ferrara Sicura
- **diritto al lavoro**
 - collaborazione con il Centro per l'Impiego e le Agenzie per il lavoro
 - partecipazione al Consiglio Territoriale per l'Immigrazione
- **lotta alla discriminazione**
 - partecipazione alla rete regionale antidiscriminazione
 - rapporto con UNAR – ufficio per la promozione delle parità di trattamento e la rimozione delle discriminazioni fondate sulla razza o sull'origine etnica
 - nodo di raccordo rete regionale antidiscriminazione
- **partecipazione e rappresentanza**
 - partecipazione alla Consulta dei rappresentanti degli immigrati dei Comuni di Portomaggiore e Argenta
 - supporto al Comune di Ferrara per la ricostituzione del Consiglio delle Comunità straniere del Comune di Ferrara e partecipazione agli incontri
 - promozione dell'associazionismo dei migranti
 - progettazione con il Centro Servizi per il Volontariato
- **programmazione**
 - partecipazione ai tavoli di area dei piani di zona dei tre distretti
 - partecipazione agli incontri di coordinamento provinciali
 - partecipazione al Consiglio Territoriale per l'Immigrazione
 - partecipazione agli incontri e gruppi di lavoro promossi dalla Regione Emilia Romagna

e) Interventi di progettazione culturale integrata

Per interventi di progettazione culturale integrata si intende la collaborazione alla realizzazione delle iniziative, supporto e monitoraggio di centri interculturali, enti e associazioni o con Enti specifici quali l'Università per l'organizzazione di giornate di studio, momenti formativi nonché per l'attivazione di stage e tirocini convenzionati nonché la promozione di iniziative interculturali organizzate a livello comunale, provinciale ed anche extraterritoriale (es in collaborazione con centri interculturali). Viene inoltre prodotto un report annuale delle attività svolte.

f) Attività di coordinamento, creazione, promozione e gestione di accordi e protocolli d'intesa

Queste attività si traducono nelle attività di:

- coordinamento degli sportelli della rete
- coordinamento degli operatori- mediatori linguistico culturali degli sportelli
- consulenze legali e problem solving per tutte le organizzazioni che fanno parte della rete
- rapporti con gli enti decentrati dello Stato
- realizzazione di protocolli d'intesa e accordi specifici
- reperimento, produzione, distribuzione di materiali informativi
- elaborazione di strumenti per il monitoraggio del bisogno
- raccolta ed analisi dei dati relativi all'utenza
- promozione accordo Anci – Ministero dell'Interno e coordinamento dei Comuni aderenti sia in materia di precompilazione elettronica dei kit che in materia di ricongiungimenti familiari
- raccordo e collaborazione con Patronati e Poste italiane
- Sportello per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale o umanitaria, il quale si occupa di tutte le procedure necessarie al fine di recepire ed inoltrare le richieste di protezione internazionale (o di rinnovo) ed erogare informazioni circa il rilascio dei titoli di soggiorno, fornire le adeguate informazioni, comunicare al richiedente gli appuntamenti fondamentali ai fini della formalizzazione della propria richiesta, creazione, verifica, copia ed



archiviazione dei fascicoli individuali dei richiedenti. Fondamentale per l'espletamento di queste pratiche è il coordinamento costante con Questura e Prefettura

g) Informazione e diffusione dei risultati

Annualmente viene predisposta la relazione che viene trasmessa ai diversi soggetti coinvolti nel progetto.

h) Coinvolgimento dei destinatari

Molteplici sono le attività messe in campo ai fini del coinvolgimento dei destinatari. Di seguito riportiamo le principali categorie e azioni messe in pratica per permetterne la maggiore e capillare informazione e inclusione

- *cittadini stranieri* (diffusione di materiale informativo, attività di sportello, partecipazione a consultazioni e coordinamenti di associazioni)
- *mediatori linguistico culturali* (incontri coordinamento, mailing list, formazione)
- *operatori del settore* (distribuzione di dispense, approfondimenti, guide per operatori, contatto telefonico/fax/email diretto con i referenti, gruppo tecnico mensile)
- *generico* (newsletter informativa, sito internet www.csii.fe.it, comunicati e conferenze stampa, bacheche cittadine, quaderni di documentazione realizzati in collaborazione con il CSV)

SPRAR

I servizi garantiti nei progetti territoriali dello SPRAR sono:

- assistenza sanitaria;
- assistenza sociale;
- attività multiculturali;
- inserimento scolastico dei minori;
- mediazione linguistica e interculturale;
- orientamento e informazione legale;
- servizi per l'alloggio;
- servizi per l'inserimento lavorativo;
- servizi per la formazione.

ABC ESTATE

Si tenderà al raggiungimento degli obiettivi attraverso le seguenti attività:

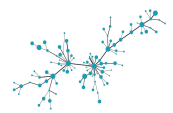
1. Lezioni frontali e partecipate
2. *Total Physical response* (per principianti)
3. Giochi di conoscenza e di squadra cooperativi e laboratorio creativi
4. Simulazione di situazioni quotidiane
5. Role plays
6. Lettura di materiali autentici
7. Visite guidate e lezioni in piazza

SPORTELLI SOCIALI POLIFUNZIONALI – SERVIZIO STRANIERI E NODO RACCORDO PER IL CENTRO REGIONALE ANTIDISCRIMINAZIONE DEL COMUNE DI CENTO

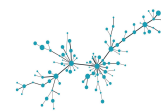
- Informazione ed orientamento ai cittadini;
- rinnovo dei titoli di soggiorno per cittadini non comunitari del Distretto Ovest utilizzando la procedura prevista dalla convenzione con ANCI e Poste Italiane;
- assistenza per la richiesta di Nulla Osta al Ricongiungimento Familiare come previsto dal nuovo protocollo con la Prefettura;
- assistenza nella richiesta di appuntamento per l'esame del TEST L2 tramite il portale del Ministero dell'Interno;
- attività di sostegno ai Comuni del distretto;
- attività di collaborazione con scuole ed associazioni sui temi dell'accoglienza, integrazione e discriminazione;
- programmazione finalizzata all'eventuale miglioramento dei servizi già in essere e/o alla promozione di nuovi interventi di qualificazione dello Sportello;
- contributo economico per mediazione interculturale nelle scuole del territorio



	distrettuale collaborando con il repertorio di mediatori linguistico-culturali gestito dalla Cooperativa Sociale Camelot – officine cooperative di Ferrara; - contributo al C.T.P (C.P.I.A.). del Distretto Ovest per la realizzazione corsi di lingua italiana per cittadini stranieri; - promozione e sviluppo della funzione di Nodo di Raccordo della rete Regionale Antidiscriminazione. <u>MEDIAZIONE INTERCULTURALE NELLE SCUOLE</u> Vengono realizzate diverse progettualità all'interno delle classi, con interventi sia su i singoli alunni/studenti, sia interventi di gruppo. L'obiettivo, oltre a favorire e sostenere l'apprendimento della lingua italiana è anche quello di favorire la socializzazione tra i diversi soggetti coinvolti.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<u>CSII</u> Il Centro Servizi Integrati per l'Immigrazione si articola con una sede centrale sita a Ferrara e sei punti decentrati sul territorio, presso i Comuni di Ferrara, Cento, Portomaggiore, Argenta, Comacchio, Ostellato. Tali punti stanno diventando sempre più sedi di programmazione e concertazione di interventi da svolgere a livello locale, in accordo con una condivisa progettazione provinciale. Per meglio costruire le strategie di intervento, in considerazione delle diverse realtà territoriali, gli operatori del CSII partecipano alla definizione dei piani di zona dei distretti centro-nord, ovest e sud-est. Inoltre, in aggiunta all'attività di coordinamento centralizzata, si recano nelle sedi territoriali per fornire servizi di consulenza, assistenza, problem solving e supporto. La formazione degli operatori a contatto con utenti di origine straniera vede la collaborazione con una molteplicità di soggetti tra cui: INAIL, INPS, Azienda USL, Azienda Ospedaliero Universitaria, Università degli Studi, Direzione Territoriale del Lavoro, Questura, Prefettura - UTG, Ufficio Scolastico Provinciale, ecc. Per favorire l'apprendimento della lingua italiana il CSII collabora con il CTP, l'Università di Ferrara, i centri di formazione professionale e le associazioni che propongono corsi. Importanti collaborazioni sono strette al fine di mantenere aggiornato il Centro di documentazione. La progettazione sociale e culturale coinvolge le associazioni di volontariato e promozione sociale del territorio, con particolare attenzione a quelle composte principalmente da cittadini stranieri. La promozione delle azioni di formazione professionale per cittadini stranieri si svolge in collaborazione con l'amministrazione provinciale e coinvolge numerosi centri di formazione professionale. In particolare per agevolare l'inserimento lavorativo di stranieri in situazione di difficoltà inoltre il CSII aderisce al "Patto per Ferrara" del Comune. Al fine di incentivare il collegamento tra gli organismi di partecipazione dei cittadini stranieri e i servizi del territorio, gli operatori del CSII partecipano alla Consulta di Portomaggiore e alla Consulta di Argenta. Hanno supportato altresì il Comune di Ferrara nella ridefinizione del Consiglio delle Comunità Straniere di Ferrara. Per ciò che concerne l'assistenza alle pratiche, presso i Comuni di Ferrara, Cento, Argenta, Portomaggiore ed Ostellato sono stati attivati i servizi previsti dal protocollo d'intesa ANCI-Ministero dell'Interno per la precompilazione elettronica delle domande di soggiorno. In tutti questi Comuni salvo Ostellato è inoltre attiva la procedura ANCI-Ministero dell'Interno per i ricongiungimenti familiari. Il Comune di Ferrara nel 2009 ha approvato con Provincia di Ferrara, Questura di Ferrara, Prefettura e CSII un protocollo d'intesa in materia di integrazione dei servizi per l'orientamento e l'assistenza di richiedenti protezione internazionale presenti sul territorio della Provincia di Ferrara. Il CSII con un suo rappresentante fa parte del gruppo tecnico del progetto regionale "Emilia Romagna Terra d'Asilo" ed è quindi in rete con gli altri progetti della Regione.



	Sempre per quanto concerne le politiche per l'asilo il CSII mette a disposizione il suo servizio di consulenza legale. Il CSII è parte del Patto per la Sicurezza, costituito da Prefettura, Forze dell'Ordine, Comune di Ferrara, per rendere il contrasto alle forme criminogene anche di origine straniera attento a non colpire con modalità indiscriminate la collettività degli immigrati presenti sul territorio di Ferrara e a fornire le soluzioni che, nel quadro di strategie condivise tese all'integrazione dei cittadini non italiani, portino ad azioni efficienti di conoscenza reciproca tra le diverse appartenenze. Una parte delle risorse complessive del programma finalizzato sarà dedicata al mantenimento delle funzioni di tipo sovradistrettuale di cui sopra, la restante sarà utilizzata, in accordo con i referenti dei singoli distretti, per promuovere l'attivazione di specifiche iniziative a livello distrettuale e locale. <u>SPRAR</u> Per garantire questa presa in carico e per consentire alla persona di esprimersi autonomamente anche nella manifestazione dei bisogni, lo SPRAR punta molto sulla costruzione e sul rafforzamento delle <i>reti territoriali</i>, che coinvolgano tutti gli attori locali a sostegno dei progetti di accoglienza nella sua totalità e, al tempo stesso, dei percorsi individuali dei singoli beneficiari. <u>SPORTELLI SOCIALI POLIFUNZIONALI – SERVIZIO STRANIERI E NODO RACCORDO PER IL CENTRO REGIONALE ANTIDISCRIMINAZIONE DEL COMUNE DI CENTO</u> - Integrazione con altri servizi, Istituzioni ed associazioni (sanitari, scolastici, ecc) - Rafforzare la conoscenza linguistica e l'attività formativa e progetti interculturali sul territorio attraverso la collaborazione con scuole enti di formazione, Azienda Sanitaria ed Enti Locali, Associazioni di volontariato del territorio; - Tutelare gli stranieri da comportamenti discriminatori nel lavoro, nella scuola, ecc.. (centro antidiscriminazioni).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<u>CSII</u> Soggetti pubblici coinvolti: Il progetto prevede un lavoro sinergico di tutti i tre distretti della provincia di Ferrara, per cui saranno coinvolte tutte le 26 Amministrazioni Comunali della provincia di Ferrara (Uffici relazioni con il pubblico – Informacittà, Sportelli per stranieri, Uffici anagrafe, Servizi sociali). Inoltre a vario titolo sono coinvolti in singoli progetti: Questura, Prefettura-UTG, Direzione territoriale del Lavoro, Ufficio X e CTP, Regione Emilia-Romagna, Provincia di Ferrara, Università degli studi, Centro per l'impiego, Centro Servizi per il Volontariato, Azienda USL, Azienda Ospedaliero Universitaria, ANCI, Servizio Centrale dello SPRAR, Polizia municipale. Soggetti privati coinvolti: Le associazioni che operano nel campo della prima accoglienza e dell'assistenza agli stranieri, le associazioni di e per i cittadini stranieri, le centrali cooperative, le associazioni sindacali e di categoria, i patronati, il Centro di Formazione Professionale Soggetti attuatori: Comuni di Ferrara, Cento, Portomaggiore e per essi la Cooperativa Sociale Camelot – Officine Cooperative <u>SPRAR</u> Soggetto Gestore Comune di Cento e soggetto attuatore Cooperativa Sociale Camelot – Officine Cooperative <u>SPORTELLI SOCIALI POLIFUNZIONALI – SERVIZIO STRANIERI E NODO RACCORDO PER IL CENTRO REGIONALE ANTIDISCRIMINAZIONE DEL COMUNE DI CENTO</u> Uffici Relazioni con il Pubblico, Punti informativi per stranieri, Uffici Anagrafe, Servizi Sociali della zona sociale, Questura di Ferrara, Prefettura UTG di Ferrara, C.P.I.A. di Ferrara, C.S.I.I. di Ferrara, Azienda USL, Associazioni sindacali e di categoria, Enti di formazione, Associazioni di volontariato del territorio, Cooperativa Sociale Camelot Officine Cooperative, CIDAS SOC. COOP. a R.L., Cooperativa Open Group, Istituti Comprensivi e Scuole secondario di secondo grado del Distretto Ovest, Regione Emilia - Romagna, Tribunale di Ferrara, Rappresentanze Consolari dei vari Paesi in



	Italia.
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Roberta Sarti, Responsabile Servizi Sociali e Sportello Sociale Comune di Cento
Risorse non finanziarie	<u>CSII</u> • n. 1 coordinatore di progetto (Master post laurea specifico – 25 h/settimana) • n. 2 legale (Laurea – 13 h/settimana) • n. 1 responsabile consulenza e problem solving (Laurea + master specifico-13 h/settimana) • n. 1 operatore di segreteria (Laurea-25 h/settimana) • n. 1 responsabile sportello asilo (Laurea + formazione specifica-10 h/settimana) • operatori - mediatori sportello Informastranieri Ferrara (Laurea almeno in patria per operatori stranieri + formazione professionale - 20,5 h /settimana) • operatori - mediatori sportello Portomaggiore (Laurea almeno in patria per operatori stranieri + formazione prof.le-13 h/sett) • operatori - mediatori sportello Argenta (Laurea almeno in patria per operatori stranieri + formazione prof.le-11,5 h/sett.) • operatori - mediatori sportello Comacchio (Laurea almeno in patria per operatori stranieri + formazione prof.le-9,5 h/sett) • operatori - mediatori sportello Ostellato (Laurea almeno in patria + formazione prof.le-4 h/sett) <u>SPORTELLI SOCIALI POLIFUNZIONALI – SERVIZIO STRANIERI E NODO RACCORDO PER IL CENTRO REGIONALE ANTIDISCRIMINAZIONE DEL COMUNE DI CENTO</u> - N. 1 responsabile del servizio Stranieri - N. 1 coordinatore dei Servizi Polifunzionali (tra i quali rientra il Servizio Stranieri) - N. 3 operatori del servizio Stranieri/ Nodo di Raccordo della rete Regionale Antidiscriminazione - 250 mediatori linguistici e culturali a chiamata



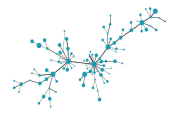
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€ 30.000,00 (CSII); 5.285,74 (trasferimento alle scuole programma finalizzato stranieri)
Fondo sociale locale - Risorse statali	€ 32.714,26 (trasferimento alle scuole programma finalizzato stranieri)
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€ 179.588,00 (Ministero dell'Interno – SPRAR)
Specificare quale altro finanziamento	
Comune	€ 9.500 (Comune di Cento - cofinanziamento SPRAR)
<i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i</i>	€ 59.500 (Comune di Cento – sportello stranieri)

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 12



comuni finanziatori

Nome del Comune finanziatore

*Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i
comuni finanziatori*



Indicatori da declinare a livello distrettuale

Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/122017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA	Partecipazione al bando Sprar per posti MSNA	N	31/12/2017	S/N	N	N	N
N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale	Partecipazione al bando Sprar per richiedenti e titolari di protezione internazionale	S	31/12/2017	S/N	S	S	S
N. Centri Interculturali attivi	Numero Centri interculturali attivi	0	31/12/2017	Numerico	0	0	0



Distretto	OVEST
Titolo intervento	PREVENZIONE, FORMAZIONE E AZIONI PER CONTRASTARE LA VIOLENZA DI GENERE E PARI OPPORTUNITÀ
Riferimento scheda regionale	14 - 25
Riferimento scheda distrettuale	Consolidamento e prosecuzione del lavoro di rete e di comunità; Funzionamento e potenziamento attività Ufficio di Piano per la valutazione e il monitoraggio del Piano di Zona (regionale n. 29)
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Comune di Ferrara (per ambito provinciale) e Comune di Cento (per ambito distrettuale)
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti ☐ Sì ☒ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☒ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☒ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	La normativa internazionale, nazionale e regionale rende la prevenzione e il contrasto della violenza, la protezione delle vittime reali e potenziali, la azione giudiziaria ripartiva, oggetti di una azione sistemica, programmata e in rete tra diversi livelli di responsabilità. Negli ultimi cinque anni, si è intensificata l'attenzione al tema con la condivisione che trattasi di un fenomeno strutturale e non emergenziale. I più significativi atti normativi internazionali e nazionali recenti: - la ratifica della Convenzione di Istanbul, avvenuta con la <u>legge n. 77 del 27 giugno 2013 entrata in vigore il 1 agosto dell'anno successivo 2014</u> - il decreto legge n. 93 del 14 agosto ("Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province") <u>convertito</u> in legge il 15 ottobre dello stesso anno (legge n. 119/2013) "Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere" da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri, avvenuta il 7 luglio del 2015 - il D.P.C.M. "Ripartizione delle risorse del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità, 25 novembre 2016 - Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri per adozione "Linee Guida Percorso per le donne che subiscono violenza" rivolto alle Aziende Sanitarie e adottato il 23.11.2017 - la Legge di Bilancio 2018 inserisce nel Codice delle pari opportunità disposizioni a garanzia dei soggetti che denunciano molestie, anche sessuali, sul luogo di lavoro, facendo divieto di licenziamento del lavoratore fatti salvi i casi di accertata diffamazione da parte del denunciante. Inoltre pone a carico del datore di lavoro l'obbligo di garantire l'integrità fisica e morale e la dignità
-----------------------	---



dei lavoratori, e di porre in essere, con il coinvolgimento dei sindacati, nuove iniziative volte a prevenire le molestie sessuali. La legge, inoltre, sollecita tutti i soggetti coinvolti, tra cui anche i lavoratori e le lavoratrici, a garantire un ambiente di lavoro rispettoso della dignità umana

- E' prevista l'attribuzione di un contributo in favore delle cooperative sociali per le assunzioni di donne vittime di violenza di genere ed inserite nei relativi percorsi di protezione, con contratti di lavoro a tempo indeterminato, aventi decorrenza dopo il 31 dicembre 2017 e purché stipulati entro il 31 dicembre 2018. Il contributo consiste in uno sgravio contributivo per un periodo massimo di 36 mesi, entro un limite di spesa pari a 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2018-2020. Si demanda ad un prossimo decreto ministeriale la definizione dei criteri di assegnazione del contributo. Questa misura si aggiunge alla previsione già presente, di concessione di congedo lavorativo indennizzato per le donne vittime di violenza (art. 24 del decreto legislativo n. 80 del 15 giugno 2015)

Atti normativi recenti Regione Emilia-Romagna

- deliberazione n. 1677/13 “Adozione linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso”
- 27 giugno 2014 approvazione della “Legge quadro per la parità contro le discriminazioni di genere” che dedica il titolo V alla prevenzione della violenza di genere
- 29 febbraio 2016, approvazione del primo “Piano regionale contro la violenza di genere”
- deliberazione n. 1423/2017 “Attuazione del piano sociale e sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale” – Scheda 25 “Contrasto alla violenza di genere”
- deliberazione n. 1890 del 29/11/2017 “Promozione interventi formativi in attuazione del piano regionale contro la violenza di genere”

A Ferrara è attivo ormai da un decina di anni un Tavolo interistituzionale per il contrasto alla violenza di genere promosso dalla Prefettura che nel 2009 ha portato alla sottoscrizione del **“Protocollo d'intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne e dei minori”**, tra Prefettura di Ferrara, Amministrazione Comunale e Provinciale, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda Usl di Ferrara, Questura di Ferrara, Comando Provinciale dei Carabinieri di Ferrara, Comando Provinciale della Guardia di Finanza di Ferrara, Ufficio Scolastico Provinciale di Ferrara e Associazione Centro Donna Giustizia. Il protocollo è stato successivamente integrato nel 2016 con la sottoscrizione anche del Presidente del Tribunale per i minorenni dell'Emilia Romagna, del Procuratore della repubblica presso il Tribunale per i minorenni dell'Emilia Romagna, del Centro Ascolto Uomini Maltrattanti di Ferrara (CAM), dell'Università degli studi di Ferrara e dell'Ordine degli avvocati di Ferrara.

A breve sarà sottoscritto dai tre Distretti della provincia ferrarese anche il **“Protocollo d'intesa in tema di progettualità a favore di donne vittime di violenza e dei loro eventuali figli minori”** con lo scopo di avere una logica di coordinamento operativo interdistrettuale per le progettualità in tema di contrasto alla violenza sulle donne. Ad oggi è stato approvato dal Comune di Ferrara quale capofila provinciale.

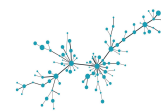
La **dimensione sovra distrettuale** è inserita nella logica della rete provinciale sia operativa che finanziaria. Dal 2016 sono operativi , esito di convenzioni locali, due sportelli di prima accoglienza, nel Distretto Ovest e nel Distretto Sud Est. A tali interventi e in rete con il modello di accoglienza in emergenza sperimentato nel Distretto Centro Nord, è di imminente apertura una casa rifugio nel Distretto Sud Est la cui gestione è coerente e integrata con le strutture attive nel Distretto Centro Nord e con le soluzioni temporanee di accoglienza in emergenza attive nei Distretti Centro Nord e Ovest.

DATI REGIONALI

I dati forniti dal “Coordinamento dei centri antiviolenza dell'Emilia Romagna”, in collaborazione con la Regione Emilia Romagna per l'Osservatorio sui dati, evidenzia



	che nel corso del 2016, 3.431 donne si sono rivolte ai 13 centri del “Coordinamento”, in leggero aumento rispetto al 2015, in cui gli stessi centri avevano accolto 3.353 donne (+2,2%). Le donne accolte che subiscono violenza con figli/e sono complessivamente 1.841, pari al 76,9%. I figli/e delle donne accolte sono 3.169: in media 1,7 figli/e per donna (considerando il gruppo delle donne con figli/e). Le donne ospitate nelle case-rifugio e nelle altre strutture dei centri antiviolenza del Coordinamento regionale nel corso del 2016 sono state 225, i figli/e 223, registrando in entrambi i casi un aumento: + 27 donne, +10 figli/e. Non avendo ancora operativo un Osservatorio Regionale che ricomponga tutte le fonti dati, la incidenza provinciale del fenomeno si desume da fonti diverse ed è prioritario ricomporre la dimensione reale del fenomeno dalle diverse fonti, visto che nonostante il coinvolgimento e la collaborazione anche nel territorio ferrarese di numerosi soggetti pubblici e privati di cui sopra il fenomeno della violenza contro le donne è rilevante anche nel nostro territorio. <u>DATI LOCALI</u> Nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cona, per violenza sessuale la medicina legale è intervenuta per 19 casi nel 2017. Nei presidi ospedalieri della provincia sono stati censiti n. 159 casi di maltrattamento “riconducibile” a violenza di genere. Oltre i dati sanitari è opportuno e urgente ricomporre i dati delle Procure e delle Forze dell'Ordine. In merito ai dati di accoglienza e presa in carico del Centro Antiviolenza, nella provincia ferrarese è presente e attivo dal 1991 un unico Centro antiviolenza, dell'Associazione di promozione sociale Centro Donna Giustizia, che gestisce per conto del Comune di Ferrara (ente capofila) anche il progetto a valenza provinciale “Uscire dalla violenza”. Oggi il Centro Antiviolenza ha rapporti convenzionati e attivi anche nei Distretti Ovest e Sud Est. I dati 2017, oggetto del report di attività, rilevati evidenziano che lo scorso anno hanno avuto accesso/accolte 273 donne, di cui 190 nuove. 162 sono italiane e 111 di altri paesi. Tra queste le donne che hanno subito o subiscono violenza sono 263 di cui 160 italiane. I figli che subiscono violenza assistita sono 199. 146 sono le donne con residenza nel distretto centro-nord. Le 83 situazioni ancora in carico dagli anni passati dipendono dalla necessità di attivare percorsi diversificati e che richiedono necessariamente un tempo lungo per consentire alle donne di uscire dalla violenza e raggiungere l'autonomia personale, lavorativa e abitativa. Tra le azioni di prevenzione della violenza contro le donne rientrano anche quelle finalizzate al contrasto di altri fenomeni connessi, quali la tratta e la riduzione in schiavitù, matrimoni forzati e mutilazioni genitali femminili. Gli interventi di contrasto alla violenza di genere si collocano per lo più in continuità con gli anni precedenti. Nei principi sanciti dalla Convenzione di Istanbul e dalle normative e raccomandazioni delle agenzie internazionali, a partire dalla Conferenza delle donne di Pechino del 1995, si evince che per fronteggiare il fenomeno della violenza maschile è necessario riconoscerne il carattere strutturale e non episodico o emergenziale. Pertanto si segnala l'importanza di poter fare una programmazione a medio e lungo termine.
Descrizione	Il fenomeno della violenza nei confronti di donne e minori, sia essa fisica, sessuale, psicologica o economica, rappresenta anche per il territorio ferrarese un tema di particolare delicatezza e gravità per cui è necessario dare continuità a interventi di accoglienza e protezione, di ascolto e consulenza psicologica, di percorsi di uscita dall'isolamento sociale mirati al raggiungimento dell'autonomia personale delle donne che vogliono uscire dalla violenza, aiutandole anche nella ricerca di un lavoro e di una casa. Il Comune di Ferrara da anni sostiene, con il contributo economico di tutti i Comuni della provincia, il Progetto a valenza provinciale “Uscire dalla violenza”, e altre progettualità a favore di donne vittime di violenza e ai loro eventuali figli minori, delegandone la gestione al Centro antiviolenza Centro Donna Giustizia, associazione individuata con procedure di evidenza pubblica. Le forme di aiuto rivolte alle donne vittime di violenza sono varie e vanno dall'ascolto, al sostegno psicologico e sociale, alla protezione in Casa Rifugio. A tal proposito il



Comune di Ferrara dal 2001 ha messo a disposizione, con concessione d'uso gratuito, un'immobile con 14 posti letto per donne vittime di violenza che necessitano di protezione per loro e per i loro eventuali figli minori.

Grazie alla donazione di un privato è attiva anche una casa rifugio con 4/5 posti letto. Nel distretto Sud Est dal 12/03/2108, grazie al progetto **“lo comincio da qui”** è attiva una nuova Casa Rifugio, confiscata alle mafie e ristrutturata grazie a un cofinanziamento regionale, che è stata messa a disposizione dal Comune di Comacchio al CDG per implementare con 5 posti letto, l'accoglienza delle donne prese in carico con il Progetto Uscire dalla violenza.

Nel 2013 è nato a Ferrara il **Centro Ascolto per Uomini maltrattanti (CAM)** che offre percorsi psico-educativi individuali e di gruppo a uomini che sono stati violenti e controllanti verso i membri della loro famiglia e vogliono cambiare. Il CAM, sostenuto in questi anni con il Fondo Sociale Locale, propone azioni educative e preventive con i giovani attraverso anche interventi formativi, in collaborazione con il CDG, con insegnanti e studenti delle scuole secondarie di secondo grado e di sensibilizzazione con la cittadinanza. Vuole essere luogo di confronto, scambio e formazione, aperto a tutti gli uomini, per una cultura positiva del maschile. Il Centro è parte attiva della rete del territorio (comunale e provinciale) per il contrasto alla violenza di genere.

Il Progetto **“Verso l'autonomia: percorsi di uscita dalla violenza”** è un progetto attivo per le annualità 2017 e 2108, finanziato dal Dipartimento per le pari opportunità a seguito della pubblicazione di un bando a cui ha partecipato il Centro antiviolenza CDG, assieme ai Comuni partner di Ferrara, Cento, Codigoro e Comacchio. Il progetto ha come obiettivo quello di potenziare i servizi previsti dal Centro accoglienza e dalla Casa Rifugio (maggiore presenza oraria delle operatrici, attività educative per i figli delle donne ospiti, apertura nei week-end, apertura di sportelli decentrati a Cento, Codigoro e Comacchio, aumento dei posti letto disponibili, ecc.) oltre a consolidare la collaborazione con il CAM (Centro Ascolto Uomini Maltrattanti), e attivare in un'ottica di rete, l'orientamento al lavoro, anche attraverso laboratori motivazionali e formativi, e gli inserimenti lavorativi in accordo con enti formativi e ASP (dal 2005 è attivo presso il centro antiviolenza CDG lo sportello di orientamento al lavoro promosso dal Coordinamento dei centri antiviolenza dell'Emilia-Romagna).

Grazie ai fondi del piano straordinario è stato avviato a ottobre 2017 il **Progetto distrettuale “Casa dolce casa”**, mentre nel distretto Ovest è partito il Progetto **“Welcome home”**, progetti rivolti alle donne in uscita da percorsi di violenza, con lo scopo di contribuire e sostenere economicamente la loro autonomia abitativa.

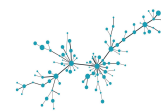
Oltre a questa progettualità sono attivi dei percorsi di uscita dalla violenza attraverso case di semi-autonomia.

Grazie alle risorse regionali per la promozione ed il conseguimento delle pari opportunità e contrasto delle discriminazioni e della violenza di genere è stato da poco concesso al centro antiviolenza CDG, capofila del progetto **“Rompiamo il silenzio”**, un finanziamento per l'anno 2018, a cui hanno aderito come partner i Comuni di Ferrara, Cento, Comacchio e Codigoro oltre all'ASP di Ferrara.

Oltre alla gestione di servizi per contrastare la violenza di genere è necessario puntare sulla **formazione degli operatori e professionisti** pubblici e privati che a diverso titolo entrano in contatto con questo fenomeno (personale socio-sanitario, MMG, FFOO, avvocati, ...) questo anche per consolidare la rete già presente tra coloro che fanno parte dei Servizi.

Nel 2018 le Regioni sono state destinatarie di un finanziamento volto alla formazione di personale sanitario dei Pronti Soccorso e della rete di emergenza-urgenza e di personale socio sanitario operante nei Servizi territoriali sociali e sanitari con l'obiettivo di consolidare una rete di facilitatori territoriali. Attraverso la delibera “Promozione interventi formativi in attuazione del piano regionale contro la violenza di genere, approvato con deliberazione dell'assemblea legislativa n. 69 del 04 maggio 2016. Assegnazione di finanziamenti ad aziende sanitarie della regione. CUP e33j17000200001”.

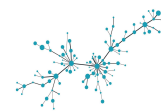
L'Azienda USL di Ferrara è soggetto capofila per l'Area Vasta Emilia Centro con l'obbligo di un convegno di apertura, già realizzato, uno di chiusura a termine 2018 e



	minimo 4 laboratori locali, da realizzarsi tra maggio e giugno 2018 e settembre e ottobre 2018. I destinatari sono oltre agli operatori sociali e sanitari, le forze dell'ordine, i Centri antiviolenza, l'associazionismo per la funzione di prevenzione. Altrettanto importante è la sensibilizzazione di questo tema, in quanto il fenomeno della violenza ha origini anche culturali, frutto di relazioni storicamente disuguali tra il genere maschile e femminile. Le attività di promozione e confronto fra gli operatori/operatrici dei servizi pubblici e privati e della cittadinanza, così come le informazioni sulla rete dei servizi a disposizione delle donne sono necessari anche per prevenire la violenza di genere ed evitare alle donne doppie vittimizzazioni. Sono stati infatti già attivati diversi progetti di sensibilizzazione e formazione anche all'interno delle scuole del territorio e verso la cittadinanza per far sì che cresca una cultura del rispetto e di gestione del conflitto. (Si segnala che in riferimento ai temi della violenza di genere anche gli operatori di Spazio Giovani dell'AUSL di Ferrara e i Servizi Sociali territoriali, si interfacciano con le operatrici del Centro Donna Giustizia e del Centro di ascolto Uomini maltrattanti presenti anch'essi all'interno delle scuole secondarie superiori.) Rispetto al contrasto della tratta e la riduzione in schiavitù, il Comune di Ferrara già dal 1999 fa parte del progetto a coordinamento regionale “Oltre la strada”. Sempre nel Distretto Centro Nord agisce il progetto “Luna blu”, finalizzato alla protezione sanitaria delle donne in esercizio prostitutivo, per strada e al chiuso e alla mediazione della conflittualità sociale. <u>Politiche per le Pari Opportunità</u> In questi ultimi anni hanno assunto un'importanza rilevante, oltre alle politiche legate alla violenza contro le donne, le politiche di genere, e Il Comune di Cento ha voluto investire in questo ambito attuando iniziative e progetti finalizzati a sostenere le pari opportunità donna-uomo, contrastare i fenomeni della violenza contro le donne e delle discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e l'identità di genere.
Destinatari	- Donne vittime di violenza e loro eventuali figli minori, uomini maltrattanti - Donne vittime di tratta e sfruttamento
Azioni previste	AZIONI DISTRETTUALI Sono quelle previste dai progetti descritti nelle sezioni precedenti, precisamente: - accoglienza, informazione, accesso, orientamento alle risorse territoriali, accompagnamento a forme di presa in carico più complesse, se necessarie, anche attraverso il punto decentrato a Cento del Centro Donna Giustizia di Ferrara; - consulenza legale; - sostegno psicologico e sociale, gruppi di sostegno, colloqui sportello lavoro; - protezione in case rifugio - attività di formazione per operatori sociali, sanitari (pubblici e privati) e di volontari. Attività di info-formazione nelle scuole superiori rivolte a docenti e studenti. Attività di info-formazione rivolta alla popolazione; - aumento dell'offerta provinciale di accoglienza, all'interno di un progetto di rete nel territorio del Distretto Ovest, sia in emergenza, sia con soluzioni flessibili sui livelli di autonomia delle donne prese in carico con progetti individualizzati di uscita dalla violenza; - percorsi di uscita dall'isolamento sociale mirati al raggiungimento dell'autonomia personale delle donne vittime di violenza; Inoltre sarà mantenuta l'attività del Tavolo sulla Violenza di Genere e il “Protocollo operativo: guida ai servizi e alla rete che contrasta la violenza di genere” (attualmente operativi solo sul Comune di Cento) con l'obiettivo di realizzare nel triennio le seguenti azioni: - Formazione per gli insegnanti; - Condivisione delle modalità operative e delle azioni di prevenzione; - Estensione dei laboratori nelle scuole in tutti i Comuni del Distretto; - Formalizzazione dell'adesione dei Comuni del Distretto al Tavolo violenza di



	genere, attraverso la loro aggiunta al protocollo e l'approvazione di un atto di Giunta; - Incontri del Tavolo ogni 3 mesi; - Raccolta dei bisogni dai servizi e successivi eventi di formazione; - Lavori in commissioni; - Adesione al protocollo provinciale. Tale Tavolo avrà inoltre la funzione di lavorare in merito alla programmazione del Piano di Zona, individuando annualmente obiettivi e priorità. <u>Politiche per le Pari Opportunità</u> Le aree di intervento sono le seguenti: - attività del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) del Comune di Cento costituito in attuazione dell'art. 21 della Legge 4 novembre 2010, n. 183, nell'ambito delle politiche per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, che opera secondo le linee di indirizzo disciplinate dalla Direttiva emanata dai Dipartimenti della Funzione Pubblica e per le Pari Opportunità del 4 marzo 2011 (compiti propositivi, compiti consultivi, compiti di verifica); - adesione del Comune di Cento all'accordo di cooperazione strategica tra l'ufficio della Consigliera di Parità della Provincia di Ferrara e i Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni del territorio provinciale di Ferrara; - manutenzione del Piano delle Azioni Positive ai sensi di quanto disposto dall'art. 48 del D.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"; nello specifico è stato realizzato un corso di formazione di primo livello rivolto al personale dipendente dei Servizi alla Persona, Polizia Municipale, URP di conoscenza della realtà LGBT (comunità Lesbica, Gay, Bisessuale, Transessuale) ed è prevista la realizzazione di un secondo livello di approfondimento rivolto nello specifico agli operatori dei Servizi alla Persona e della Polizia Municipale; - adesione del Comune di Cento a: <i>"Carta per le Pari opportunità e l'uguaglianza sul lavoro"</i>; Carta d'intenti della <i>"Campagna 365 giorni NO"</i> alla violenza contro le donne; Convenzione <i>"NO MORE"</i> contro la violenza maschile sulle donne-femminicidio; Carta d'intenti <i>"RE.A.DY"</i> – Rete Nazionale delle Pubbliche Amministrazioni Antidiscriminazione per orientamento sessuale e identità di genere.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- servizi sociali e sanitari utilizzando anche il protocollo ANCI-DIRE e il manuale condiviso tra le professioni di aiuto nei servizi sociali e nei Centri Antiviolenza - area scuola - formazione professionale e lavoro - politiche abitative - politiche della sicurezza
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Centro antiviolenza Centro Donna Giustizia, ASP, ASSP, Comuni della Provincia, Assessorati alle pari opportunità, Ufficio diritti dei minori del Comune di Ferrara, AZ.USL di Ferrara (Spazio Giovani, Salute Donna, DCP, UOMPIA, ...), Az. Ospedaliera, Regione Emilia-Romagna, CAM, Scuole Secondarie di I e II grado, Associazionismo, Forze dell'ordine
Referenti dell'intervento	Dott.ssa MONIA MINGHINI m.minghini@comune.fe.it 0532 419664 Dott.ssa Roberta Fini, Responsabile Gestione Associato Servizi socio Assistenziali Dott.ssa Roberta Sarti, Responsabile Servizi Sociali e Sportello Sociale Comune di Cento
Risorse non finanziarie	Operatori sociali e del CDG



Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	
Fondo sociale locale - Risorse statali	
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€ 34.830,00 Progetto Welcome Home
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comuni Distretto Ovest	€ 6.146,50 (Cofinanziamento Progetto Welcome Home)
Comune Cento	€ 7.356,43 (Uscire dalla Violenza) + 1.500,00 (Cofinanziamento progetto Rompiamo il Silenzio a valenza provinciale con CDG capofila)

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 13



Comune Bondeno	€ 2.767,92 (Uscire dalla Violenza)
Comune Poggio Renatico	€ 2.064,39 (Uscire dalla Violenza)
Comune Terre del Reno	€ 2.024,32 (Uscire dalla Violenza)
Comune Vigarano Mainarda	€ 1.601,94 (Uscire dalla Violenza)
Comuni Distretto Centro Nord	€ 35.535,00 (Uscire dalla Violenza)
Comuni Distretto Sud Est	€ 19.590,00 (Uscire dalla Violenza)
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	



Indicatori da declinare a livello distrettuale

Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
N. Centri Interculturali attivi	Numero Centri interculturali attivi			Numerico			
Indicatori locali							
	Attività e dati Osservatorio regionale sulla violenza di genere; con graduale sistematizzazione dei dati locali						



Distretto	OVEST
Titolo intervento	SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ
Riferimento scheda regionale	15 e 16
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Comune di Cento
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì (con nuovi interventi) ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☒ Sì ☐ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☒ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Molte evidenze scientifiche hanno dimostrato l'importanza dei primi anni di vita nello sviluppo precoce del bambino, in particolare si è appurato che lo sviluppo neurologico e quindi psicologico del bambino non è automatico ma avviene in risposta a stimoli sociali e interpersonali. Questi stimoli influenzano entità, direzione e stabilità delle connessioni sinaptiche e quindi lo sviluppo delle reti neurali che sono alla base delle diverse competenze del bambino, delle interazioni tra queste e le sue capacità di apprendere. Così come le ricerche in campo internazionale, e le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dimostrano come l'attivazione di interventi domiciliari, per mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita producano risultati volti a contribuire a ridurre le disuguaglianze, a sostenere la genitorialità ed a prevenire condizioni di trascuratezza/negligenza dei bambini. Le famiglie e le relazioni che in esse si instaurano, sono l'elemento determinante nella crescita dei bambini soprattutto nei primi anni di vita ed è proprio in rapporto a quello che le famiglie sono o non sono in grado di dare che si strutturano in fasi molto precoci disuguaglianze di competenze fondamentali. Interventi precoci in epoca prenatale e post natale di sostegno ai genitori hanno dimostrato di riuscire ad influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini e delle bambine con esiti anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni) di riduzione delle disuguaglianze.
Descrizione	In linea con quanto previsto dalla Commissione Europea nel 2013 combattere lo svantaggio socioculturale nei primi anni di vita è una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale. Ciò è possibile attraverso strategie integrate di sostegno ai neogenitori, nell'accesso al mercato del lavoro, di sostegno al reddito e nell'accesso ai servizi essenziali per la salute e lo sviluppo dei bambini, quali nidi e scuole per l'infanzia, servizi sociali e sanitari, abitazione e ambiente. Approcci che si basano su modalità di counseling (ascolto partecipativo, osservazione, sostegno, ecc) e di prossimità (servizi per la prima infanzia, interventi domiciliari, home visiting, ecc) sono orientati ad identificare i fattori di rischio ed a



supportare la famiglia nell'identificazione delle risorse proprie, della rete familiare allargata e nel contesto sociale e delle modalità per far fronte alle difficoltà. Nello specifico ad esempio l'attivazione di interventi di home visiting o di programmi di intervento universale di sostegno ai genitori sono mirati a favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri nei bambini, aiutare il genitore ad adattare il proprio comportamento allo sviluppo del bambino e facilitare la loro relazione, rafforzare l'autostima della madre, prevenire episodi di negligenza/trascuratezza e situazioni di maltrattamento fisico-psicologico e di abuso.

Nel Distretto Ovestil Centro per le Famiglie svolge da anni un ruolo di fondamentale importanza nel raggiungimento di questi obiettivi.

Di seguito si riportano i dati attività del Centro per le Famiglie per l'anno 2017.

AZIONI PREVISTE	RISULTATI ATTESTI/INDICATORI	NUMERI
CPF	Numero di accessi allo sportello informativo	525
	Collaborazioni con agenzie - enti - associazioni del territorio	8
	Centro per le Famiglie dell'Alto Ferrarese e PRIS: numero di interventi di mediazione familiare, consulenza legale e di sostegno alla genitorialità	59
	Centro per le Famiglie dell'Alto Ferrarese e PRIS: numero nuclei familiari partecipanti ai gruppi di sostegno e agli incontri te	162
SOSTEGNO GENITORIALE	N. di contatti mensili	3
	N. nuovi contatti	31
	N. di agganci con associazioni genitori del territorio	0
	N. di genitori agganciati grazie alla scuola	8
	N. di interventi richiesti da Servizi Sociali	3
COUNSELOR	N. di consulenze 0-6 anni	18
	N. di consulenze 7 - 11	8
	N. di consulenze > 12	5
	N. di interventi richiesti da Servizi Sociali	3
MEDIAZIONE	N. di interventi attivati	10
	n: di interventi richiesti dai Servizi Sociali	
INCONTRI PROTETTI	N. di interventi attivati 0-6	175
	N. di interventi attivati 7 - 11	157
	N. di interventi attivati > 12	4
SUPPORTO LEGALE	N. di interventi attivati	9
AFFIDO FAMILIARE	Numero di famiglie affidatarie	18
	Incontri con famiglie affidatarie	5
	Numero di famiglie affidatarie coinvolte nel CPF	18
ADOZIONI	Numero di incontri rivolti alle famiglie che adottano	7
	Incontri con famiglie	7
	Numero di famiglie adottive coinvolte nel CPF	37
INFORMAFAM IGLIE	Numero di accessi allo sportello informativo	525

Destinatari

- Donne e coppie in preconcezione e gravidanza;
- Minori 0/17 e i loro genitori
- Minori (anche disabili e stranieri) di età compresa fra i 0 e i 17 anni con accesso spontaneo o segnalati dalla scuola, segnalati dai servizi sociali ed in condizione di rischio sociale e psicologico;
- Famiglie con minori da 0 a 17 anni in condizione di "rischio" e con difficoltà di accudimento ed educazione della prole, colpite dalla crisi economica o con situazioni di disagio non cronicizzate. Famiglie con minori portatori di handicap sensoriale, fisico e psichico, famiglie con minori soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria;
- Famiglie in condizione di fragilità sociale;



	- Operatori dei Servizi Sociali, Socio Sanitari e Sanitari interessati.
Azioni previste	Centro per le Famiglie dell'Alto Ferrarese e del Pronto Intervento Sociale per Minori (PRIS): A) AREA DELL'INFORMAZIONE: assicurare alle famiglie un accesso rapido e amichevole a tutte le principali informazioni utili per la vita quotidiana ed alla conoscenza delle opportunità che offre il territorio. Il Centro offre un'informazione organizzata e mirata, attenta alla multiculturalità che caratterizza la comunità del Distretto, occupandosi delle seguenti tematiche: - informazione e orientamento, in ambito locale e regionale, sulle risorse e le opportunità disponibili per l'organizzazione della vita quotidiana delle famiglie con figli e sulle iniziative attivate dalla comunità locale (in merito al tempo libero, alla dimensione ludica, culturale, sportiva, ma anche a eventuali approfondimenti e incontri sulle varie fasi della vita, infanzia, adolescenza, ecc.); - informazione sulle attività svolte direttamente dal Centro per le famiglie del territorio; - informazione e orientamento sui servizi socio-educativi e scolastici, sanitari e socio-sanitari del territorio; - prima informazione ed orientamento ai servizi per affidi ed adozioni e alle diverse forme di affiancamento/sostegno. B) AREA DEL SOSTEGNO ALLE COMPETENZE GENITORIALI: azioni, rivolte a tutte le famiglie con particolare riguardo a coloro che possono aver bisogno di un supporto in alcune fasi di cambiamento del nucleo familiare o nell'affrontare situazioni potenzialmente critiche come la nascita di un figlio, percorsi evolutivi dei figli ed eventuale insorgere di problematiche relative alla fase dell'adolescenza, crisi della coppia, separazione/divorzio, presenza di disabilità, perdita del lavoro, difficoltà economiche, volte a valorizzare le responsabilità educative dei singoli e delle coppie ed a promuovere e sostenere lo sviluppo delle competenze relazionali. Il Centro ha quindi il compito di attivare azioni preventive e di sostegno per ridurre i rischi connessi a tali fasi di transizione come ad esempio: - conduzione di gruppi di approfondimento legati alle fasi della vita (formazione della coppia, nascita, adolescenza, separazione, ecc.) o tematici (adozione, affido, ecc.); - consulenze tematiche e counseling genitoriale; - interventi di mediazione familiare e dei conflitti familiari (mediazione familiare per genitori separati o in via di separazione e mediazione sociale familiare ovvero consulenza e sostegno alla genitorialità a singoli in fase di separazione e ai nonni e consulenze sulle ricomposizioni familiari); - Formazione per insegnanti, gruppi di confronto per genitori separati, iniziative di sensibilizzazione, mediazione dei conflitti; - Consulenza legale sul diritto di famiglia; - Incontri protetti tra genitori e bambini sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria. C) AREA DELLO SVILUPPO DELLE RISORSE FAMILIARI E COMUNITARIE: promuovere il protagonismo delle famiglie con figli nel contesto comunitario, favorendo l'attivazione delle risorse personali e familiari in una logica di solidarietà, accoglienza e partecipazione alla vita sociale e di supporto ai cambiamenti, alle difficoltà, alle potenzialità che esprimono i bambini e le famiglie del proprio territorio. Direttamente ed in collaborazione o appoggio con gli altri attori locali dovrà: - promuovere esperienze di scambio e socializzazione, ponendo attenzione specifica alla dimensione multiculturale, alla promozione di azioni che favoriscano i rapporti intergenerazionali nonché all'armonizzazione tra i tempi di vita e di lavoro delle famiglie; - realizzare e sostenere azioni di animazione territoriale o eventi finalizzati a promuovere l'iniziativa ed il protagonismo delle famiglie, in una logica di partecipazione attiva alla vita della comunità; - promuovere una cultura che sostenga, insieme alle famiglie, i diritti delle giovani generazioni, quali investimento per il benessere e la qualità della vita presente e futura delle comunità e incoraggiare e sostenere le esperienze aggregative. GRUPPI DI PAROLA per figli di genitori separati (avvio previsto nel mese di Ottobre 2018) Il Gruppo di Parola è un'esperienza di gruppo per bambini (6-11 anni) che vivono la



separazione o il divorzio dei genitori. Nel gruppo bambini e ragazzi possono condividere pensieri ed emozioni, esprimere sentimenti, paure e difficoltà. In un ambiente accogliente, per un tempo limitato di quattro incontri, con l'aiuto di professionisti esperti i bambini e i ragazzi hanno l'occasione di dare voce ai dubbi e di formulare domande, di trovare sostegno anche grazie allo scambio con coetanei. Attraverso la parola, il disegno, il gioco, la scrittura ed altre attività i bambini e i ragazzi sono facilitati a dialogare con i genitori e a vivere più serenamente la riorganizzazione familiare. Il Gruppo di Parola coinvolge ovviamente anche i genitori, vi è una fase iniziale d'informazione e autorizzazione alla partecipazione dei figli e una fase finale, prevista all'interno dell'ultimo incontro di gruppo alla quale partecipano i genitori ed un eventuale colloquio di approfondimento realizzato con i genitori a distanza di un mese.

In sintesi sono previsti: un incontro preliminare con le famiglie, quattro incontri della durata di un'ora ciascuno con i bambini (nell'ultima parte del quarto incontro con i bambini è prevista la presenza anche dei genitori), colloqui individuali con i genitori. L'articolazione del progetto prevede una intensa attività di promozione da proporre a diversi livelli (Avvocati, Medici di base, Pediatri, Assistenti Sociali, consultorio familiare, Neuropsichiatria, Istituzioni scolastiche, Associazioni, etc).

STARE ACCANTO - Progetto regionale primi 1000 giorni di vita

Proposte e contesti di condivisione delle esperienze di vita con i bambini piccolissimi

1. Incontri di dialogo

Destinatari: coppie in attesa

Obiettivi:

- Sostenere le dinamiche familiari in prospettiva della nascita ponendo particolare attenzione alle relazioni con i figli già nati;
- Favorire lo scambio di esperienze;
- Favorire la riflessione in merito alle dinamiche relazionali che intercorrono all'interno del nucleo familiare e all'esterno;
- Sostenere la figura paterna.

Contenuti:

- Relazione di coppia;
- Relazioni con i figli;
- Relazioni con il nascituro;
- La rete dei servizi.

2. Spazio piccolissimi

Destinatari: famiglie con bambini in età 0/6 mesi

Azioni:

- percorso di massaggio infantile condotto da esperto AIMI;
- incontri con pediatra;
- incontri con pedagoga;
- incontri rivolti ai papà con pedagoga;
- momenti di condivisione rivolti esclusivamente alle famiglie con i bambini.

3. Incontrarsi a casa

Destinatari: mamme che hanno partorito da poco e che necessitano di un sostegno nel tempo delle prime settimane del puerperio e le loro famiglie.

Professioni coinvolte: educatrici specializzate e ostetriche

Azioni:

Attraverso un lavoro integrato con il Consultorio (corso preparato) e un contatto con il reparto di maternità dell'Ospedale SS Annunziata di Cento si propone il servizio alle partorienti che potranno richiederne l'attivazione al Centro per le Famiglie. Saranno previsti un numero massimo di due visite presso il domicilio della famiglia da parte dell'educatrice con la supervisione dell'ostetrica fino al primo mese di vita del bambino.

Obiettivi:

- Sostegno alla genitorialità;
- Sostegno agli aspetti pratici della cura del neonato (allattamento, igiene, sonno, veglia, ...).

4. Spazio aperto

Destinatari: famiglie con bambini in età 6-36 mesi

Luogo: spazi all'aperto



Obiettivi:

- Utilizzo dell'ambiente naturale come spazio privilegiato per le esperienze e per l'educazione;
- Favorire nei genitori nei bambini il senso di rispetto per l'ambiente naturale;
- Favorire l'espressione e il potenziamento delle competenze emotivo affettive, sociali, creative e senso motorie dei bambini attraverso il coinvolgimento attivo dei genitori.

Azioni: attività proposte in spazi aperti

PROPOSTA PROGETTUALE INSERITA ALL'INTERNO DEL PERCORSO COMMUNITY LAB

Il processo che si intende realizzare parte da un percorso avviato a livello provinciale sul tema della conflittualità familiare, che vede già coinvolte diverse realtà territoriali quali i servizi sociali dei singoli comuni ed operatori di servizi come il Centro per le Famiglie.

A seguito degli incontri realizzati è stato evidenziato come il conflitto familiare venga oggi riconosciuto come un fenomeno sociale e come evento fisiologico all'interno delle famiglie, che deve essere interpretato come elemento positivo necessario per una crescita dei singoli soggetti coinvolti.

Il percorso provinciale prevede azioni su tutti e tre i Distretti mirato a:

- costruire "percorsi di ascolto per le famiglie a Sistema" che prevedano un nuovo tipo di offerta di servizi innovativi, pensando a luoghi "nuovi" (es. case della salute) e a non-luoghi (più informali e non istituzionali);
- favorire un migliore incontro tra servizi/istituzioni e Comunità attraverso un approccio prevalentemente educativo, non centrato sull'emergenza, al fine di favorire non solo bisogni e richieste della comunità, ma anche talenti e attitudini positive.

Ad integrazione del percorso provinciale, saranno sviluppate azioni legate a bisogni propri del territorio distrettuale la cui priorità dovrà essere quella della prevenzione, attraverso la creazione di nuove opportunità di formazione, ascolto ed espressione sia per gli "addetti ai lavori" sia per le famiglie.

Da una parte si vuole sviluppare un percorso formativo e di supervisione rivolto ad operatori ed assistenti sociali attraverso un percorso di supervisione che possa accompagnare gli operatori nella presa in carico dei casi specifici, contribuendo alla ricerca di nuove risposte e nuove modalità di intervento.

Dall'altra parte, in sinergia con quello che si intende realizzare a livello provinciale, si propone di mettere a Sistema tutti i servizi presenti sul territorio permettendo alle famiglie di avere una maggiore chiarezza ed una maggiore conoscenza di ciò che già esiste e di cui è possibile fruire.

Operativamente si propone alle famiglie la possibilità di creare un legame diretto con associazioni di affiancamento familiare che possano creare, dove manca, una rete di aiuto che non preveda il coinvolgimento diretto dei servizi.

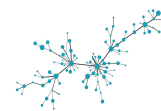
A tal fine dovranno essere coinvolti diversi soggetti del terzo settore, come associazioni, parrocchie e gruppi informali, oltre che i servizi sociali e le scuole, attraverso un percorso di sensibilizzazione/informazione e formazione sul tema, in modo da coinvolgerli nelle azioni di aiuto alle famiglie.

Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	- La programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) i coordinamenti pedagogici, le biblioteche del territorio; - il monitoraggio delle situazioni di rischio attivando eventuali interventi specialistici e/o di tutela. Servizi coinvolti: Consultori Familiari, Punti nascita, Pediatria di Comunità, Sert, Salute Mentale, Servizi Sociali, Servizi Educativi, Neuropsichiatria Infantile, Terzo settore (es. casa/comunità per gestanti e per madri con bambino, ecc.), Associazionismo.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Servizi educativi 0-17 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) coordinamenti pedagogici, biblioteche del territorio, Terzo settore (es. casa/comunità per gestanti e per madri con bambino, ecc.), Associazionismo.
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Roberta Fini, Responsabile Gestione Associata Servizi Socio Assistenziali Dott.ssa Cristina Govoni Servizi Socio-Scolastici del Comune di Cento
Risorse non finanziarie	1 Responsabile GAFSA

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 14



	1 Responsabile Servizi Scolastici ed Educativi Comune Cento 1 Responsabile Servizi Sociali Comune di Bondeno 6 Assistenti Sociali del territorio 1 Educatore professionale Coordinatore 1 Pedagogista Comune di Cento
--	---



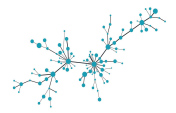
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€ 33.768,57 (Centro per le famiglie)
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€ 19.820,56
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	€ 5.708,19 (Progetto Primi 1000 giorni di vita)
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblci	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblci	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune Cento	€ 99.000,00 (Centro per le Famiglie)
Nome del Comune finanziatore	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 14



<i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	
---	--

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

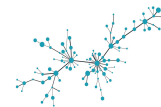
Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 14



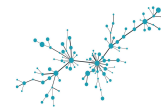
Indicatori da declinare a livello distrettuale

Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS	Attivazione di un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno uno in ogni ambito di CTSS	N	31/12/2017	S/N	S	S	S
N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi	N	31/12/2017	S/N	N	S	S
N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Numero donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	0	31/12/2017	Numerico	0	-	-
Attività di rete dei Consulteri familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	Attività di rete dei Consulteri familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	S * avvio di progetti integrati tra consultori e Centro per le Famiglie, bisognerà allargare agli altri soggetti della rete	31/12/2017	S/N	S	S	S



Distretto	OVEST
Titolo intervento	PROGETTO ADOLESCENZA
Riferimento scheda regionale	17
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Comune di Ferrara (per ambito provinciale) e Comune di Cento (per ambito distrettuale)
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Dati sulla popolazione adolescenziale dai 13 ai 19 anni residente nella Provincia di Ferrara, disaggregata per distretto e sesso, nell'anno 2017					
	DISTRETTO	COMUNE RESIDENZA	DI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
	CENTRO NORD	FERRARA		3.513	3.221	6.734
		MASI TORELLO		52	53	105
		VOGHIERA		95	84	179
		COPPARO		390	348	738
		BERRA		109	108	217
		FORMIGNANA		69	62	131
		JOLANDA DI SAVOIA		63	59	122
		RO		78	65	143
		TRESIGALLO		118	106	224
		TOTALE		4.487	4.106	8.593
	SUD EST	ARGENTA		565	555	1.120

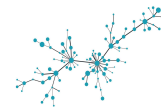


		CODIGORO	291	247	538
		COMACCHIO	587	609	1.196
		LAGOSANTO	129	122	251
		FISCAGLIA	255	210	465
		MESOLA	175	152	327
		OSTELLATO	144	140	284
		PORTOMAGGIORE	346	293	639
		GORO	90	86	176
		TOTALE	2.582	2.414	4.996
	OVEST	BONDENO	378	364	742
		CENTO	1.152	1.086	2.238
		TERRE DEL RENO	275	310	585
		POGGIORENATICO	288	311	599
		VIGARANO MAINARDA	199	193	392
		TOTALE	2.292	2.264	4.556
	TOTALE		9.361	8.774	18.145

Profilo anagrafico dei Distretti

CENTRO NORD	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
0-14 anni	9.156	8.838	17.994
15-24 anni	7.620	7.025	14.645
25-34 anni	7.833	7.691	15.524
35-49 anni	18.222	19.015	37.237
50-64 anni	19.147	21.215	40.362
+65 anni	19.997	28.349	48.346
TOTALE	81.975	91.715	173.690

SUD EST	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
0-14 anni	5.258	5.014	10.272
15-24 anni	4.004	3.328	7.332
25-34 anni	4.423	4.128	8.551
35-49 anni	10.891	10.669	21.560
50-64 anni	11.159	11.826	22.985
+65 anni	12.248	15.716	27.964
TOTALE	47.730	50.681	98.411



OVEST	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
0-14 anni	5.376	5.182	10.558
15-24 anni	3.184	3.080	6.264
25-34 anni	3.652	3.774	7.426
35-49 anni	9.373	8.785	18.158
50-64 anni	8.314	8.333	16.647
+65 anni	7.978	10.560	18.538
TOTALE	37.877	39.714	77.591

ATTIVITA' PROGETTO ADOLESCENTI DISTRETTO OVEST

N. totale di minori partecipanti al progetto: 67
 N. di minori partecipanti al progetto inviati dalle scuole: 55
 N. di minori partecipanti al progetto inviati dai servizi sociali: 12
 N. di gruppi per il distretto: 5
 Numero di minori stranieri: 34
 % di miglioramento dello stato relazionale e cognitivo dei partecipanti: 30%
 % di frequenza e continuità dei partecipanti per ogni gruppo: 80%
 N. di agenzie del territorio coinvolte per gruppo: 9
 N. di progettazioni extra attivate: 3
 N. Di interventi di prevenzione ai rischi: 1
 N. incontri di verifica con le scuole: 10

DESCRIZIONE SOVRADISTRETTUALE

Nella provincia di Ferrara opera un Tavolo Provinciale Adolescenza, sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali, composto da rappresentanti della scuola, dei centri di formazione professionale, dai servizi socio sanitari e da rappresentanti del Terzo Settore. Dal 2015 ha strutturato un modello di Piano Adolescenti impostato sui compiti evolutivi in adolescenza. Funzione del piano era la messa a sistema di una pluralità di interventi provinciali, ricca, ma disomogenea e con pochi indicatori di efficacia. Obiettivo del piano provinciale è la costituzione di tavoli adolescenza distrettuali e la strutturazione di una propria funzione come soggetto formatore sovra distrettuale e soggetto di monitoraggio dello sviluppo del Piano Adolescenza.

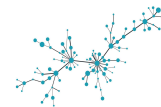
Nella provincia di Ferrara operano per la prevenzione e cura servizi come gli Spazi Giovani.

Descrizione

Gli **Spazi Giovani** operano a livello provinciale tra prevenzione (in ambito scolastico ed extra scolastico) e cura (attività di counseling sanitario e relazionale per gli adolescenti e gli adulti di riferimento) sui temi dell'educazione all'affettività e sessualità e delle relazioni interpersonali. Si evidenziano due punti principali relativi all'attività di Servizio:

- L'ampliarsi dei Progetti offerti nel corso degli anni secondo direttive regionali: La media della popolazione target raggiunta (numero utenti /popolazione target 14 -19 anni x 100) dagli Spazi Giovani Aziendali nell'attività di prevenzione relativa al territorio di Ferrara e Provincia - AA.SC. 2016/17- è 33.90% (5258/15510x100= 33.90%- Media RER 18%).

L'incremento dell'utenza adolescenti e giovani che afferisce agli Spazi giovani (858 utenti fascia 14-24 anni periodo gennaio-settembre 2017; 835 utenti nell'anno 2016) - come servizio ad accesso facilitato e non connotato - per richiesta sia sanitaria sia psicologica, comporta la necessità di rinforzare i punti di accesso e le risorse dedicate e di creare collaborazioni e integrazioni con le Istituzioni e i servizi territoriali.



L'intervento psicologico offerto dagli Spazi Giovani si riferisce alle diverse forme di disagio psico-relazionale che l'adolescente manifesta. Il disagio è definito in maniera predominante come relazionale, reattivo, contestuale (almeno ad una prima decodifica dei problemi) e consente di prevenire, di fatto, il cronicizzarsi dei problemi, con il rischio di esitare in psicopatologie. La richiesta di aiuto è legata a problematiche emotive, affettive, sessuali, relazionali e familiari ma anche di adattamento sociale, di rapporto con il proprio corpo, di malessere esistenziale, connesse alle difficoltà che il processo di costruzione dell'identità comporta.

L'intervento si colloca sia in continuità per l'attività di prevenzione che caratterizza la mission istituzionale, sia come nuova progettualità (Educazione tra Pari).

Obiettivo provinciale è lo sviluppo dell'area dell'attivazione di percorsi clinici per gli adolescenti dai Servizi di primo accesso dedicati agli adolescenti (Spazio Giovani, Punto di Vista) a quelli specialistici di Salute mentale (Daismdp).

Gli Spazi Giovani sperimentano la metodologia della PEER EDUCATION in due realtà distrettuali (Centro Nord e Ovest) sui temi dell'educazione affettiva e sessuale e della prevenzione dei comportamenti a rischio (contraccezione, malattie sessualmente trasmissibili, uso di sostanze) presso gli Istituti secondari superiori e in collaborazione con gli operatori dell'Unità di strada (D. Centro Nord) e con il Privato sociale (D. Ovest).

Gli Spazi Giovani lavorano in rete con i Servizi socio-sanitari del territorio che si occupano di interventi di prevenzione e di cura del disagio degli adolescenti e di supporto alla famiglia attraverso: la segnalazione, la presa in carico e gli interventi integrati relativi ai casi che afferiscono ai servizi ("Progetto Adolescenti" Tavolo Provinciale Adolescenti- Percorsi clinici per la salute mentale in adolescenza).

Si rinnova il Progetto integrato tra i Servizi Spazio Giovani – Sert (Distretto Ovest) e l'accordo di interfaccia tra Spazio Giovani e Sert presso la Casa della Salute di Portomaggiore (Distretto Sud Est).

Gli Spazi Giovani partecipano ad attività di ricerca sul mondo giovanile in collaborazione con l'Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara.

Psicopatologie in adolescenza

Il numero dei ragazzi e delle ragazze «in crisi» non segnalati e non conosciuti dai servizi è cresciuto, così come è cresciuto il numero dei ricoveri. Vi è dunque una difficoltà ad intercettare il disagio adolescenziale prima che emerga con patologie già gravi.

A carico di UONPIA provinciale 9,4 % di adolescenti con disturbi psichici sulla utenza totale del servizio. E' la percentuale al 2015, più alta della Regione.

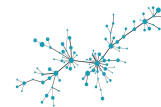
Obiettivi da consolidare:

- Crescita in una atmosfera adatta a promuovere un concetto di sé positivo senza deficit di autostima
- Interventi destinati ad aumentare la consapevolezza dei bambini delle proprie emozioni e delle emozioni altrui
- Insegnare l'autocontrollo negli stati di eccitazione e la regolazione del comportamento
- Sviluppare le capacità di problem-solving dei bambini /adolescenti
- Sviluppare gli stili di vita sani (*allarme sonno per le ripercussioni sull'attenzione, concentrazione, ansia, depressione, obesità, incidenti, ricerca di equilibrio tramite utilizzo di sostanze funzionali a mantenersi attivi..*).

DAL 2017 E' ATTIVO IL PROGRAMMA INTEGRATO ADOLESCENZA E GIOVANI ADULTI (14-35)

Si tratta di un ampliamento evolutivo del precedente Programma Esordi Psicotici.

Partecipano gli operatori della Psichiatria Territoriale (Team esordi) e Ospedaliera, il



Programma DCA, il SerD e l'Uonpia.

Il programma si occupa di **ESORDI PSICOTICI E STATI MENTALI A RISCHIO**

Non esistono più concetti come INVIO E CONSULENZA, ma si tratta di una CO-PROGETTAZIONE che prevede una condivisione della formulazione del caso, della valutazione, della definizione di obiettivi, delle azioni

Il trattamento è *MULTIDIMENSIONALE* e *INTERDISCIPLINARE*.

Si fa riferimento a trattamenti *BIOPSICOSOCIALI EVIDENCE BASED*.

Centrali gli *INTERVENTI PSICOEDUCATIVI* (al paziente e ai familiari) e *PSICOSOCIALI* (Social Skill Training, strategie cognitivo-comportamentali, etc).

Si ragiona per *ESITI* da raggiungere e ognuno dei professionisti coinvolti definisce l'esito sul quale lavorare e le azioni/trattamenti necessarie al raggiungimento dello stesso.

Non esiste un responsabile del caso, la responsabilità è dell'equipe e di ogni singolo professionista.

La funzionalità dei comportamenti a rischio in adolescenza, la crescita dei giovani intese come azioni inserite in un contesto, l'importanza del sistema di relazioni distale e prossimale in questa età evolutiva, costringono a rivedere la definizione di prevenzione e a rielaborare un paradigma maggiormente esaustivo e comprensivo dello sviluppo adattivo adolescenziale.

Negli ultimi anni **Promeco** - superando il concetto di azioni singole d'informazione critica - ha implementato la formazione degli adulti di riferimento e i momenti di incontro degli adolescenti nei loro contesti di vita sviluppando una "coscienza preventiva" consapevole delle premesse di partenza e orientata allo sforzo di tradurle operativamente nel progetto "Punto di Vista" che sviluppa il significato di prevenzione Indicata e Selettiva, rispetto al contesto e al target, sintetizzandolo nel concetto di **"Prevenzione Dedicata e Attiva"**.

La "Prevenzione Dedicata e Attiva", partendo dal presupposto che lo sviluppo in adolescenza è prodotto dell'interazione tra l'individuo e il suo ambiente, considera contemporaneamente le caratteristiche oggettive del contesto e i fattori soggettivi con cui viene interpretato e considera contemporaneamente l'individuo, la sua percezione dei contesti di vita, le caratteristiche oggettive di questi in termini di risorse, fattori protettivi, fattori di rischio e problematicità.

Promeco è presente con gli operatori del progetto "Punto di vista. L'operatore a scuola" in 36 istituti scolastici, istituti comprensivi e secondarie di secondo grado. La presenza settimanale di un operatore coordinato da Promeco assicura una copertura sulle attività di prevenzione dei comportamenti a rischio attraverso interventi mirati e valutati (raccolta dati quanti-qualitativi) all'interno delle classi e percorsi di sensibilizzazione per docenti e famiglie.

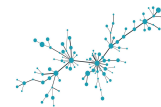
Ogni operatore facilita gli interventi di altre agenzie socio-sanitarie pubbliche con le quali vi è uno stretto coordinamento e accordo (Spazio Giovani-Sert-Uo.NPIA-Salute Mentale e ASP Fe). Viene fatto costantemente un raccordo, quando necessario ed un orientamento in caso di situazioni di fragilità che necessitano per l'adolescente e la sua famiglia, un intervento specialistico.

Il progetto Punto di Vista è infatti un "dispositivo" educativo che prevede spazi di ascolto per ragazzi, genitori e docenti.

E' assicurato il costante aggiornamento attraverso incontri con i servizi specialistici.

In media in un anno vengono visti un migliaio di giovani di età compresa tra gli 11 e i 19 anni.

Da qualche anno si è intensificata la collaborazione con la RER per la stesura di linee guida per gli interventi sugli adolescenti e la collaborazione si è estesa con le realtà territoriali (tre Distretti socio-sanitari) all'interno del progetto adolescenti provinciale, che si limita a coordinare azioni di raccordo e formazioni sovra distrettuali, ma con



una salvaguardia della autonomia progettuale dei tavoli adolescenza attivi sia nel Distretto Ovest che nel Distretto Sud Est.

DESCRIZIONE DISTRETTUALE

SPAZIO GIOVANI

In riferimento alla formazione della propria identità, alla costruzione del senso di consapevolezza e di tutela personali dell'adolescente e nell'ottica di prevenire comportamenti a rischio, e offrire la presa in carico per disagio psicologico e relazionale degli adolescenti, si attivano progettualità mirate alla promozione del benessere per la popolazione giovanile, con il coinvolgimento sia degli adulti del contesto (insegnanti, genitori e operatori dei servizi) sia degli stessi adolescenti attraverso modalità partecipate e/o in rete con i Servizi del territorio.

Nel territorio di Ferrara, i Progetti di educazione all'affettività e sessualità, rivolta alle Scuole secondarie di I e II grado, sono realizzati dagli Spazi Giovani e strutturati in relazione al target di riferimento (studenti delle scuole secondarie di I grado, studenti delle scuole secondarie di II grado, insegnanti, genitori, ecc) e al contesto scolastico (scuole secondarie di I grado, licei, Istituti tecnici/professionali, e Corsi Professionali), con incontri informativo-educativi da parte di operatori sanitari e con la metodologia di tipo esperienziale.

Dal 2015 è attivo un progetto a carattere regionale rivolto ai preadolescenti delle classi III della scuola secondaria di primo grado – **W L'AMORE** – che prevede moduli di formazione specifici rivolti agli insegnanti e approfondimenti sui temi dell'adolescenza rivolti ai genitori.

In diverse realtà scolastiche dei tre Distretti gli operatori di Spazio Giovani operano in sinergia, con gli operatori del **Progetto Punto di Vista** – servizio del Comune e Ausl di Ferrara.

Gli Spazi Giovani sperimentano la metodologia della **PEER EDUCATION** in due realtà distrettuali (**Centro Nord e Ovest**) sui temi dell'educazione affettiva e sessuale e della **prevenzione dei comportamenti a rischio (contraccezione, malattie sessualmente trasmissibili, uso di sostanze)** presso gli Istituti secondari superiori e in collaborazione con gli operatori dell'Unità di strada (D. Centro Nord) e con il **Privato sociale (D. Ovest- Spazio 29)**. In riferimento ai temi della violenza di genere, gli operatori di S.G. si interfacciano con gli operatori del **Centro Donna Giustizia** presenti anch'essi all'interno delle scuole secondarie superiori.

Nell'ambito dell'attività extra scolastica, gli operatori di S.G. realizzano interventi di formazione agli operatori dei Centri educativi e del privato sociale sui temi dell'affettività e sessualità in adolescenza, in sinergia con gli *operatori di strada* che si occupano di prevenzione dei comportamenti a rischio (uso di sostanze, alcol, bullismo). L'obiettivo è quello di raggiungere gruppi di adolescenti in condizioni di disagio sociale e familiare che difficilmente accedono ai servizi per adolescenti. Tali adolescenti risultano potenzialmente più vulnerabili rispetto ai comportamenti a rischio (gravidanze precoci indesiderate, insorgenza di MST, uso/abuso di sostanze stupefacenti).

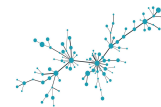
Gli Spazi Giovani lavorano in rete con i Servizi socio-sanitari del territorio che si occupano di **interventi di prevenzione e di cura del disagio degli adolescenti** e di supporto alla famiglia attraverso: la segnalazione, la presa in carico e gli interventi integrati relativi ai casi che afferiscono ai servizi ("Progetto Adolescenti" Tavolo Provinciale Adolescenti- Percorsi clinici per la salute mentale in adolescenza).

Si rinnova il **Progetto integrato tra i Servizi Spazio Giovani – Sert (Distretto Ovest)** finalizzato ad intercettare precocemente, in un servizio a bassa soglia, adolescenti consumatori occasionali di sostanze e l'accordo d'interfaccia tra Spazio Giovani e Sert presso la Casa della Salute di Portomaggiore (Distretto Sud Est).

Gli Spazi Giovani partecipano ad attività di ricerca sul mondo giovanile in collaborazione con l'Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara.

TAVOLO ADOLESCENZA

A conclusione dal "Progetto Adolescenza" promosso dalla nostra Regione attraverso la stesura delle linee di indirizzo prima, un corso di formazione regionale (anno 2014/2015) poi, il Comune di Cento, già impegnato sul territorio, attraverso il Progetto Adolescenti, ha scelto di rivolgere un'attenzione particolare agli adolescenti che crescono nel nostro territorio impostando un progetto di messa in rete di tutte le realtà che incontrano e/o accolgono gli adolescenti. La Regione ha sollecitato i territori affinché nascessero contesti di aggregazione e progettazione comune rivolti agli adulti come educatori, insegnanti, allenatori, catechisti o persone impegnate nel mondo dell'associazionismo e dello sport; ambiti fondamentali per la crescita dei giovani. L'intento è quello di favorire l'emersione della pluralità di esperienze che le realtà



presenti sul territorio comunale hanno sviluppato valorizzando le diverse specificità e contribuendo con maggior impulso allo sviluppo e alla crescita del contesto sociale. “Adolescenti: bene comune” è il titolo che abbiamo dato al progetto e al Tavolo Adolescenza che è nato il 10 dicembre 2015 quando abbiamo invitato tutti gli interlocutori possibili al primo incontro di condivisione di idee. L'obiettivo di lavoro di questo Tavolo è quello di integrare le diverse competenze e valorizzare le risorse presenti, superando l'autoreferenzialità che spesso isola e impedisce la diffusione delle esperienze. Con l'avvio di questo “Tavolo” si è aperto uno spazio di confronto dedicato agli adulti nella consapevolezza che seppur i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze sono un bene prezioso per la nostra società, sappiamo che gli adolescenti rappresentano, per gli adulti, una sfida particolarmente impegnativa ed importante. Ed è per questo che proprio gli adulti hanno bisogno di un contesto di confronto e supporto riguardo la relazione con gli adolescenti. Si tratta di un progetto di lavoro che si sviluppa in linea con gli obiettivi specifici del Progetto Adolescenza della Regione, quali:

- ✓ **Sostenere le competenze educative degli adulti di riferimento;**
- ✓ **Le attenzioni nella scuola:** successo formativo e abbonono scolastico, accoglienza interculturale, counselling scolastico;
- ✓ **Il tempo libero:** gli spazi di aggregazione (privato sociale, associazionismo sportivo e culturale, parrocchie);
- ✓ **I servizi di prevenzione e cura.**

L'obiettivo generale dell'attività del Tavolo Adolescenza è l'incontro tra soggetti che operano con e per gli adolescenti affinché, sempre di più, si mettano in rete risorse e progettualità.

Gli ambiti di provenienza dei partecipanti al tavolo sono:

- ✓ Sanitario (Uonpia – Sert – Spazio Giovani);
- ✓ scuola e formazione (Istituti Comprensivi - Scuole Superiori – Informagiovani);
- ✓ tempo libero (associazioni – Società Sportive);
- ✓ sociale (Servizi Sociali – Progetto Adolescenti);
- ✓ educativo (Gruppo Scout – Parrocchie);

Sono stati condivisi contenuti e significati sul perché di questa proposta riflettendo sulla necessità di offrire contesti e ambienti di promozione del benessere, promuovere forme di comunicazione e di relazione significative, sviluppare partecipazione e inclusione, consapevoli che diventare comunità educante rappresenta uno dei principali fattori protettivi.

PROGETTO ADOLESCENTI

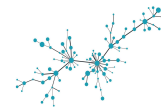
L'obiettivo è quello di offrire occasioni di crescita personale e relazionale ai ragazzi nella fascia di età 11-17 anni, con particolare riferimento ai minori già in carico ai servizi sociali ed in una condizione di rischio sociale e psicologico.

Nello specifico il Progetto intende:

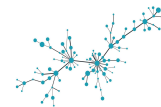
- favorire la socializzazione tra coetanei sviluppare l'autonomia e la responsabilità;
- dare senso al tempo libero e conoscere le opportunità del territorio;
- essere protagonisti della vita collettiva;
- acquisire un metodo di studio sperimentare relazioni positive con gli adulti;
- riconoscere il valore delle regole;
- potenziare l'autostima.

PROMEKO

Nel corso degli anni gli operatori di Promeco, hanno ampliato il loro campo d'azione e di attività, avvalendosi anche di professionalità esterne appositamente incaricate, per far fronte alle emergenze sociali in atto ed in continua evoluzione legate alle



	problematiche dell'adolescenza e preadolescenza, intervenendo soprattutto nell'ambito socio-educativo scolastico. Gli interventi che Promeco ha realizzato nella scuola sono sempre stati in linea con gli orientamenti di indirizzo regionale ed ispirati dai più recenti studi socio- scientifici nella tematica, che sostengono e promuovono i sistemi integrati per la realizzazione di interventi rivolti agli adolescenti e preadolescenti. Inoltre le attività svolte da Promeco sono principalmente orientate a praticare forme di prevenzione dedicata e specifica con lo scopo di intervenire – possibilmente - prima che i problemi si manifestino o per impedirne lo sviluppo e vengono realizzate sempre in collaborazione ed integrazione dei servizi già esistenti. Gli operatori di Promeco intervengono nei contesti socio educativi e sulle relazioni per favorire le risoluzioni dei problemi e l'adesione ai corretti stili di vita. I principali obiettivi dell'attività di PROMCECO sono: - migliorare il clima affettivo relazionale all'interno del gruppo classe e nella scuola; - supportare i genitori in difficoltà nella relazione con i figli adolescenti; - favorire stili di vita sani; - inviare ai servizi specialistici i casi gravi.
Destinatari	SPAZIO GIOVANI Adolescenti (14-19 anni) e adulti del contesto; Giovani (20-24 anni) TAVOLO ADOLESCENZA Servizi Sociali e Sanitari, Scuole, e realtà del Terzo Settore PROGETTO ADOLESCENTI Minori di età compresa fra gli 11 e i 17 anni segnalati dai servizi sociali ed in condizione di rischio sociale e psicologico e le loro famiglie. PROMECCO - studenti di Istituti di Istruzione Secondaria di I e II grado; - insegnanti; - dirigenti scolastici; - genitori.
Azioni previste	SPAZIO GIOVANI Consolidamento dell'attività di prevenzione presso Istituti scolastici del territorio provinciale Ampliamento dell'attività di prevenzione in ambito extra-scolastico (corsi prof.li, cooperative sociali...) Implementazione del Progetto integrato Spazio Giovani – Sert (D. OVEST) (Progetto Peer education sulla prevenzione dei comportamenti a rischio e attività di counseling ad adolescenti con comportamenti di uso occasionale di sostanze) Collaborazione con la rete dei servizi per l'attivazione di percorsi clinici per adolescenti in condizioni di disagio psicologico e sociale. Interventi di sostegno agli adulti del contesto. TAVOLO ADOLESCENZA Creare una rete di collegamenti e relazioni significa incontrare le persone e far sentire ognuno parte di un tutto. Proprio per mantenere questo tipo di impegno e di stile di conduzione dell'esperienza abbiamo scelto di agire nell'ambito comunale. Attraverso le occasioni di incontro e i contatti con gli altri Comuni è stata evidenziata la disponibilità da parte del Comune di Cento a supportare il lavoro di tessitura necessario in ogni territorio e a condividere un contesto distrettuale che, solo in un secondo momento (quando i tavoli "comunalisti" saranno costituiti) potrà diventare consapevolmente orientato a raccogliere e promuovere attività, iniziative e proposte. PROGETTO ADOLESCENTI - Tutela degli adolescenti in condizione di disagio socio-sanitario; - Migliorare l'integrazione sociale dei minori stranieri; - Recuperare l'equilibrio psicologico dei minori assoggettati a qualsiasi forma di violenza o rischio di maltrattamento;



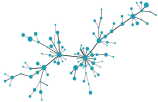
	- Tutelare l'integrità psicofisica dei minori; - Ridurre l'abbandono scolastico; - Promuovere l'educazione sessuale e contraccettiva in collaborazione con lo Spazio Giovani. PROMEKO - interventi in classi segnalate per problematiche di diversa natura (comportamenti a rischio, disagio relazionale, integrazione, ecc.); - attivazione in ogni istituto e scuola di un consulenza per studenti (sportello d'ascolto) a libero accesso; - consulenza educativa per le famiglie ad accesso diretto tramite contatto con l'operatore o il dirigente; - consulenza e formazione docenti sui temi legati alle problematiche relazionali e dinamiche di gruppo; - realizzazione e mantenimento di protocolli d'intesa con i servizi per l'accesso rapido degli studenti e genitori con situazioni complesse che ne hanno necessità. <u>INTERVENTI EMERSI DAL PERCORSO DI CREAZIONE DEL PIANODI ZONA</u> - mappatura dei servizi e progetti esistenti dedicati in particolare per la fascia d'età giovani/adulti; azione che si prevede di affidare al tavolo di lavoro formatosi; - necessità di uno spazio per i giovani.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Ausl Spazio Giovani – Salute Donna DCP, SERT, Comune: Progetto Punto di Vista, Operatori di strada, Cooperative socioeducative, Centro Donna Giustizia – Udi, Centri per le famiglie, Scuole Secondarie di I e II grado, Corsi professionali, DAI SM DP – AZ.USL di Ferrara, ASSP
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Paola Castagnotto, AUSL FE Dott.ssa Silvia Barbaro, AUSL FE Dott.ssa Sabina Tassinari, Comune di Ferrara Dott.ssa Roberta Fini, Responsabile Gestione Associata Servizi Socio Assistenziali Dott.ssa Cristina Govoni Servizi Socio-Scolastici del Comune di Cento
Risorse non finanziarie	1 Responsabile GAFSA 1 Responsabile Servizi Scolastici ed Educativi Comune Cento 1 Responsabile Servizi Sociali Comune di Bondeno 6 Assistenti Sociali del territorio 1 Educatore professionale Coordinatore 1 Pedagogista Comune di Cento



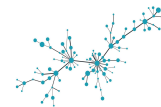
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€ 106.714,38 (Programma finalizzato infanzia adolescenza); 15.000,00 (Spazio Giovani); 30.000,00 (Promeco)
Fondo sociale locale - Risorse statali	€ 38.638,00 (Programma finalizzato infanzia adolescenza); 5.000,00 (Spazio giovani)
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Indicatori da declinare a livello distrettuale



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	S	31/12/2017	S/N	S	S	S
Presenza di un coordinamento distrettuale del “Progetto adolescenza”	Costituzione del coordinamento distrettuale del “Progetto adolescenza”	N (presente solo nel Comune di Cento, con previsione di estensione all'intero Distretto)	31/12/2017	S/N	S	S	S
N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	Numero punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)	2	31/12/2017	Numerico	2	2	2



Distretto	OVEST
Titolo intervento	PROMOZIONE DELLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA IN ETÀ FERTILE E PREVENZIONE DELLA STERILITÀ
Riferimento scheda regionale	18
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☐ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☐ Comune ☐ Unione dei comuni ☒ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	ASL DI FERRARA- DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE INTEGRATO ASL ED AO
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione

L'analisi demografica mostra come la generazione del boom demografico, che ha caratterizzato la nostra regione (e l'Italia in genere) tra metà degli anni '60 e metà degli anni '70, sia oggi arrivata ad avere tra i 40 e i 50 anni di età e come solo in piccola parte le generazioni seguenti, nate in periodo di calo demografico, siano state compensate dall'insediamento nella nostra regione della popolazione straniera.

Di conseguenza la maggioranza della popolazione femminile in età fertile è ormai arrivata alle classi di età più avanzate, quelle caratterizzate da tassi di fecondità più bassi, mentre pian piano si stanno “riducendo” le classi di età a più alta fecondità.

È soprattutto a questa modifica strutturale della popolazione che si deve il calo delle nascite a cui si assiste negli ultimi anni.

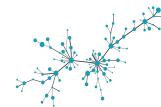
Dal 2009 al 2016 i nati (residenti o meno) nelle strutture della regione sono passati da 42.426 a 34.155 (dati fonte CedAP), con un calo del 19,4%. Parallelamente ai nati, cala il tasso di natalità: da 9,8 per mille del 2009 a 7,8 per mille per il 2016.

Questi dati appaiono ancor più significativi in provincia di Ferrara, che già nel 2010 presentava un tasso di natalità simile a quello attuale regionale e che ha visto un'ulteriore riduzione di circa il 25% nei 6 anni successivi (da 7.9% a 5.9%), raggiungendo il valore minimo nel distretto Sud Est (5.3 % nel 2016, vedi tabella).

Tasso di natalità (anni 2010-2016): tasso standardizzato per 1.000 ab.

Serie storica anni 2010-2016

Distretto	2010	2012	2014	2016
Centro Nord	7,1	6,7	6,3	5,7



Ovest	10,6	9,6	7,7	7,4
Sud Est	7,2	7,1	5,9	5,3
Provincia di Ferrara	7,9	7,5	6,5	5,9

Fonte: Rapporto CEDAP

Accanto a una riduzione della natalità, aumentano nella popolazione in età fertile i fattori di rischio che minano la futura fertilità: comportamenti non aderenti ai corretti stili di vita, abuso di sostanze, obesità e sovrappeso, diagnosi tardiva di patologie urologiche e ginecologiche dei giovani adulti, MST e HIV.

Un altro dato significativo riguarda la presenza di infezioni a trasmissione sessuale contratte in età giovanile, che condizionano la potenzialità riproduttiva maschile e femminile.

Questa situazione rende particolarmente opportuno che nel territorio ferrarese i Servizi sanitari consultoriali intervengano con azioni di sensibilizzazione e di preservazione della fertilità dei giovani adulti.

Descrizione

Il progetto “ **PMA II° Livello**” prevede il potenziamento delle attività del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) dell'Ospedale del Delta (Azienda USL) con passaggio da Centro di I° a Centro di II° livello.

Le azioni necessarie riguardano l'implementazione delle risorse umane, strutturali e impiantistiche in dotazione al Centro di PMA dell'Ospedale del Delta.

Il Progetto rientra nell'ambito del più ampio contesto di rivisitazione della vocazione dell'Ospedale del Delta e dell'offerta sul territorio provinciale di un servizio dedicato alle coppie infertili e alle donne con problemi di abortività ripetuta.

Il progetto **Spazio Giovani PIU'** è uno spazio di accoglienza e consulenza rivolto a donne, uomini e coppie di età 20 – 34 anni che si trovano nella fase di pianificazione familiare o desiderano ricevere informazioni sulla propria salute riproduttiva e sessuale-relazionale.

Gli operatori consultoriali forniscono informazioni sui corretti stili di vita necessari per preservare la fertilità maschile e femminile (contraccezione, comportamento alimentare, salute sessuale, vita di coppia).

Il Servizio rispecchia le caratteristiche dei Consultori, ovvero è aperto in libero accesso e gratuitamente per la prima accoglienza e valorizza l'approccio d'intervento a valenza relazionale rivolto all'utenza.

Un elemento di contesto da considerare riguarda la valutazione degli aspetti psicosociali individuali e di coppia. In base al bisogno rilevato si avviano percorsi con i servizi sanitari e sociali del territorio.

Il **Progetto PMA** è in continuità sul primo livello dall'Azienda Ospedaliera all'Azienda ASL di Ferrara. Necessita di un passaggio di accreditamento scientifico e regionale al secondo livello; andrà garantita l'applicazione delle DGR n. 927/2013 e n. 1487/2014 implementando il sistema informativo della donazione con inserimento dei dati relativi ai gameti ricevuti da donatori ed a quelli utilizzati per cicli di PMA eterologa e proseguendo l'attività di promozione della donazione coordinando gli interventi aziendali con le campagne regionali.

Il Progetto **Spazio Giovani PIU'** è nuovo e si colloca all'interno della DGR n.1722/2017 dei Consultori.

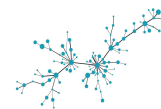
Destinatari

Giovani coppie, donne e uomini .

Il Progetto è destinato alle coppie della Regione Emilia-Romagna e delle regioni limitrofe con problemi di infertilità femminile e maschile primaria e secondaria.

Azioni previste

Le attività previste dall'Azienda AUSL per raggiungere gli obiettivi relativi al progetto “**PMA II° Livello**” prevedono fondamentalmente:



- l'assunzione di risorse umane;
- le modifiche strutturali e impiantistiche previste dalla normativa vigente;
- il governo e la gestione della Criobanca;
- organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità;
- garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia;
- produzione opuscolo informativo sulle attività del centro PMA.

Output – Tabella di sintesi

METODICHE	Attività di 1° livello (a bassa complessità organizzativa e tecnico-professionale)	Attività di 2° livello (a media complessità organizzativa e tecnico-professionale con tecniche eseguibili anestesia locale e/o sedazione profonda)
Tecniche applicate	Spermiogramma Capacitazione Inseminazione intrauterina (con ciclo spontaneo o dopo induzione farmacologica dell'ovulazione)	Prelievo degli ovociti per via vaginale Procreazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET) Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI)
Attività di crioconservazione dei gameti maschili e femminili	NO	SI
Metodologie di prelievo chirurgico degli spermatozoi mediante agobiopsia	NO	SI

Il contributo della U.O. di ginecologia della AOU di Ferrara si può declinare in:

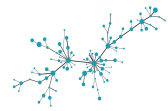
- messa a disposizione di 1 unità dirigente medico di ginecologia per 50% del debito orario
 - consolidamento di percorsi di accesso facilitato agli ambulatori specifici ("Dolore pelvico cronico e Endometriosi", "Patologia endometriale", "Isteroscopia office") per garantire la prevenzione, la diagnosi precoce e la terapia appropriata delle patologie ginecologiche note per compromettere la futura fertilità,
 - Partecipazione alla creazione di corso FAD per MMG sulle strategie di prevenzione dell'infertilità.
- Nella prima fase, per quanto riguarda il distretto Ovest, le azioni del progetto **Spazio Giovani PIU'** consistono nel creare le premesse per l'apertura di uno spazio di accoglienza e consulenza rivolto a donne, uomini e coppie di età 20 – 34 anni che si trovano nella fase di pianificazione familiare o desiderano ricevere informazioni sulla propria salute riproduttiva e sessuale-relazionale.
- Dovrà essere organizzata l'attivazione di percorsi integrati tra i servizi sanitari e sociali del territorio e dovrà essere predisposta l'analisi di fattibilità per l'individuazione della sede e dei professionisti dedicati.

Eventuali
interventi/Politiche
integrate collegate

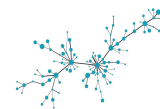
La programmazione e realizzazione di questi interventi richiede coordinamento e sinergia tra i Consultori Familiari ed i servizi del Dipartimento delle Cure primarie, il Dipartimento di Sanità Pubblica, i Servizi sociali e i centri per le famiglie, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. servizi infettivologici, U.O. di ginecologia, dermatologia, urologia, ecc.).

Istituzioni/Attori
sociali coinvolti

Servizi del dipartimento Materno Infantile ASL di FE ed AO di FE – Medici di Medicina



	Generale- Medici della Specialistica Ambulatoriale - Centro Donna Giustizia, CPF, ASSP. Ausl Spazio Giovani–Salute Donna.
Referenti dell'intervento	Dott. F. Corazza – f.corazza@ausl.fe.it tel 051 6838397 RAD Ostetrica – Dott.ssa Antonella Beccati – a.beccati@ausl.fe.it – tel 051 6838397 Dott. D. Costantino Responsabile Salute Donna Azienda (AUSL FE) - d.costantino@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>



Preventivo 2018

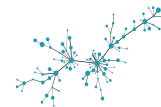
Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà	€
<i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati	€
<i>Esclusa contrib. utenti</i>	
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune	
<i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore	
<i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	



Indicatori da declinare a livello distrettuale

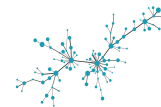
Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità, in ogni realtà aziendale	N. progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	2	31/12/2017	Numerico	3	Minimo 1	Minimo 1
Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	Apertura di uno spazio giovani per distretto	N *	31/12/2017	S/N	N	-	-
Indicatori locali							
	attivazione concorsi per assunzione risorse umane necessarie						
	esecuzione modifiche strutturali effettuate entro il 2018						
	progettazione di una campagna informativa attraverso la stampa di opuscolo informativo per la cittadinanza sulla tutela della fertilità maschile e femminile						
	inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati (%)						
	per il progetto "Spazio Più": attivazione di percorsi distrettuali integrati						
	% di utenti 20-34 anni/utenti totale dei CF						

* è prevista l'attivazione di percorsi preferenziali per gli utenti del distretto Ovest verso lo Spazio Giovani Adulti del distretto Centro Nord

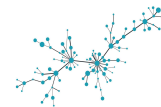


Distretto	OVEST
Titolo intervento	PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO
Riferimento scheda regionale	19 - 28
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☐ Comune ☐ Unione dei comuni ☒ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	ASL DI FERRARA
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Il Gioco d'azzardo patologico rappresenta una forma di dipendenza che evidenzia le principali caratteristiche dell'<i>addiction</i>: l'intenso e persistente desiderio di giocare d'azzardo e l'impossibilità di resistervi (<i>craving</i>), l'insorgenza di una serie di sintomi quali irrequietezza, ansia, disforia, disturbi del sonno, quando si è impossibilitati a giocare (<i>astinenza</i>), infine la necessità di giocare somme di denaro sempre più ingenti e con maggiore frequenza per riprodurre il medesimo vissuto di euforia e gratificazione (<i>tolleranza</i>). Per affrontare la domanda di trattamento sono attivi sul territorio dell'Azienda Usl di Ferrara 5 punti di accoglienza e valutazione psicodiagnostica, con offerta di sostegno psicologico individuale, di coppia e familiare in ogni SerD territoriale (Cento, Ferrara, Copparo, Portomaggiore, Codigoro), con invio al Centro psicosociale di cura di Ferrara. A Ferrara è attivo dal 2006 un Centro psicosociale di cura del gioco patologico che offre trattamenti di gruppo per pazienti e familiari provenienti da tutto il territorio provinciale. I Gruppi sono condotti con tecniche psicoterapiche ad approccio cognitivo comportamentale sulle strategie di <i>coping</i> per la ricaduta, secondo il modello EBM. Inoltre viene offerto sostegno e consulenza alle famiglie e ai pazienti con fenomeni di indebitamento collegati al gioco patologico, in stretta collaborazione con l'Associazione Fuori dal Gioco attiva sul territorio di Ferrara. Gli utenti che si sono rivolti al Centro psicosociale per seguire un trattamento per problemi legati al gioco d'azzardo problematico o patologico dal 2006 al 2017 si sono incrementati in modo esponenziale passando da 26 a 136 pazienti con un tasso incrementale medio annuo del 17%. I pazienti con un trattamento attivo nel 2017 hanno avuto in prevalenza un accesso autonomo (66%), con una piccola quota inviata dai servizi sanitari (MMG, salute mentale) o sociali (13,8%); il 5,8% è stato inviato dai familiari o da amici e lo 0,7%
-----------------------	---



	dalle Associazioni. Si tratta di una popolazione in prevalenza maschile (M 83,8%; F 16,2%), con un'età media di 50,6 anni, le classi di età maggiormente rappresentate sono quelle che vanno dai 40 anni in poi che rappresentano l'80% dell'utenza in carico (40-49 anni: 26,5%; 50-59 anni: 25%; oltre 60 anni: 28,7%). Se osserviamo il profilo sociale prevale una tipologia di utente con lavoro regolare (47,8%), in pensione (19,9%) o disoccupato (16,9%), che vive in famiglia (70,7%), con un livello di istruzione basso (diploma media inferiore, elementare, professionale: 66,3%). Considerando i giochi che vengono utilizzati una o più volte la settimana, i giocatori problematici si concentrano maggiormente su giochi a gratificazione immediata quali le slot machine e i video poker (81,1%). In misura minore si rilevano i giochi del Lotto, Superenalotto, Lotterie istantanee, Gratta e vinci (11,7%), seguiti dalle scommesse a base sportiva (3,6%), le scommesse su animali (2,7%) e i giochi d'azzardo su internet (0,9%). I luoghi prevalenti di gioco sono i bar/tabacchi (66,2%) e le sale giochi SNAI (14%). Dall'analisi del contesto l'intervento si pone l'obiettivo di incrementare l'attività di cura e prevenzione relativa alla ludopatia, in linea con gli indirizzi della D.R.G. 2098/2017.
Descrizione	SerD Ferrara: Coordinamento provinciale dei SerD che si occupano di ludopatia. SerD di Cento: Accoglienza, prevenzione all'interno delle scuole e dei centri per anziani
Destinatari	Giocatori d'azzardo patologici, familiari, insegnanti, studenti, volontari Associazione Fuori dal Gioco
Azioni previste	Obiettivo 1. Promuovere presso i cittadini la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo - Promuovere una rete competente Distrettuale che veda la collaborazione degli EE.LL., delle Associazioni e del Terzo settore per la prevenzione del rischio di dipendenza da gioco patologico: - attivazione di un team progettuale di distretto composto da professionisti sanitari dell'Ausl e professionisti delle Asp, volontari, studenti, insegnanti, operatori di strada, Promeco - <u>formazioni specifiche dirette al team progettuale Distretto Ovest</u> al fine di promuovere la conoscenza e la consapevolezza dei rischi correlati alle pratiche del gioco d'azzardo attraverso - <u>attivazione di interventi di prossimità</u> fisica sulla base delle specificità e delle priorità progettuali emerse dal team distrettuale in collaborazione con le Associazioni - <u>organizzazione di 1 Evento pubblico</u> in collaborazione con Enti Locali, Ausl, Associazioni, Terzo Settore. Ogni evento sarà il prodotto del lavoro fatto dal team progettuale distrettuale, accompagnato da esperti e testimonial - Interventi di informazione e sensibilizzazione diretta ai cittadini e agli esercenti: - <u>Utilizzo della Mappa dei locali</u> con gioco d'azzardo al fine di proporre le iniziative di sensibilizzazione sui rischi legati alla dipendenza da gioco - <u>Formazione/informazione/sensibilizzazione esercenti</u> sui danni del GAP e sulla normativa vigente - <u>Distribuzione di materiale informativo</u> per la sensibilizzazione degli esercenti predisposto dalla Regione E-R (locandine, vetrofanie) Obiettivo 2. Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo Promozione e organizzazione di percorsi formativi nei contesti scolastici diretti ai docenti, ai genitori e agli studenti, concertati con il Tavolo Adolescenza Ovest, Tavolo della Prefettura, Promeco, Ausl, Comune e Scuola: - 1 percorso formativo diretto ai docenti e ai genitori sul fenomeno del gioco d'azzardo finalizzato alla predisposizione di percorsi curriculari (4 ore) che prevede approfondimenti specifici sul meccanismo che innesca la dipendenza in relazione al comportamento propria del gioco patologico; modalità di lettura dei fattori di vulnerabilità in età adolescenziale; indicazione

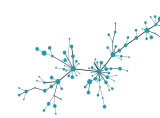


	sugli interventi da attivare. - attivazione di percorsi didattici e laboratori diretti agli studenti sui temi dell'educazione alla legalità e del contrasto della diffusione del gioco in collaborazione con Promeco Obiettivo 3. Promozione della responsabilità sociale diffusa e conoscenza della rete di trattamento Azioni di sensibilizzazione e prevenzione con momenti di formazione in situazione aperti a tutta la cittadinanza o a target specifici: - <u>Punto informativo</u> in collaborazione con le Associazioni; - <u>Incontri informativi nei Centri Sociali per Anziani;</u> Obiettivo 4. Promuovere e consolidare una rete competente per il trattamento integrato sanitario e sociale in favore dei giocatori d'azzardo e dei loro familiari: - Punto di accoglienza e lettura dei bisogni nel SerD di Cento, con accompagnamento alla presa in carico attraverso colloqui motivazionali e sostegno psicologico finalizzati all'invio al SerD di Ferrara per i trattamenti terapeutici specifici. Sostegno e consulenza alle famiglie
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Professionisti sanitari dell'Ausl e professionisti delle Asp, volontari, studenti, insegnanti, operatori di strada, Promeco
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Paola Giacometti Responsabile M.O. SerD Cento, p.giacometti@ausl.fe.it tel 051 903314
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>



Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€ Euro 43.345 (prevenzione) Fondo Sanitario Regionale
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	



Indicatori da declinare a livello distrettuale

Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto	Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)	Gruppi di auto aiuto GAP (Associazione fuori dal gioco) e Alcolisti (Club Alcologici Territoriali) *	31/12/2017	Testuale	mantenimento della collaborazione con le associazioni	mantenimento della collaborazione con le associazioni	mantenimento della collaborazione con le associazioni

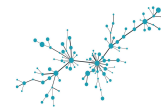
Indicatori locali

Promuovere presso i cittadini la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo	presenza di 1 tavolo di coordinamento Ausl, EE.LL., Istituzioni scolastiche, Associazioni						
Promuovere presso i cittadini la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo	presenza della programmazione specifica di interventi di contrasto del GAP all'interno dei Piani di zona						
Promuovere presso i cittadini la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo	almeno 1 intervento di responsabilizzazione diretto ai cittadini e agli esercenti con offerta di gioco non esclusiva						
Promuovere presso i cittadini la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo	almeno 1 intervento attivo di supporto territoriali ai familiari di giocatori						
Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo	1 corso di formazione per docenti e genitori						
Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo	1 percorso didattico per studenti nelle scuole che aderiscono al progetto						



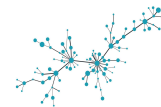
Promozione della responsabilità sociale diffusa e conoscenza della rete di trattamento	1 azione di sensibilizzazione in collaborazione con le Associazioni						
Promozione della responsabilità sociale diffusa e conoscenza della rete di trattamento	almeno 1 incontro informativo nei Centri Sociali per Anziani						
Potenziamento funzioni di accoglienza e trattamento	evidenza di una procedura sul percorso di cura per pazienti affetti da disturbo da Gioco patologico						
Potenziamento funzioni di accoglienza e trattamento	incremento del numero di utenti nel punto di accoglienza del SerD di Cento che invia al servizio di cura di Ferrara						

* Mappatura aziendale dei Gruppi di auto aiuto esistenti al 31/12/2017: Associazione fuori dal gioco (GAP): valenza sovra distrettuale Club Alcológico Territoriale metodo Hudolin (CAT): Copparo, Bondeno, Renazzo, Poggio Renatico



Distretto	OVEST
Titolo intervento	CAPIRSI FA BENE ALLA SALUTE (HEALTH LITERACY)
Riferimento scheda regionale	27
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☐ Comune ☐ Unione dei comuni ☒ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☐ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Le competenze alfabetiche e numeriche degli italiani, secondo lo studio PIAAC (Programme for the International Assessment of Adult Competencies, 2011-2013) promosso dall'OCSE, sono insufficienti per accedere alle informazioni e destreggiarsi nella società. Lo studio, che ha analizzato le competenze alfabetiche e numeriche della popolazione adulta (16-65 anni) di 24 paesi tra Europa, America e Asia, colloca l'Italia all'ultimo posto per competenze alfabetiche e al penultimo per competenze numeriche, stimando che il 47% di italiani sia, inconsapevolmente, analfabeta funzionale. Studi internazionali dimostrano che i pazienti si sentono in imbarazzo a dire che non hanno capito ciò che dice il medico e sono riluttanti a interrompere per fare domande, mentre spesso i professionisti sanitari usano termini scientifici, parlano rapidamente e interrompono il paziente. Ne consegue che un numero considerevole di cittadini accede in misura insufficiente ai servizi di prevenzione (come mammografie, pap test, vaccino antinfluenzale), ha scarse conoscenze sulla propria salute e sulla gestione della malattia (ad esempio diabete, asma, ipertensione), ha inadeguata capacità di comunicare i sintomi principali e di comprendere le spiegazioni del medico, ha difficoltà a leggere e capire le istruzioni delle medicine, la loro funzione e i possibili effetti collaterali (dosaggi, calcoli su tempi e modalità), ha un ruolo passivo nel processo decisionale. La cura di una comunicazione efficace può portare un enorme vantaggio non solo ai diretti interessati, cioè i pazienti e i loro familiari, ma anche ai team e alle equipe di sanitari che avranno una maggiore capacità di essere compresi e un minore rischio di fraintendimento, con un investimento in termini di tempo e di risorse più contenuto. Per raggiungere questi risultati è necessario innanzitutto coinvolgere professionisti ed operatori nella formazione. I setting sanitari sono oggi luoghi altamente complessi, anche dal punto di vista architettonico: sono presenti molti ingressi e molti corridoi che si incontrano, la segnaletica è copiosa, non chiara e spesso viene utilizzata una terminologia non comprensibile per l'utente. Anche su questo piano, le competenze richieste al cittadino per muoversi all'interno di queste strutture sono sempre maggiori. Per quanto riguarda l'aspetto dell'orientamento dei cittadini nelle strutture sanitarie, è evidente che
-----------------------	--



	a fianco delle misure che aumentano le capacità e le conoscenze individuali, è necessario sostenere anche interventi che creano ambienti di supporto facilmente fruibili. La capacità delle persone di accedere e di utilizzare al meglio i servizi, spesso dipende anche dalla capacità delle organizzazioni di predisporre segnaletiche adeguate e programmi che facilitino l'orientamento all'interno del sistema.
Descrizione	L'Health Literacy (HL) viene definita come la capacità di un individuo di trovare, comprendere ed utilizzare le informazioni mediche, per decidere adeguatamente sulla propria salute o su quella dei familiari. Tuttavia il concetto di HL non comprende solo le competenze dell'individuo, ma anche la capacità degli operatori sanitari di andare incontro alle necessità e ai livelli di comprensione dell'utenza; in questo senso si può dire che la HL è alla base della comunicazione con il paziente/utente. Possedere una buona HL significa avere le competenze per comprendere ciò che viene proposto e per riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggior controllo sui fattori che incidono sulla salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel sistema Sanitario, adottare comportamenti salutari (es. fare attività fisica e mangiare cibi sani); per contro è probabile che le persone con competenze limitate accedano in misura minore ai servizi di prevenzione, abbiano una minore capacità di comunicare i sintomi della malattia, maggiori difficoltà a comprendere il proprio problema di salute, a leggere e capire le istruzioni delle medicine, la loro funzione e i possibili effetti collaterali. L'aumento del livello di HL di individui e popolazioni porta al progressivo incremento dei livelli di autonomia e a un empowerment fondato sulla conoscenza diretta dei fenomeni per realizzare l'autogestione della propria salute e la partecipazione attiva ai percorsi di cura, in questo senso la HL assume dignità di determinante di salute, con un forte impatto sull'equità e la sostenibilità dei sistemi sanitari e sulle opportunità di miglioramento della qualità della vita di individui e popolazioni. Diventa quindi importante favorire la diffusione e l'utilizzo delle tecniche e pratiche della HL in ambito sanitario per quanto riguarda la comunicazione diretta nella relazione operatore sanitario-cittadino e la comprensibilità del linguaggio nella redazione dei materiali informativi. Dal punto di vista degli outcome, la bassa HL è viene associata a: riammissioni ospedaliere; elevato numero di accessi al P.S. e di visite dal proprio medico di famiglia; accessi non appropriati alle cure; al peggiore stato di salute riferito e in generale alla cattiva percezione della HRQoL (<i>Health Related Quality of Life</i>); alla più alta mortalità; alla mancanza di aderenza terapeutica e alla assunzione scorretta di farmaci; alla crescita del costo dei servizi di cura; ad indicatori psico-sociali es., elevati livelli di ansia e di supporto sociale (bassi o assenti). Infine, la HL è associata a comportamenti non salutistici, come la ridotta attività fisica (a cui si associa il sovrappeso), le cattive abitudini alimentari, il fumo ed il consumo di alcol. I setting sanitari sono oggi luoghi altamente complessi, anche dal punto di vista architettonico: sono presenti molti ingressi e molti corridoi che si incontrano, la segnaletica è copiosa, non chiara e spesso viene utilizzata una terminologia non comprensibile per l'utente. Anche su questo piano, le competenze richieste al cittadino per muoversi all'interno di queste strutture sono sempre maggiori. Per quanto riguarda l'aspetto dell'orientamento dei cittadini nelle strutture sanitarie, l'HL ha bisogno di essere sostenuta non solo da misure che aumentino le capacità e le conoscenze individuali, ma anche da interventi che creino ambienti di supporto facilmente fruibili. Anche la comunicazione attraverso siti web, i moduli informativi sanitari, i documenti sul consenso informato, sugli effetti collaterali, sui preparativi per un esame o le indicazioni post dimissione rappresentano spesso delle barriere alla comprensione. Il materiale informativo sanitario è spesso incompatibile con le competenze di alfabetizzazione di un adulto con istruzione secondaria. E' importante comprendere che la HL è una delle leve per avvicinare il cittadino e la comunità al mondo della prevenzione e della sanità.

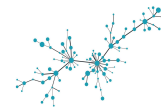


Fig. 1 I setting della Health Literacy

(https://www.ars.toscana.it)

L'**Azienda USL** ha realizzato il primo percorso formativo e di Empowerment di Comunità rivolto all'area oncologica dall'anno 2012 al 2014, realizzato da URP in collaborazione con il dirigente del DH oncologico seguendo un programma poliennale che si è concretizzato in:

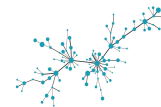
- Incontri formativi sul tema della HL, rivolti agli operatori sanitari del Day Hospital Oncologico;
- Successivo laboratorio partecipato focalizzato sugli aspetti principali della comunicazione scritta a supporto di quella verbale (operatori sanitari, comunicatori e rappresentanti del CCM);
- realizzazione di due strumenti informativi di tipo cartaceo per migliorare i percorsi dell'accesso dei cittadini al Day Hospital Oncologico;
- prosecuzione dei momenti di analisi partecipata (individuazione condivisa dei punti di forza e delle criticità) con la realizzazione di 3 Focus Group (uno per Distretto) coinvolgendo le diverse professionalità sanitarie, familiari di pazienti oncologici, pazienti oncologici in cura al D. H., componenti del volontariato e dei CCM;
- revisione e riedizione degli opuscoli sulla base dei contributi raccolti;
- presentazione dei lavori in plenaria con il coinvolgimento della direzione aziendale;
- presentazione pubblica del percorso realizzato (Agenzia Sanitaria e Sociale regionale).

Nell'anno 2015 in ambito PDTA mammella sono stati creati due strumenti comunicativi (opuscoli informativi) per trasmettere l'educazione alla salute a supporto della comunicazione fra operatori e utenti del PDTA mammella. Tutti i professionisti coinvolti nel PDTA hanno acconsentito a sottoporre ad una doppia revisione (1-esperto di comunicazione, 2 - gruppo eterogeneo pazienti/familiari/CCM) i loro testi seguendo il percorso della HL. Gli opuscoli sono stati presentati nel corso di conferenze rivolte agli operatori e alla cittadinanza nell'ambito provinciale, in occasione dell'Ottobre Rosa 2015.

Da molti anni l'URP dell'AUSL è impegnato a produrre il materiale di supporto che a collaborare al ripensamento di come vadano individuati e segnalati i percorsi di accesso, uniformando la segnaletica ed introducendo simboli universalmente riconoscibili, sempre attraverso percorsi partecipati e coinvolgendo *in primis* gli operatori e l'utenza.

Dopo aver seguito il percorso regionale rivolto a operatori sanitari, comunicatori e referenti urp delle Aziende Sanitarie, **l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara** ha innanzitutto coordinato un Piano della comunicazione aziendale per gestire la corretta informazione sia sul fronte interno in modo che il personale si sentisse ben informato e coinvolto sia sul fronte esterno per svolgere attività di benchmarking sul tema specifico. Infatti sono stati informati tutti i Direttori di Unità Operativa tramite la partecipazione al Collegio di Direzione (ottobre 2012) e ai Comitati di Dipartimento di tutti i Dipartimenti aziendali (nel primo semestre 2013). Tramite la newsletter aziendale è stata data visibilità al progetto durante i mesi estivi del 2013. Sul sito intranet è presente una sezione dedicata ai corsi di formazione e alla bibliografia. Anche il Comitato Consultivo Misto ha ricevuto comunicazione sugli obiettivi aziendali.

Nel triennio 2013-2015 sono state svolte 25 edizioni del corso di formazione rivolto in un primo tempo agli operatori sanitari e in un secondo momento anche alla componente amministrativa

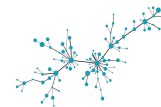


	nella consapevolezza che l'Azienda è un sistema fatto di varie componenti professionali, oltre a medici ed infermieri, che si interfacciano con l'utenza. Hanno pertanto partecipato oltre 500 persone afferenti a tutte le categorie professionali, tarando il format regionale su esercitazioni ed esempi provenienti dagli uffici amministrativi e gestionali. Il punto di forza di questa iniziativa è stato il forte mandato della Direzione generale, mentre l'aspetto critico ha riguardato il coinvolgimento della componente medica. L'attività che ha riguardato la revisione degli opuscoli informativa è stata preceduta da una fase di raccolta, classificazione e mappatura dei materiali esistenti in Azienda che vengono distribuiti a pazienti e familiari. Ad oggi sono stati rielaborati e creati ex novo circa 200 documenti in collaborazione con i referenti del Comitato Consultivo Misto, compresa l'edizione della Carta dei servizi 2013-2015. La divulgazione dei materiali avviene sia tramite la distribuzione cartacea all'interno delle unità operative tramite i professionisti ed anche dal sito internet in cui è stata creata una Biblioteca del paziente on-line che contiene anche link a siti web, validati dai Direttori dei Reparti, che possiedono sezioni dedicate alle informazioni rivolte ai pazienti elaborate a cura di Associazioni di Volontariato o di Società Medico-Scientifiche. Nel 2015, grazie alla collaborazione con il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, si è svolta un'ulteriore tappa di sviluppo nella ricerca scientifica volta alla validazione di strumenti di HL (S-TOFHLA, SILS, domanda di autovalutazione della capacità di lettura e NVS) con il coinvolgimento di pazienti oncologici di lingua madre italiana, all'interno dello studio multicentrico che ha coinvolto 6 centri di ricerca oncologica nazionali oltre all'Ospedale Sant'Anna di Cona con cui è stato realizzato un Convegno, un libro¹ ed un articolo contenente i risultati dello studio². Sono inoltre state seguite tesi di laurea sull'argomento presso l'Università degli Studi di Ferrara. Per quanto riguarda infine l'ultimo filone di intervento che riguarda il miglioramento dell'Ambiente è stato implementato l'importante progetto di orientamento e facilitazione all'accesso presentato all'interno di un Poster durante il Convegno regionale: "La vita dentro e "oltre" gli ospedali. Valutazione partecipata della qualità tenutosi a Bologna a maggio 2018³. La Regione Emilia-Romagna (Direzione Generale cura della persona, salute e welfare) ha aderito alla Ricerca Autofinanziata 2015 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" (promossa da Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Agenas) che ha previsto la valutazione del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero tramite la rilevazione di una Check List (e relativo Set Minimo di indicatori), attraverso una procedura partecipata. Il nostro Ospedale ha aderito, fin dalla fase pilota, in cui sono stati validati gli indicatori sperimentali coordinando un gruppo di lavoro ed il progetto ha dato luogo a risultati utili per azioni di miglioramento aziendali. Durante l'anno 2017 è stato predisposto il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA). Il percorso è stato condiviso con i professionisti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e dell'Azienda USL di Ferrara, con i Servizi Sociali del territorio ferrarese e con i rappresentanti delle Associazioni dei pazienti. Per la predisposizione del PDTA è stata applicata la metodologia indicata dalla European Pathways Association (EPA). Il documento tecnico è risultato di non semplice comprensione per il paziente e il caregiver. Durante gli incontri del gruppo di lavoro cui hanno partecipato rappresentanti di Associazioni dei pazienti, è stata richiesta esplicitamente da AISLA una versione "health literacy" per i cittadini. L'Azienda Ospedaliero Universitaria ha quindi messo in atto un progetto di collaborazione con il Laboratorio "Design of Science" di Storia e Comunicazione della Scienza del Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Ferrara che ha portato alla predisposizione di un Vademecum che rappresenta una "traduzione" del documento conclusivo. Il risultato deve essere considerato come il prodotto del lavoro congiunto tra le Aziende Sanitarie Ferraresi, le Associazioni dei pazienti AISLA ed ASSISLA ed il Laboratorio di Ricerca sulla Comunicazione di UNIFE.
Destinatari	- Coordinatori infermieristici (area sanitaria) - Ostetriche e ginecologi (S. Salute Donna)

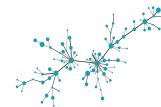
1 *Costruire la patient education nelle strutture sanitarie - insieme ai pazienti* Ed Il Pensiero Scientifico, 2017

2 *"Cross-cultural validation of health literacy measurement tools in Italian oncology patients"* su BMC Public Health, 2017 a cura di Italian Cancer Patient Education Group ICPEN

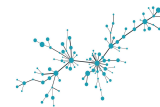
3 *La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle cure nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara*



	- Amministrativi e Assistenti Sociali (area socio sanitaria) - Portatori di interesse: cittadini / caregiver - CC.CC.MM. (Comitati Consultivi Misti)
Azioni previste	Le azioni da sviluppare in quest'ambito avranno come obiettivo quello di migliorare la consapevolezza del ruolo e dell'importanza che deve essere attribuito alla HL nella salute dei cittadini in ambito sanitario e socio-sanitario. L'obiettivo del triennio è di raggiungere il maggior numero di professionisti sanitari attraverso corsi di formazione, facendo emergere le aree critiche e sviluppando la consapevolezza di poter migliorare le proprie performance riguardo l'Alfabetizzazione Sanitaria. Per quanto riguarda, invece, i materiali informativi, dovrà essere garantita la loro costruzione in base alle esigenze comunicative e la loro realizzazione con metodologie partecipative. Come obiettivo ad ampio raggio, che riguarda la maggior parte delle azioni previste nei Piani di Zona, è auspicabile sostenere in tutti i contesti l'importanza di migliorare il livello qualitativo dell'informazione erogata: - aggiornamento, - correttezza, - completezza, - diffusione mirata e personale. Si ritiene che tale obiettivo possa essere raggiunto stimolando il dibattito professionale in ambito sanitario e socio-sanitario sul tema della HL e della comunicazione sanitaria ai cittadini e mappando le aree di criticità e i target prioritari a cui far riferimento. Andrà, inoltre, garantito il tutoraggio agli operatori ed il coinvolgimento dei soggetti portatori di interesse nell'elaborazione dei progetti (Empowerment di Comunità). Dovrà essere garantita la partecipazione al percorso regionale finalizzato a proseguire e sviluppare ulteriormente l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione e il monitoraggio della HL. Questa azione di raccordo con la progettazione regionale potrà favorire a livello locale di: A) analizzare le criticità e le potenzialità di sviluppo in quest'ambito, definendo un programma di implementazione multi professionale e progressivamente inter-aziendale; B) investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti (formazione tra pari) riguardo all'HL, tramite la realizzazione di percorsi di formazione volti a fornire a operatori sanitari e socio-sanitari gli strumenti per comunicare efficacemente con pazienti/utenti a bassa alfabetizzazione medico-sanitaria; per quanto concerne AUSL FE si ritiene opportuno intraprendere l'azione formativa a partire dai professionisti dell'area socio-sanitaria (collaborazione con la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie) e da coloro che svolgono un ruolo di coordinamento nei diversi servizi (in collaborazione con la Direzione Tecnica ed Infermieristica); C) produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari, avendo cura di valutare l'utilizzo di strumenti grafici innovativi (infografica); D) favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, attraverso la revisione partecipata della segnaletica direzionale ed informativa e gestione consapevole della nuova segnaletica da parte degli operatori. Nel corso del 2018 verrà realizzato un progetto di HL che coinvolge il Servizio Salute Donna, strutturato da diversi step: - revisione partecipata della segnaletica della sede del Centro salute Donna di Ferrara; - condivisione e gestione consapevole della nuova segnaletica; - percorso formativo a tutto il personale sull'Health Literacy con l'avvio di un laboratorio di progettazione partecipata di strumenti per la comunicazione efficace (revisione del materiale informativo esistente e costruzione di nuovi supporti informativi); E) implementare l'aggiornamento della Biblioteca on-line del paziente presente sul sito www.ospfe.it con gli opuscoli rivisti e creati ex-novo secondo le linee guida della dr.ssa Rima Rudd; F) proseguire con la fase 2 del Progetto di miglioramento della segnaletica e orientamento



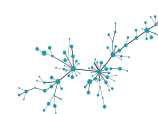
	all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara a Cona; G) favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza. La trasversalità dell'approccio HL va soprattutto orientata nell'interaziendalità (AUSL/AOSP Ferrara); nella formazione dedicata ad intere unità operative e a gruppi di professionisti multidisciplinari nell'ambito delle attività di integrazione ospedale-territorio; integrazione socio-sanitaria e nello sviluppo e applicazione dei PDTA; con il supporto dei referenti aziendali HL e dei professionisti già impegnati nella formazione tra pari. Si ritiene di fondamentale importanza la condivisione di materiale informativo tra le Aziende in un'ottica di benchmarking.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Scheda 10 (Equità in tutte le politiche) e scheda 32 (promuovere l'equità di accesso alle prestazioni sanitarie).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Aziende sanitarie ferraresi, CC.CC.MM, tutti i soggetti, individui od organizzazioni, attivamente coinvolti nell'iniziativa (<i>Stakeholder</i>).
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Annamaria Ferraresi, Direttrice Distretto Ovest Az.Usl di Ferrara. dd.cento@ausl.fe.it Dott.ssa Sara Castellari, responsabile URP Az.Usl di Ferrara. s.castellari@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>



Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà	€
<i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati	€
<i>Esclusa contrib. utenti</i>	
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune	€
<i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	
Nome del Comune finanziatore	
<i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Indicatori da declinare a livello distrettuale



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
N. aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente	Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy	S *	31/12/2017	S/N	S	S	S
N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	numero professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari	530 professionisti formati (pari al 12,6% dei dipendenti sanitari e amministrativi delle 2 aziende sanitarie) **	31/12/2017	Numerico	+20	+30	+30
N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	numero amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi	530 professionisti formati (pari al 12,6% dei dipendenti sanitari e amministrativi delle 2 aziende sanitarie) ***	31/12/2017	Numerico	+10	+30	+30
N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	numero eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	27 (Situazione al 31/12/2017: N eventi: 25 Az.Osp di Ferrara + 2 Az.Usl di Fe)	31/12/2017	Numerico	2	2	2
N. aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	Realizzazione di materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	S	31/12/2017	S/N	S	S	S
N. aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	S	31/12/2017	S/N	S	S	S
N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	S	31/12/2017	S/N	S	S	S

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 18



* Situazione di partenza al 31/12/2017: formazione realizzata presso l'Az. Ospedaliero Universitaria
formativi in entrambe le Aziende Sanitarie

di Ferrara. Obiettivo 2018/2020 è la promozione di eventi

** lo stato dell'arte al 31/12/2017: 530 operatori formati in totale (sanitari + amministrativi). la percentuale è calcolata sul numero di dipendenti sanitari e amministrativi dell' Azienda Usl e Az.Osp di Ferrara (anno 2017). sono esclusi dal denominatore i dipendenti con ruolo tecnico e professionale. Obiettivo 2019 e 2020: formazione 30 dipendenti in totale tra sanitari e amministrativi

*** Stato dell'arte al 31/12/2017: 530 operatori formati in totale (sanitari + amministrativi). la percentuale è calcolata sul numero di dipendenti sanitari e amministrativi dell' Azienda Usl e Az.Osp di Ferrara (anno 2017). sono esclusi dal denominatore i dipendenti con ruolo tecnico e professionale. Obiettivo 2019 e 2020: formazione 30 dipendenti in totale tra sanitari e amministrativi

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEMA 19

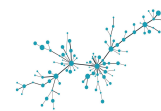


Distretto	OVEST
Titolo intervento	CONSOLIDAMENTO E PROSECUZIONE DEL LAVORO DI RETE E DI COMUNITÀ; FUNZIONAMENTO E POTENZIAMENTO ATTIVITÀ UFFICIO DI PIANO PER LA VALUTAZIONE E IL MONITORAGGIO DEL PIANO DI ZONA
Riferimento scheda regionale	29-Partecipazione civica e collaborazione tra pubblico ed Enti del terzo settore
Riferimento scheda distrettuale	Prevenzione, formazione e azioni per contrastare la violenza di genere e pari opportunità (regionali 14 e 25)
Ambito territoriale	X Distrettuale Sub distrettuale Provinciale Aziendale
Soggetto capofila	X Comune Unione dei comuni AUSL ASP Altro
Specifica soggetto capofila	Comune di Cento
In continuità con la programmazione precedente	Sì X No (in parte)
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> Sì X No (non in quello iniziale, è stato inserito successivamente durante il processo di creazione del Piano di Zona)
Aree	A Domiciliarità e prossimità B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute C Promozione autonomia X D Partecipazione e responsabilizzazione E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	La società di oggi è caratterizzata da una crescente diversità culturale che da una parte può provocare fenomeni di frammentazione e segmentazione a livello sociale, ma anche di collaborazione e condivisione che, a livello distrettuale, vengono favoriti dalla presenza di una forte concentrazione di realtà del Terzo Settore, quali ad esempio, Odv, Aps, Cooperative Sociali, Fondazioni, etc.. Si tratta di soggetti che possono favorire, insieme alla Pubblica Amministrazione, la coesione sociale ed il superamento dei conflitti e delle distanze.
Descrizione	Il percorso partecipato per la creazione del Piano di Zona ha sicuramente attivato delle buone prassi, al punto che il Distretto Ovest ha deciso di avviare un percorso di consolidamento della rete territoriale e di monitoraggio sistematico delle azioni, sia inserite nel Piano stesso che al di fuori. Il percorso che si andrà ad attivare avrà, pertanto, l'obiettivo di mantenere attiva la relazione tra pubblico e privato, favorendone un dialogo costante; partendo dai tavoli di lavoro che si sono costituiti nel corso degli Open Day, mediati da facilitatori, che hanno lavorato su task specifici ed hanno avviato un percorso di confronto e condivisione che si vorrà mantenere nel tempo. E' stato pensato di realizzare incontri periodici, con cadenza da stabilire (indicativamente bimestrale o trimestrale), dei diversi tavoli di lavoro e intanto avviare un lavoro di ulteriore mappatura del territorio per comprendere quali altre realtà associative e/o di volontariato possano essere eventualmente coinvolte. Ciascun tavolo di lavoro avrà il compito di monitorare le attività dei singoli soggetti coinvolti, con l'obiettivo di mantenere un costante e reciproco aggiornamento, finalizzato anche ad attivare eventuali collaborazioni e apportare nuove bisogni e proposte per la programmazione.



	Il lavoro di rete è stato uno dei bisogni ricorrenti in tutti i tavoli di lavoro degli Open Day, precisamente è emersa la necessità di rafforzamento della rete stessa attraverso un raccordo da parte della Pubblica Amministrazione. Ciò consentirebbe una migliore conoscenza tra i diversi soggetti, con maggiori possibilità di collaborazione e di attuazione di proposte diverse. Ruolo di fondamentale importanza in questo processo è attribuito all'Ufficio di Piano, che ha la funzione di partecipare attivamente alla definizione delle caratteristiche della comunità (attraverso raccolta ed elaborazione di dati ed informazioni per la lettura del territorio), e alla programmazione di zona, anche attraverso un supporto tecnico alle azioni di confronto e concertazione territoriale. L'Ufficio di Piano, inoltre, nella sua funzione di supporto al Comitato di Distretto, fa da raccordo tra la comunità/Terzo Settore e la componente politica.
Destinatari	Comuni, Ausl e Terzo Settore territoriale
Azioni previste	1. LAVORO DI RETE E DI COMUNITA' Continuità, sviluppo e consolidamento della rete: - Incontri periodici, con cadenza da stabilire (indicativamente bimestrale o trimestrale), dei diversi tavoli di lavoro che si sono formati durante gli Open Day, incluso il Tavolo sulla Violenza di genere (per le politiche di contrasto alla violenza di genere e pari opportunità cfr scheda distrettuale n.); - ulteriore mappatura del territorio per comprendere quali altre realtà del territorio possano essere eventualmente coinvolte; - monitoraggio attività dei singoli soggetti coinvolti, con l'obiettivo di mantenere un costante e reciproco aggiornamento, per attivare eventuali collaborazioni e apportare nuove bisogni e proposte per la programmazione; - incontro annuale in plenaria per condividere e confrontarsi su quanto emerso dal lavoro/attività di ciascun tavolo. 1. FUNZIONAMENTO E POTENZIAMENTO UFFICIO DI PIANO Come previsto nella attuale Convenzione tra i Comuni del Distretto Ovest e l'Ausl di Ferrara per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Ufficio di Piano, tra le funzione rientrano quelle di programmazione, monitoraggio e verifica dell'attività sociale e sanitaria in modo coordinato, pertanto, a tale fine si prevede un rafforzamento dell'Ufficio per lo svolgimento delle seguenti azioni che dovranno essere di supporto: - rafforzamento e cura della rete per favorire il confronto e la concertazione territoriale, e quindi una migliore veicolazione delle informazioni; - monitoraggio e valutazione delle azioni previste dal Piano di Zona; - favorire una maggiore comunicazione ed informazione tra i servizi pubblici e il terzo settore;
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Servizi Sociali dei Comuni del Distretto, Gestione Associata Servizi Socio Assistenziali (Comuni di Cento, Terre del Reno, Poggio Renatico e Vigarano Mainarda), Ausl di Ferrara, Terzo Settore e OO.SS.
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Roberta Sarti, Responsabile Servizi Sociali e Sportello Sociale Comune di Cento
Risorse non finanziarie	<u>COMPONENTI UFFICIO DI PIANO</u> - Responsabile di P.O Servizi Sociali e Sportello Sociale Comune di Cento; - Responsabile dei Servizi Sociali Comune di Bondeno; - Responsabile Servizi Socioassistenziali Gestione associata - AUSL Ferrara in comando al Comune di Cento; - Direttore AUSL Dipartimento cure primarie o suo delegato - Funzionario Azienda USL Coordinatore FRNA - n. 2 Funzionari amministrativi del Comune capo -fila (Comune di Cento); - Altre figure professionali responsabili dei Servizi Sociali e Sanitari, nel caso siano trattate specifiche problematiche e materie.



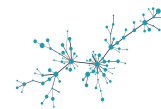
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€ 38.000,00
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune Distretto Ovest	€ 16.511,24 (per sei mesi 2018)
Nome del Comune finanziatore	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 19



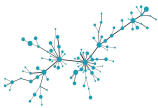
<i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	
---	--

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

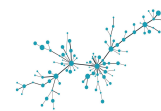
Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 19

Indicatori da declinare a livello distrettuale



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/122017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	0	31/12/2017	Numerico	0	-	-
Sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna	Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale	S	31/12/2017	S/N	S	S	S



Razionale/Motivazione

e

I Punti Nascita in attività nel 2016 in Emilia-Romagna erano 27, 18 Spoke e 9 Hub, disomogeneamente distribuiti sul territorio regionale. Dai dati 2016 emerge che solo 4 dei 18 spoke hanno effettuato più di 1000 parti/anno e che 7 sono al di sotto dei 500 parti/anno. Di questi, il PN dell'Ospedale del Delta ha terminato le proprie attività a fine gennaio 2017. Inoltre, il contesto demografico sta cambiando con una riduzione drastica della natalità che, se non si prenderanno provvedimenti rapidamente, porterà la maggior parte degli spoke della regione al di sotto della soglia dei 500 nati.

Le gravidanze che necessitano di un’assistenza complessa e quindi di centralizzazione sono in aumento per l’età delle madri, sempre più elevata, e per le patologie croniche di cui sono portatrici, ma anche per i risultati della diagnosi prenatale che portano a far nascere bambini nei luoghi dove è garantita un’assistenza specifica per la patologia di cui sono portatori.

Rapporto Cedap

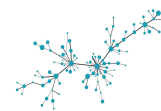
Tasso STD di natalità (per 1000 ab.)

AUSL di residenza: FERRARA

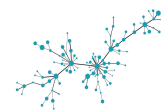
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
FERRARA - DISTR. OVEST	9,9	9,8	10,6	4,7	9,6	9	7,7	7,3	7,1
FERRARA - DISTR. CENTRO-NORD	7,4	7,4	7,1	7,9	6,7	6,1	6,3	5,8	5,7
FERRARA - DISTR. SUD-EST	7,5	7,3	7,2	6,4	7,1	6,4	5,9	5,8	5,7
Ausl	8	7,9	7,9	6,6	7,5	6,8	6,5	6,1	5,9

Fonte: Rapporto sui Dat iCedAP, anni 2008-2016

L’analisi della serie storica del numero dei parti dal 2010 al 2017 su tutta la provincia di Ferrara (3 ospedali) evidenzia una riduzione del 28% (corrispondente a 816 parti, passando da 2911 a 2095 parti).



	Il confronto con le altre Province della Regione evidenzia una riduzione percentuale del numero dei parti, dal 2010 al 2017, pari al 20% ,corrispondente a 8243 parti in meno. La Provincia che ha registrato in percentuale (non in termini di valore assoluto) il maggior calo e' stata Ferrara:- 816 parti pari a : -26% ossia -1303 parti. Segue la Romagna: -23% ossia -2430 parti. Parecchie province hanno fatto registrare riduzioni del 20% (PC,MO). Chi ha avuto il minor calo percentuale e' stato il territorio Bologna/Imola con -13% ossia -1194 parti. L'analisi dell'origine delle donne che hanno partorito evidenzia che la riduzione registrata a livello regionale e' legata sia a una diminuzione di parti nelle donne nate in Italia (-26%) che da una riduzione i parti nelle donne nate all'estero (-8%).
Descrizione	Obiettivi della riorganizzazione sono la promozione e miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e il corretto ricorso al taglio cesareo. In particolare e' stato prodotto un percorso tra l'ostetricia e gli specialisti territoriali di oculistica per monitorare l'eccessivo ricorso al taglio cesareo primario in caso di problematiche di pertinenza oftalmologica in gravidanza, oltre che incentivare il VBAC (parto di prova) in modo da orientare maggiormente verso l'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo. La riorganizzazione della rete assistenziale dei punti nascita dovrà prevedere la revisione di tutta l'assistenza al percorso nascita promuovendo una forte integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri per garantire risposta ai bisogni portati delle donne e delle loro famiglie, in particolare la continuità assistenziale e l'accompagnamento nel pre e nel post parto, per diminuire le difficoltà che certamente si creeranno nel momento in cui si andrà a modificare la rete e, soprattutto, per migliorare la qualità dell'assistenza. Il Progetto è nuovo a seguito delle norme nazionali e regionali emanate nel corso degli ultimi 8 anni. L'intesa Stato Regioni del dicembre 2010 prevede la riorganizzazione dei punti nascita (PN) e, a questo fine, "[...] raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita." Nel 2015 sono stati emanati quattro documenti che definiscono le condizioni per aderire alle richieste dell'intesa del 2010 sui punti nascita: - il DM 70/2015 nel quale si definiscono i rapporti volume/esiti dei PN per il loro mantenimento in attività; - il DM 11.11.2015, che integra i compiti e la composizione del Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn), prevede, all'art.1, che il CPNn debba esprimersi entro 90 giorni su eventuali richieste di deroghe avanzate dalle Regioni sul dimensionamento numerico dei PN che viene confermato dover essere > 1000 parti anno; - il Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili, in applicazione dell'art. 1 del DM 11.11.2015, nel quale vengono definiti dal CPNn gli standard strutturali, tecnologici e di personale indispensabili per l'ottenimento della deroga alla chiusura da parte del Ministero; - La DGR 2040/2015 che definisce la riorganizzazione dalla rete ospedaliera sul territorio regionale e dà mandato alla Commissione nascita regionale di realizzare uno specifico approfondimento sugli ultimi 5 anni di attività della rete dei punti nascita regionali.
Destinatari	Donne, coppie in gravidanza e nel post parto e i loro bambini/e, professionisti del percorso nascita
Azioni previste	AZIONI DA SVILUPPARE • Mettere in atto la presenza del Pediatra/neonatalogo H24 all'interno del Punto Nascita di Cento processo interaziendale con Hub dell'A.Osp Fe (in corso) • Modifica della procedura STAM in collaborazione con centro Hub dell'AOSP FE al fine di



	ottenere una procedura interaziendale • monitoraggio procedura STEN già pubblicata a livello interaziendale (ASL di FE e AOSP FE) • promozione dell'assistenza ostetrica nella fisiologia e creazione di percorsi integrati sulla patologia ostetrica dal centro Spoke verso il centro HUB. Tale azione viene sostenuta attraverso l'adozione generalizzata della cartella ostetrica regionale ambulatoriale sulla Gravidanza utilizzo della strumento "Scheda scelta del parto" per migliorare le competenze delle donne e la loro capacità di partecipare al proprio percorso assistenziale. • Implementazione dei percorsi di continuità assistenziale ospedale territorio in particolare per gli ambulatori della gravidanza a Basso rischio consultoriale • Formazione continua sulla Emergenza in sala parto e la rianimazione neonatale • Promozione del Punto nascita attraverso progetti di comunicazione televisiva e giornalistica • Elaborazione dell'opuscolo sul Punto Nascita in collaborazione con i Servizi di comunicazione dell'ASL di Fe promuovendo attivamente la Health literacy. • Riconoscimento da parte del Ministero della Sanità di un Bollino Rosa per il Punto Nascita di Cento • Adesione all(H) Open Day dedicato alla ginecologia all'ospedale di Cento per visite gratuite per la diagnosi precoce della fibromatosi uterina • Aggiornamento sito aziendale sul Punto Nascita • La Azienda USL di Ferrara dovrà inoltre garantire la realizzazione delle condizioni necessarie per il mantenimento dell'apertura del Punto Nascita di Cento in deroga riferendo trimestralmente alla Direzione Generale Regionale Sanità e Politiche Sociali lo stato di avanzamento di tali adeguamenti.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	La programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia tra Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Cure primarie (MMG, PdLS), Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi educativi, Servizi di neuropsichiatria infantile, Casa delle donne contro la violenza, associazioni di auto-mutuo aiuto, Servizi specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.). Riorganizzazione della rete ospedaliera (scheda 2), Health literacy (scheda 27).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AZIENDA OSPEDALIERA – SERVIZI SALUTE DONNA AZIENDALI
Referenti dell'intervento	Dott. F. Corazza – f.corazza@ausl.fe.it tel 051 6838397 RAD Ostetrica – Dott.ssa Antonella Beccati – a.beccati@ausl.fe.it – tel 051 6838397
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono.</i>

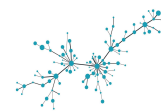
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 20



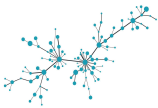
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblci	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblci	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

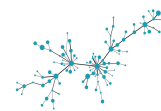
Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 20

Indicatori da declinare a livello distrettuale

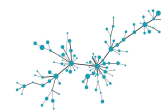


Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/122017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Si No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	S	31/12/2017	S/N	S	S	S
Indicatori locali							
	% ricoveri per parto in punti nascita < 1000 parti/anno						
	% parti cesarei nella classe 1 di Robson						
	% di donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva (>= 12 ^a settimana di gestazione o non effettuata						
	% allattamento completo a 3 mesi e a 5 mesi						
	% di donne che eseguono almeno una visita in consultorio nel post parto						



Distretto	OVEST
Titolo intervento	PROMOZIONE DELL'EQUITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE
Riferimento scheda regionale	32
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	Distrettuale Sub distrettuale Provinciale ☒ Aziendale
Soggetto capofila	Comune Unione dei comuni ☒ AUSL ASP Altro
Specifica soggetto capofila	Azienda USL FERRRARA Dipartimento Cure Primarie
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	A Domiciliarità e prossimità B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute C Promozione autonomia D Partecipazione e responsabilizzazione ☒ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate (es. visite, esami diagnostici, interventi programmati) rappresentano un tema oggetto di particolare attenzione da parte della popolazione. Ad oggi non si rileva una sufficiente chiarezza e condivisione tra gli esperti rispetto alle cause determinanti il fenomeno (es. ricorso improprio alle prestazioni, inefficienza del sistema, offerta di servizi non adeguata alla domanda) e alle soluzioni maggiormente efficaci. Il rispetto degli standard nazionali fissati per i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri programmati costituisce una delle priorità di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna, definita nell'ambito del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015.
Descrizione	Nel 2015 e 2016 sono state attuate diverse azioni (in applicazione delle DGR n. 1056/15 e DGR 377/2016) riguardanti la riduzione dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale: - la rimodulazione dell'offerta attraverso l'estensione degli orari di attività nei giorni feriali e, se necessario, l'apertura nei giorni pre-festivi e festivi, l'assunzione di personale per affrontare le criticità, la ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, il miglioramento dell'appropriatezza nella gestione delle prime visite; - l'accesso per i primi inquadramenti diagnostici garantito entro i tempi di attesa standard (30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni diagnostico strumentali e 7 giorni per le urgenze differibili), la continuità assistenziale per i pazienti affetti da patologie croniche (protocolli condivisi tra medici delle Aziende Sanitarie e medicina convenzionata) e la presa in carico dei pazienti complessi attraverso il modello organizzativo di Day Service ambulatoriale; - l'informazione e la responsabilizzazione dei cittadini rispetto alla prenotazione e alla disdetta (campagna informativa "Insieme per una sanità più veloce"); - l'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa (costituito dai Direttori sanitari, dai Responsabili Unitari dell'accesso delle Aziende sanitarie, dai collaboratori regionali e dai rappresentanti del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino) ha il mandato di monitorare lo stato di avanzamento delle azioni finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa, i tempi di attesa, i volumi di attività erogati in regime istituzionale e in libera professione intramuraria, e di



condividere con le Aziende sanitarie interventi correttivi e proporre azioni innovative in materia di accessibilità. I componenti dell'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa sono i Direttori sanitari, i Responsabili Unitari dell'accesso delle Aziende sanitarie, i collaboratori regionali ed i rappresentanti del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino.

Nel 2017 è stata adottata la DGR 272 che definisce obiettivi e strumenti per la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati prevedendo un monitoraggio strutturato delle liste e dei tempi di attesa, la definizione delle priorità e dei relativi tempi massimi di attesa e l'adozione di sistemi e strumenti di comunicazione ai cittadini.

Parlare di equità vuol dire tenere conto dei diversi fattori che possono condizionare l'accessibilità anche quando questa è modulata sui bisogni.

L'accessibilità può essere limitata da fattori opposti ed uguali tipo scarsità di offerta o eccesso di offerta consumata impropriamente. L'accesso a cui si fa riferimento prevalentemente verso un bisogno emergente è il primo inquadramento diagnostico.

Questi standard sono validi su tutto il territorio nazionale e la loro garanzia in regione Emilia Romagna è seguita dai Responsabili dell'accesso.

La regione ha reso disponibile per tutti i cittadini il sito (TDAER - <http://www.tdaer.it/MAPS/dati>) consentendo il confronto con altre Aziende della Regione in merito al rispetto dei tempi di attesa.

Per quanto riguarda il tema del perché viene chiesta un'indagine diagnostica e se la richiesta della stessa è appropriata è il secondo pilastro dell'equità. Anche in questo caso la condivisione del problema può essere valorizzante

L'appropriatezza in sanità è definita come la misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico o terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario (tipo d'indagine e tempistica di esecuzione).

L'attività specialistica ambulatoriale è strettamente connessa al comportamento prescrittivo dei Medici. Una ampia variabilità comportamentale dei medici è, infatti, un indice indiscutibile di inappropriatezza, essa comporta quindi ed inevitabilmente spreco di risorse sanitarie, economiche e temporali a carico del Sistema e della Comunità, ma soprattutto le prestazioni inappropriate sottraggono risorse a chi effettivamente ne ha necessità.

Le prescrizioni nel nostro territorio provinciale sono così distribuite:

Tabella 1

Azienda	AUSL FE	AOSP FE	TOT	AUSL FE	AOSP FE	TOT	
	2016	2016	2016	2017	2017	2017	%
TOTALE	1.469.157	195.099	1.664.256	1.540.137	262.952	1.803.089	8%
TOT. Dema	1.248.069	195.099	1.443.168	1.355.214	262.952	1.618.166	12%
TOT. No Dema	221.088	-	221.088	184.923	-	184.923	-16%
Presenza del quesito diagnostico	1.437.816	194.234	1.632.050	1.514.133	259.148	1.773.281	9%
Assenza del Quesito Diagnostico	32.455	865	33.320	27.023	3804	30.827	-7%

Fonte il motore semantico che carica il prescritto, presente nella banca dati delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale SOLE,

delle Aziende (AUSL E AOSPU) di Ferrara.

I dati evidenziano un sempre maggiore aumento delle richieste " motivate " ovvero della presenza del quesito diagnostico.

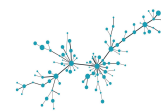
All'interno della banca dati delle prescrizioni, sono presenti le richieste di tutti i prescrittori Aziendali



	(MMG, PLS specialisti ospedalieri, specialisti territoriali, guardia medica ecc.) In questa analisi, escludendo le indagini radiologiche della DGR704/2013, si è fatto riferimento alla presenza di un quesito diagnostico che avesse una sua validità. La indicazione della diagnosi/quesito diagnostico sulla prescrizione di specialistica ambulatoriale è sempre stata richiamata quale elemento tracciante ed indispensabile finalizzata al governo clinico. Tale informazione consente infatti, di identificare le principali fattispecie/modelli di percorso di cura e quindi l'aderenza o meno a processi di gestione della cura del paziente. Per il medico Prescrittore, sia esso MMG/PLS che Specialista, tale adempimento diventa momento rafforzativo della richiesta diagnostica, esprimendone la motivazione clinica e quindi avvallando la conformità a scelte clinicamente e scientificamente ponderate; esprime inoltre una corretta modalità di comunicazione e di indirizzo per l'erogatore che deve utilizzare al meglio l'indicazione diagnostica per effettuare le scelte più opportune dal punto di vista diagnostico e/o terapeutico per ciascun singolo caso.		
Destinatari	Tutta la popolazione		
Azioni previste	• garanzia dei tempi di attesa standard per le prestazioni specialistiche (7 gg per le urgenze, 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni diagnostiche strumentali); • miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale; • incremento delle prenotazioni e dei controlli effettuati da parte della struttura sanitaria (unità operativa/ambulatorio) che ha in carico il cittadino e del livello di continuità assistenziale garantito; • garanzia dei tempi di attesa dei ricoveri programmati in relazione alla classe di priorità assegnata; • adozione di sistemi di comunicazione trasparente verso i cittadini rispetto a liste e tempi di attesa; • monitoraggio delle disdette e delle mancate presentazioni. AZIONI già PRESIDATE dall'Azienda USL e da proseguire: - garanzia dei tempi di attesa standard per le prestazioni specialistiche - miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva - incremento delle prenotazioni e dei controlli effettuati da parte della struttura sanitaria che ha in carico il cittadino - garanzia dei tempi di attesa dei ricoveri programmati in relazione alla classe di priorità assegnata; - adozione di sistemi di comunicazione trasparente verso i cittadini rispetto a liste e tempi di attesa; - monitoraggio delle disdette e delle mancate presentazioni. La DGR 272/2017 definisce obiettivi e strumenti per la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati prevedendo il monitoraggio strutturato delle liste e dei tempi di attesa, la definizione delle priorità e dei relativi tempi massimi di attesa e l'adozione di sistemi e strumenti di comunicazione ai cittadini. Di seguito la sintesi sui tempi di attesa basate sulle Schede di dimissione ospedaliera. Segue Tabella 2 Sintesi tempi di attesa delle prestazioni monitorate SDO, mese di marzo e trend Note: 1.Tempi di attesa calcolati <u>al netto</u> delle giornate di sospensione 2.<u>Tumore alla prostata</u> valutato in base alla effettiva classe di priorità assegnata FONTE: INSIDER (http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/reporter/InSiDER)		
	<table border="1"> <tr> <td>Indice di performance</td> <td></td> </tr> </table>	Indice di performance	
Indice di performance			



			< 70%	
			70 - 79%	
			80 - 89%	
			>= 90%	
			AOSPU	AUSL
TUMORI	INTERVENTO TUMORE MAMMELLA	N° ricoveri	338	
		% entro la classe	87,3	
	INTERVENTO TUMORE PROSTATA	N° ricoveri	25	29
		% entro la classe	76	34,5
	INTERVENTO TUMORE COLON RETTO	N° ricoveri	112	60
		% entro la classe	90,2	90
	INTERVENTO TUMORE UTERO	N° ricoveri	30	9
		% entro la classe	100	88,9
	INTERVENTO TUMORE POLMONE	N° ricoveri	71	
		% entro la classe	93	
	Totale gruppo	N° ricoveri	576	99
		% entro la classe	88,7	73,7
PROTESI D'ANCA	PROTESI D'ANCA	N° ricoveri	56	305
		% entro la classe	96,4	80,3
ALTRI INTERVENTI	ANGIOPLASTICA (PTCA)	N° ricoveri	124	74
		% entro la classe	66,1	91,9
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	N° ricoveri	149	44
		% entro la classe	51,7	68,2
	CORONAROGRAFIA	N° ricoveri	1	
		% entro la classe	100	
	TONSILLECTOMIA	N° ricoveri	204	
		% entro la classe	60,3	
	BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO	N° ricoveri	53	
		% entro la classe	94,3	
	EMORROIDECTOMIA	N° ricoveri	49	155
		% entro la classe	22,4	69,7
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	N° ricoveri	187	645
		% entro la classe	46,5	87,3
	Totale gruppo	N° ricoveri	767	918
		% entro la classe	56,2	83,8
Totale interventi		N° ricoveri	1.399	1.322
		% entro la classe	71,2	82,2
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate				
Istituzioni/Attori sociali coinvolti				



Referenti dell'intervento	Dr. Sandro Guerra, Direttore DCP Azienda Usl di Ferrara dcp.segreteria@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>

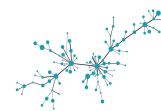
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 21



Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

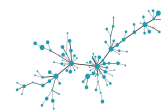
Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 21

Indicatori locali



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Si No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
% delle prenotazioni effettuate entro i tempi standard sul totale delle prenotazioni >= 90%;	7 gg per le urgenze, 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni diagnostiche strumentali	I tempi standard sono rispettati	31/12/2017	numerico	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
% di interventi erogati entro i tempi previsti dalle classi di priorità >=90%;	garanzia dei tempi di attesa dei ricoveri programmati in relazione alla classe di priorità assegnata	Si veda tabella 2	31/12/2017	numerico	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
n° sanzioni per mancata disdetta;	comprendono sia le disdette tardive (entro i due gg lavorativi) che gli abbandoni (assenza di disdetta)	Dal 4/4/2016 al 31/12/2016: n. 28.819	Dall'1/1 al 31/12/2017: n. 43.584	numerico	Inviare le sanzioni dell'anno 2017	Inviare le sanzioni dell'anno 2018	Inviare le sanzioni dell'anno 2019
monitoraggio della presa in carico diretta delle prestazioni secondarie.	Presso gli ambulatori specialistici i medici, a seguito della prima visita, procedono agli esami di approfondimento	I tempi standard sono rispettati	31/12/2017	numerico	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento



Distretto	OVEST
Titolo intervento	MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO E DEI PERCORSI IN EMERGENZA URGENZA DISTRETTO OVEST
Riferimento scheda regionale	33
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	Distrettuale Sub distrettuale ☒ Provinciale Aziendale
Soggetto capofila	Comune Unione dei comuni ☒ AUSL ASP Altro
Specifica soggetto capofila	Azienda Usl e Az.Ospedaliera di Ferrara
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	A Domiciliarità e prossimità B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute C Promozione autonomia D Partecipazione e responsabilizzazione ☒ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. In quest'ottica risulta prioritario il miglioramento della presa in carico complessiva in condizioni di emergenza-urgenza. La risposta ai bisogni di salute che richiedono interventi sanitari in urgenza è garantita da un sistema articolato di strutture che includono: - il Pronto Soccorso, - i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali, - le postazioni di emergenza preospedaliera: - o Mezzi BLSD (soccorritori) - o Mezzi ILS (autista soccorritore ed infermiere) - o Mezzi ALS (infermiere e medico) - i servizi per la continuità assistenziale, - i centri specialistici con accesso in urgenza (a 24h o differibile), - altri percorsi specifici, ad esempio presso i servizi per la salute mentale, i consultori familiari ecc. Per quanto riguarda l'emergenza, il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118). In questa articolata rete di offerta, il Sistema di Emergenza Preospedaliera ed il Pronto Soccorso rivestono un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità e con esiti fortemente dipendenti dall'immediatezza della risposta sanitaria (per es. infarto, traumi, ictus ecc.) ma, in particolare il Pronto Soccorso è anche uno snodo fondamentale tra l'ospedale e il territorio nella gestione dei percorsi
-----------------------	--



per i pazienti cronici e/o polipatologici.

Il PS rappresenta una delle principali porte di accesso all'ospedale (il 50% dei ricoveri ordinari avviene a seguito di un accesso in PS) ma in alcuni casi, in particolare per gli strati della popolazione più vulnerabili, rappresenta – seppur in modo improprio - la via di accesso all'intero sistema dei servizi sanitari.

In provincia di Ferrara il ricorso al ricovero ospedaliero mostra un trend in diminuzione¹, anche se rimane ancora al di sopra dei valori medi regionali. E' probabile che il miglioramento nella gestione di malattie croniche a livello territoriale sia stato uno dei determinanti di questa diminuzione, ma è evidente che il costante e progressivo invecchiamento della popolazione ferrarese (indice di vecchiaia più elevato in RER) continua a determinare un crescente impatto sulla salute.

Tasso standardizzato di ospedalizzazione e di accesso al PS (per 1.000 abitanti) per Distretto di residenza e Anno di dimissione 2016.

Distretto di residenza	Tasso standardizzato di ospedalizzazione	Tasso standardizzato di accesso al PS
CENTRO-NORD	148,8	355,7
OVEST	147,1	400,4
SUD-EST	155,2	451,6
TOTALE	150,1	392,7

Banca dati SDO e Banca dati PS, Regione Emilia-Romagna.²

¹Il decremento citato ha interessato sia i soggetti ricoverati presso le strutture dell'Ausl, sia quelli ricoverati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

²Nel tasso di ospedalizzazione sono esclusi i neonati sani e comprese le schede di mobilità passiva interregionale in contestazione. Tasso standardizzato di ospedalizzazione: Tasso x 1.000 abitanti. La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella italiana residente al 01/01/2012

Per l'anno 2017 l'AUSL di Ferrara presenta una percentuale di ricoveri/accessi pari al 10,8%, in riduzione rispetto al dato Regionale (12,6%).

Il quadro d'insieme è caratterizzato dall'elevato impegno sanitario e sociale dovuto a patologie cronico-degenerative. Tra le cause principali di ricovero si ritrovano, nello specifico, le patologie a carico del sistema cardiocircolatorio (15.4% nel 2013 sulla totalità delle patologie) e i tumori (11.8% nel 2013), che insieme inducono oltre il 25% dei ricoveri.

In una situazione epidemiologica di questo tipo il Pronto Soccorso oggi si caratterizza sempre più con una doppia veste: da un lato come servizio ad alta specializzazione per la gestione di quadri clinici complessi, dall'altra come un servizio di prossimità, di bassa soglia e di potenziale raccordo tra il sanitario e i servizi territoriali.

Descrizione

In relazione a quanto premesso risulta prioritaria la valorizzazione del ruolo del pronto soccorso come interfaccia tra ospedale e territorio in funzione di obiettivi quali l'appropriatezza nell'accesso al ricovero ospedaliero e l'efficacia dei percorsi clinici relativi sia alle condizioni tempo-dipendenti che alle patologie croniche.



LA RETE DELLA MEDICINA D'URGENZA AUSL FERRARA

L'UO di PS AUSL svolge la sua attività per le persone che si presentano ai servizi di PS e ai Punti di Primo Intervento attivi negli Ospedali dell'Azienda; si integra con il Sistema di Emergenza Territoriale (SEUPh) al fine di rispondere alle situazioni di emergenza ed urgenza sanitaria in ambiente pre-ospedaliero.

L'UO si articola in 3 moduli organizzativi:

M.O. Argenta con sede presso l'ospedale Mazzolani–Vandini di Argenta;

M.O. Cento con sede presso l'ospedale SS Annunziata di Cento;

M.O. Delta con sede presso l'ospedale del Delta di Lagosanto, comprendente:

- **PS** generale Delta (presso Ospedale del Delta a Lagosanto)
- **PPITT** (punto di primo intervento turistico temporaneo) di Comacchio con apertura solo estiva (presso Struttura Sanitaria S. Camillo di Comacchio).

Gli Ospedali dell'Azienda USL di Ferrara, sono organizzati secondo il modello per intensità di cura con l'individuazione di piattaforme logistiche per pazienti con un fabbisogno assistenziale omogeneo, secondo un ordine di complessità che prevede anche per l'Ospedale di Cento:

- ✓ Piattaforma intensiva per pazienti ad alta intensità assistenziale, comprendente posti letto di terapia intensiva e sub- intensiva afferenti a diverse discipline;
- ✓ Piattaforma medica caratterizzata dall'aggregazione delle specialità di area medica, nella quale si distinguono un livello medio di intensità delle cure (pazienti che provengono da PS), ed un'area a bassa intensità;
- ✓ Piattaforma chirurgica caratterizzata dall'aggregazione delle specialità di area chirurgica con un livello medio di intensità delle cure, nella quale concentrare esclusivamente i pazienti che necessitano di intervento chirurgico.

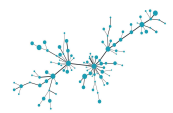
La funzione Spoke dell' ospedale del Distretto OVEST dell'AUSL di Ferrara si integra nella rete Hub and Spoke della provincia dove l'Azienda Ospedaliero Universitaria rappresenta il punto Hub di riferimento per la presa in carico delle patologie tempo dipendenti.

Nel Distretto **OVEST** è presente il **PS di Cento** che nel 2017 ha visto n. 22.126 accessi con 9.5% di ricoveri.

Oltre agli aspetti clinici si è posto attenzione ad aspetti di carattere organizzativo che presentano un rilevante impatto sulla qualità e la sicurezza delle cure.

Nel mese di aprile del c.a. è stato inaugurato il **Pronto Soccorso dell'Ospedale "SS. Annunziata"**, costruito ex novo dove prima sorgeva la palazzina adibita ad ambulatori del Servizio Materno-Infantile, in via Cremonino. Una struttura realizzata grazie alla **Fondazione Cassa di Risparmio di Cento**, che ha investito **2 milioni e 200 mila euro**, e alle risorse dell'**Azienda sanitaria di Ferrara**, che ha contribuito con **oltre 365 mila euro**. Una struttura di oltre 1.000 metri quadrati, con un'area esterna altrettanto grande, dotata di nuovi spazi e nuove tecnologie che permetteranno di potenziare la qualità dei servizi e di accrescere il comfort per i pazienti: circa 20mila all'anno, in aumento nel 2017 (oltre 22mila). L'esigenza di una nuova sede per il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cento nasce dagli importanti limiti strutturali della precedente collocazione, nella quale non erano realizzabili ampliamenti e risultavano particolarmente difficoltosi i necessari adeguamenti funzionali ed impiantistici.

Nel nuovo PS dell'ospedale di Cento è stata attiva la funzione **Osservazione Breve Intensiva**, con 3 postazioni, in area funzionale annessa al Pronto Soccorso, con finalità di rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente (non inferiore



alle 6 ore e non superiore alle 24 ore), per identificare l'appropriatezza del ricovero e della sua sede o della dimissione.

Sono stati implementati protocolli finalizzati ad una precoce attivazione già al triage di percorsi relativi alla gestione di specifiche situazioni di fragilità (ad es. vittime di violenza e abuso) attraverso la promozione di eventi formativi rivolti al personale dei PS e del 118.

Sono stati previsti dei percorsi facilitati per l'accesso alla neuroradiologia dell'ospedale Hub bypassando il PS generale in caso di indisponibilità della TAC a Cento

Sono stati prodotti procedure interaziendali per la gestione dei pazienti affetti da TIA, Sincope, Vertigini con possibilità di concludere l'iter diagnostico terapeutico anche con visite in differita.

E' stato avviato l'iter per garantire un percorso di presa in carico integrata e corretta gestione dei BPSD (disturbi psicologici e comportamentali associati alle demenze, spesso causa di precoce istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione), introducendo il Codice Argento e favorendo l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale sanitaria, socio-sanitaria e sociale al fine di ridurre i ricoveri inappropriati in ospedale.

A Cento, è stata posta in deroga la permanenza del Punto Nascita di Cento ed il trasferimento di personale medico pediatra dall'Azienda Ospedaliera di Ferrara ne garantisce la guardia H24.

L'emergenza pediatrica territoriale

L'attività di soccorso primario nelle emergenze in età evolutiva avviene, di norma, con le procedure ed i mezzi di soccorso ordinari, ma con protocolli specifici per le varie fasce di età. Rispetto invece alle vere emergenze la centrale operativa del sistema emergenza-urgenza 118 garantisce la copertura di tutto il territorio provinciale con un buon livello operativo ed una formazione specifica del personale medico ed infermieristico finalizzata a trattare le emergenze pediatriche a partire dall'assistenza al parto precipitoso. Tutti i mezzi di soccorso avanzato sono dotati di dispositivi e farmaci adatti all'intervento di tipo pediatrico. Protocolli condivisi con i servizi di pediatria dell'ospedale di riferimento a Cona e di tutti gli altri servizi deputati all'emergenza hanno rappresentato in questi anni la sicurezza delle cure su tutto il territorio provinciale 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno e per qualsiasi età e situazione patologica da parte del sistema di emergenza sia preospedaliero che intraospedaliero con il coinvolgimento di tutte le componenti all'interno di un sistema coordinato ed integrato.

Sono costantemente incentivate azioni di "**defibrillazione precoce territoriale**" da parte di personale non sanitario, assicurando l'adeguato supporto al percorso di accreditamento dei centri di formazione BLSD per personale laico, verificando la qualità dei corsi erogati, contribuendo a mantenere aggiornati i registri delle persone formate e la mappatura dei defibrillatori distribuiti in molte strutture pubbliche grazie alla presenza attiva dell'Associazione polisportiva "Chi gioca alza la mano".

In particolare il Comune di Bondeno con oltre 33 defibrillatori presenti sul territorio bondenese si conferma così tra i più 'cardioprotetti' dell'Emilia Romagna.

Il progetto bondenese di cardioprotezione ('Rianimiamo Bondeno') è un "progetto speciale dimostra grande sensibilità e attenzione a questi temi da parte della popolazione.

Il personale Medico-Infermieristico si articola funzionalmente sull'UO Pronto Soccorso e sul MOD SEUPh. operando a rotazione, anche sulle ambulanze (autista soccorritore ed infermiere) e sulle automediche (infermiere e medico):

- POSTAZIONE ILS DI CENTO E BONDENO
- POSTAZIONI ALS DI CASUMARO
- POSTAZIONI BLSD SANT'AGOSTINO E CENTO



Per arrivare in tempi sempre più rapidi e sempre più vicino alle persone che hanno bisogno di ricevere un soccorso sanitario tempestivo, in condizioni di emergenza la Regione ha previsto delle aree per il decollo e l'atterraggio delle eliambulanze su tutto il territorio regionale, anche di notte, con un nuovo elicottero dotato di tecnologia NVG (Night Vision Goggles, visori a intensificazione di luce) che consentirà di utilizzare anche basi di atterraggio non illuminate.

Nel Distretto Ovest il progetto regionale prevede per i prossimi anni (2020-2021) un'ulteriore estensione della rete dei punti atterraggio notturni dell'elisoccorso, in modo da renderla ancora più capillare. Inoltre, grazie allo sviluppo tecnologico - che consente agli elicotteri di nuova generazione di effettuare la navigazione in spazi aerei con livelli di accuratezza sempre più elevata - è in programma uno studio di fattibilità per creare rotte dedicate per il volo strumentale a bassa quota. Queste modalità operative, caratterizzate da elevati livelli di precisione ed affidabilità, permetteranno di attivare l'elisoccorso regionale anche in condizioni meteorologiche critiche, tali per cui oggi non è consentito il servizio.

I Comuni in cui saranno attivate le nuove aree per il decollo e l'atterraggio anche notturno: **Cento, Bondeno, Sant'Agostino**

L'UO è parte integrante del sistema di emergenza sanitaria della provincia di Ferrara (Modulo Dipartimentale Sistema Emergenza Urgenza sanitaria pre-ospedaliera provinciale SEUPh), per questo motivo è impegnata costantemente in un processo di consolidamento, verifica e miglioramento dell'interfaccia con le UO: Diagnostiche, Laboratorio, SEUPh, DEU dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara attraverso Procedure e Collegamenti Funzionali.

Alcune aree di interesse trasversale sono presidiate grazie all'identificazione di specifici referenti: Qualità, Rischio, Audit, Formazione, Triage, Procedure EBM e appropriatezza clinica, Emergenza pre-ospedaliera, Umanizzazione delle cure, Comunicazione e sistema informativo, Logistica e attrezzature, Continuità territorio-ospedale, Maxiemergenza.

Per quanto riguarda ai codici di maggiore gravità, i codici rossi, questi rappresentano circa un terzo del totale. Nel biennio 2016- 2017 si è assistito ad un aumento dei ricoveri presso il centro HUB, per effetto della maggiore applicazione dei **percorsi di centralizzazione** per IMA STEMI, STROKE e POLITRAUMA, in coerenza con la regolamentazione RER dell'emergenza urgenza, che prevede lo sviluppo dell'integrazione inter ed interaziendale.

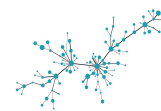
Il sistema **provinciale** è organizzato in una **RETE EMERGENZA HUB/SPOKE**, secondo un modello di integrazione in rete tra ospedali di alta specialità (HUB) ed ospedali non di specialità (SPOKE) per il Trattamento delle grandi Emergenze (Trauma Grave, STEMI, Stroke). L'organizzazione della rete ha richiesto investimento di risorse Tecnologiche-Telematiche, Professionali con elaborazione di specifici percorsi condivisi, ad elevata integrazione con il Sistema 118, in relazione alle diverse tipologie di gravità del paziente:

- **La RETE IMASTEMI per la gestione dell' infarto acuto**

Nel 2015 è stato elaborato il PDTA IMA STEMI con il co-coordinamento della sottoscritta. I mezzi di soccorso dell'emergenza preospedaliera sono dotati di Elettrocardiografi in grado di trasmettere l'ECG all'Unità del centro HUB ed il paziente con STEMI, soccorso in qualsiasi punto della provincia, viene trasferito presso il cath-lab per la procedura di PCI. L'accesso all'angioplastica primaria è stato migliorato nel tempo attivando protocolli infermieristici che prevedono la trasmissione dell'ECG all'Hub anche in assenza del medico del 118.

- **La RETE STROKE per la gestione degli ictus**

Nel 2008 l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha elaborato il Percorso



	Stroke finalizzato alla Trombolisi con apposita Istruzione Operativa che ha coinvolto la Centrale Operativa 118 di Ferrara per la rapida identificazione di segni e sintomi con la Cincinnati Prehospital Stroke Scale, invio di mezzo avanzato per conferma, supporto delle funzioni vitali, trasporto rapido e preallertamento della struttura accettante per un territorio esteso al comune di Ferrara e comuni confinanti. Dal 2013 la procedura è stata estesa a tutta la provincia con possibilità da parte anche degli infermieri di contattare direttamente il neurologo per garantire una centralizzazione all'ospedale HUB sede di stroke unit. • La RETE TRAUMA Nel 2006 l'Azienda Sanitaria Locale di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara hanno dato mandato ad un gruppo di professionisti del 118 e dei Pronto Soccorsi di elaborare una procedura finalizzata a definire le strategie assistenziali da adottare nella fase di stabilizzazione preospedaliera del paziente traumatizzato a cui deve seguire una corretta centralizzazione al centro HUB. Negli anni, con le Direzioni Sanitarie sono stati elaborati ed implementati precisi protocolli anche per l'attivazione del trauma team del Pronto Soccorso HUB. Il PS di Cento ha avviato un percorso di confronto secondo le indicazioni della DGR 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di Cure palliative» ed il personale è direttamente coinvolto nei percorsi di formazione per gli operatori che operano nelle strutture che si interfacciano e interagiscono con la rete di cure palliative. In particolare, il personale di PS coordina la presa in carico di pazienti oncologici o che necessitano di cure palliative da parte degli operatori della rete evitando ricoveri impropri. Ogni anno viene realizzato un incontro con tutto il personale per presentare i risultati degli audit su tematiche clinico-organizzative con particolare riferimento alla gestione in emergenza di patologie rilevanti (es. infarto, traumi e stroke). Formazione specifica in medicina generale, tirocinio post laurea e specializzandi in Medicina d'Emergenza Urgenza Il PS di Cento da due anni è sede di attività didattiche pratiche rivolte a laureati e specializzandi in Medicina d'Emergenza Urgenza e da quest'anno concorre alla realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al corso di medicina generale facilitando il loro inserimento nei diversi reparti e unità operative. Nel 2017 è stato progettato un evento formativo con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione.
Destinatari	Pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso volontariato Adolescenti con problemi di abuso di sostanze
Azioni previste	Per il triennio 2018-2020 entrambe le aziende sanitarie hanno previsto azioni volte al consolidamento ed allo sviluppo di alcuni aspetti di carattere organizzativo che presentano un rilevante impatto sulla qualità e sulla sicurezza delle cure. Tali azioni sono coerenti con quanto previsto dal PSSR, che attribuisce priorità al presidio di alcuni temi specifici: - definizione di linee di indirizzo e protocolli volti a migliorare l'accessibilità e la gestione dei percorsi in emergenza-urgenza (es. iperafflusso, es. tipologie specifiche di utenti), - promozione di iniziative formative trasversali e dove pertinente (es. violenza e abuso) condivise con gli altri servizi della rete sociale del territorio - miglioramento nei percorsi per pazienti cronici con particolare attenzione all'interfaccia con i servizi territoriali (cure intermedie e cure primarie); - adozione di ulteriori strumenti di monitoraggio dei percorsi in emergenza,



- individuazione di metodologie per garantire la sicurezza del personale e degli utenti.

AZIONI PER LA GESTIONE DELL'IPERAFFLUSSO E DEL SOVRAFFOLLAMENTO OSPEDALI AUSL FERRARA

Il Pronto Soccorso, **Osservazione Breve Intensiva** (OBI) e Medicina d'Urgenza costituiscono il "core business" del sistema di emergenza-urgenza ospedaliera e pertanto, al fine di garantirne la massima funzionalità all'interno dell'ospedale e della rete regionale delle strutture di PS si impone la necessità di formulare un piano di gestione del sovraffollamento attraverso tre componenti:

1) flussi informativi sull'affollamento del PS che permettano di misurarlo in maniera adeguata *(e' stato implementato il SISTEMA INFORMATICO con L'ATTIVAZIONE DELLO SCORE NEDOCs * secondo le indicazioni del DGR 1827/2017)*

2) soglie di attivazione e responsabili delle risposte organizzative

3) risposte organizzative che prevedono:

a. ridistribuzione del carico assistenziale tra le discipline specialistiche che operano nella struttura condividendo la tipologia delle patologie dei pazienti da assegnare ai reparti;

b. rimodulazione delle attività, con eventuale limitazione di quelle elettive

c. reperimento di posti letto in altri ospedali e strutture esterne convenzionate, con possibilità di invio anche dai reparti

d. attivazione di risorse aggiuntive in PS in caso di bisogno

e. attivazione della Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale nei due Distretti di riferimento per i casi complessi.

AZIONI di INPUT

- richiesta di visite specialistiche in differita con consegna al paziente della data e ora della visita o dell'esecuzione dell'indagine diagnostica per evitare il rientro in PS (percorso vertigini, percorso TIA, percorso Sincope)

- possibilità di accedere direttamente alla neuroradiologia dell'AOSP in caso di rottura dell'apparecchio TC negli ospedali spoke

- accesso diretto ad alcune specialità in AOSP bypassando lo stesso PS

AZIONI di THROUGHPUT

Il PS generale del Cento è una struttura organizzativa semplice deputata agli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e agli altri interventi diagnostico-terapeutici e clinico-strumentali di urgenza, e a garantire il trasferimento urgente (in caso di necessità) all'ospedale di riferimento (Reti per IMA, Ictus, Traumi Maggiori).

AZIONI di OUTPUT

- implementazione della figura del flussista chirurgico ed internista

- da prevedere l'attivazione dell'Unità di crisi rappresentata dalla Direzione Medica di Presidio, Direttori delle UO di presidio e Direzione delle professioni: dovrebbe riunirsi su indicazione della Direzione medica di presidio ogni qual volta esistano situazioni critiche o potenzialmente critiche per cui risulti necessario un piano di coordinamento straordinario.

I PS dell'AUSL si sono dotati di percorsi di gestione di specifiche situazioni di fragilità (ad es. vittime di violenza e abuso, paziente con demenza, paziente talassemico, paziente con multisensibilità chimica, paziente agitato, paziente dializzato con EPA) sviluppando anche sinergie con il sociale ed il volontariato.

AZIONI ORGANIZZATIVE per il MIGLIORAMENTO DELL'ACCOGLIENZA e della gestione di specifiche FRAGILITA'

✓ Applicazione di Istruzioni Operative volte al miglioramento della gestione sul



territorio e dell'accoglienza in P.S., con particolare riferimento alla gestione ambulatoriale, diagnostica, specialistica, ricovero e/o affidamento al curante al domicilio o a struttura protetta.

- ✓ Implementazione di percorsi specifici, tra i quali quelli rivolti al paziente anziano con patologie croniche o affetto da demenza, alle donne gravide, alla gestione delle donne maltrattate e dei bambini abusati. Sono in atto procedure in comune con tutte le strutture del territorio provinciale, compresi i servizi sociali e le forze dell'ordine, per l'accoglienza e gestione della donna maltrattata/abusata e del bambino.
- ✓ Definizione/completamento di una specifica I.O. per la gestione multidisciplinare del paziente anziano affetto da disabilità, multicronicità e/o demenza.
- ✓ Rafforzamento della collaborazione RER per la gestione del paziente psichiatrico, già testimoniata dal flusso di pazienti verso le strutture che al tempo zero hanno posti letto disponibili per l'accoglienza.
- ✓ Istituzione di ambulatori con caratteristiche di comfort e riservatezza che consentano una migliore accoglienza in PS di alcune categorie di pazienti (donna e bambino maltrattato, paziente multisensibile, paziente affetto da demenza, etc.).

AZIONI di TIPO FORMATIVO/INFORMATIVO

Nel corso del triennio 2018-2020 verrà garantita la partecipazione del personale dell'UO ad interventi di tipo:

- educativo – informativo (trasmissione delle conoscenze utili al paziente od ai familiari per fronteggiare l'evoluzione della patologia)
- formativo (formazione continua del personale sanitario dell'Azienda nel settore dell'emergenza).
- attività di educazione sanitaria rivolte alla popolazione, in collaborazione con altri soggetti istituzionali (Scuole, Comuni, Protezione Civile) al fine di prevenire l'instaurarsi delle patologie acute mediche e traumatiche.
- formazione biennale del personale del Pronto soccorso degli ospedali e del 118, per migliorare le capacità di accoglienza delle donne che subiscono violenza.

L'ORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI DI PRONTO SOCCORSO DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è il punto di riferimento della sanità ferrarese per la presa in carico della patologia acuta; esercita le proprie funzioni assistenziali in integrazione con l'Università di Ferrara e con l'Azienda USL e con le espressioni istituzionali e associative della comunità in cui opera.

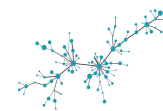
L'AOU – Fe ha una capacità di 658 posti letto ordinari, 22 in regime di Day Hospital e 30 in regime di Day Surgery.

Il Pronto Soccorso (PS) rappresenta il Patient – In per l'AOU – Fe di pazienti che vi afferiscono in modo autonomo, mandati dal curante, da altre strutture e tramite mezzi di soccorso: per le funzioni che svolge è identificato DEA di 2° Livello, con un numero di accessi annui di 86.656, trend in crescita negli ultimi anni.

Il numero di accessi al PS di persone con età superiore ai 65 anni è in crescita, rispecchiando l'andamento epidemiologico della popolazione e, nello specifico, l'elevato indice di vecchiaia che contraddistingue la cittadinanza ferrarese.

Dal Dicembre 2016 i ricoveri internistici da Pronto Soccorso avvengono verso il Dipartimento Medico dalle 8 alle 20 di tutti i giorni e verso un unico "contenitore" nelle ore notturne (Medicina di Urgenza) che provvederà alla collocazione del paziente nelle altre Unità Operative il giorno successivo

Contestualmente è stata istituita la funzione di Bed Management, con lo scopo di migliorare il flusso dei pazienti attraverso il coordinamento e l'integrazione tra il bisogno di ricovero, la logistica, le aree produttive ospedaliere ed eventuali percorsi presenti a livello aziendale ed inter – aziendale, supportando l'efficienza dei processi



clinico assistenziali e contenendo eventuali sprechi di risorse.

Tale processo si realizza mediante un governo centralizzato che si interfaccia costantemente con il pronto soccorso e la medicina d'urgenza (Patient – In), le varie unità operative (Patient – Stay) e pone le basi per una dimissione pianificata e ragionata secondo il modello dell'integrazione e della continuità assistenziale (Patient – Out).

Da gennaio 2017 è stata istituita la funzione di Case Management per il dipartimento medico dell'AOU – Fe.

AZIONI dell'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

AZIONI PER LA GESTIONE DELL'IPERAFFLUSSO E DEL SOVRAFFOLLAMENTO

Il piano si pone i seguenti obiettivi:

1. l'individuazione di indicatori per la corretta rilevazione del fenomeno "iperafflusso"
2. la definizione delle soglie di criticità e di tempestive modalità di risposta, atte a favorire / facilitare le fasi di processo e di ricovero evitando incongrui e disagiati stazionamenti di pazienti all'interno del PS

Gli indicatori di sovraffollamento posti sotto osservazione sono essenzialmente di tre tipi:

Indicatori statici:

- numero di letti / barelle / box realmente "presidiati" in PS.
- numeri posti letto dell'Ospedale (a cui il PS può concretamente accedere),

Indicatori dinamici di impegno del sistema :

- numero complessivo di pazienti in carico al PS (confrontato con 90° e 95° percentile)
- numero di pazienti critici in carico in PS,
- numero di pazienti in attesa di ricovero.
- numero di pazienti in attesa di prima visita (con riferimento ai codici di priorità)

Indicatori dinamici temporali :

- tempo di attesa massimo per la prima visita,
- tempo di attesa massimo al ricovero (cioè il tempo che intercorre da quando si assume la decisione del ricovero a quando realmente avviene).

Gli indicatori dinamici sopraindicati, ed in particolare il numero di pazienti in carico, sono utilizzati per identificare scostamenti significativi, soprattutto se ripetuti in più rilevazioni nella stessa giornata, sulla base dei quali adottare le soluzioni pianificate.

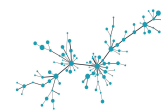
Nell'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Ferrara il calcolo del NEDOCS è stato attivato nel mese di settembre 2017. L'azione, che viene consolidata nel corso del 2018, permette di distinguere tre livelli, che prevedono conseguenti azioni diversificate:

- Situazione non critica:
- Situazione critica:
- Situazione gravemente critica:

Nelle situazioni "non critiche" il mantenimento di una disponibilità adeguata di posti letto a disposizione del PS è assicurato da una serie di attività integrate. Riassumiamo le più significative:

Azioni di input:

- Ricoveri urgenti da ambulatori e DH specialistici senza passaggio da Pronto Soccorso.
- Accordi tra specialisti dei presidi ospedalieri della provincia per ricovero nell'Hub di Cona: ricovero urgente direttamente presso la degenza, senza



passaggio del paziente da Pronto Soccorso.

- Accordi tra specialisti dei presidi ospedalieri della provincia per consulenze nell'Hub di Cona: effettuazione delle consulenze nei blocchi ambulatoriali, senza passaggio del paziente da Pronto Soccorso.
- Strutturazione di una offerta ambulatoriale provinciale per la gestione dei pazienti con priorità "U" con visite da eseguire entro 24 ore.

Azioni di Output

- Bed management (BM). Strutturazione di un Team di Operation Management composto da un Gruppo Operativo e un Gruppo Coordinamento a garanzia del flusso di pazienti.
- Istituzione della figura del Case Manager (CM), a cui sono assegnate attività di facilitazione alla dimissione, di individuazione del rischio di difficoltà alla stessa e di ricognizione della situazione dei pazienti in uscita in un ottica di pianificazione alla dimissione.
- Attività della Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale CDCA), per l'attivazione di percorsi di dimissione difficile in base alle reali situazioni dei pazienti ricoverati (numero pazienti in attesa di dimissione, numero reale di occupazione del posto letto). Ha il compito di interagire con i servizi territoriali e sociali per pianificare soluzioni integrate che garantiscano le prestazioni assistenziali dovute.

Le figure del BM e del CM e la CDCA hanno una costante integrazione e comunicazione in quanto orientate agli stessi obiettivi di semplificazione e facilitazione dei flussi dei pazienti dall'ingresso (Patient – In), durante il ricovero che deve essere orientato alla continuità delle cure e presa in carico (Patient – Stay) e alla facilitazione all'uscita mantenendo e garantendo la continuità appropriata delle cure e dell'assistenza (Patient – Out).

A garanzia del flusso ordinario dei pazienti all'interno dell'AOU-Fe è indispensabile una sistematica e strutturata disponibilità quotidiana di posti letto nei vari stabilimenti ospedalieri del territorio.

Quando gli indicatori di sovraffollamento raggiungono valori di allerta, sono previste una serie di azioni integrate, che devono essere attivate per favorire il superamento delle **situazioni "critiche" e "gravemente critiche"**.

Riassumiamo le più significative.

Azioni di Output

1. Attivazione di letti aggiuntivi (in due steps, secondo la gravità della situazione)
2. Utilizzo da parte della MEU dei letti della Chirurgia d'Urgenza (fino a 6 PL):
3. Attivazione in Pronto Soccorso di un'area di Osservazione Temporanea.
4. Richiesta extra di supporto ai presidi ospedalieri della Provincia
5. Attivazione di ulteriori **12 posti letto**: da attivare in tempi brevi (6 ore), destinati agli acuti, e da tenere aperti fino a 7 giorni (alternativa al punto 4)
6. Ricovero in case di cura private

Azioni di Troughput

- In caso di problematiche di iperafflusso: Attivazione di un team aggiuntivo in P.S. in orario diurno feriale
- Blocco parziale dell'attività programmata in Radiologia per dedicare la diagnostica all'attività di P.S.
- Potenziamo servizi esternalizzati (Trasporto Pazienti e Trasporto Merci)

E' prevista la possibilità di attivare un Nucleo di Crisi, a discrezione del medico di Direzione Medica di Presidio in presenza attiva o in reperibilità.

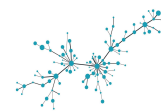
AZIONI COMUNI E CONDIVISE TRA LE DUE AZIENDE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA AZIENDA USL DI FERRARA

Azioni organizzative per il miglioramento di specifiche categorie di utenti: per il riconoscimento, la diagnosi, il trattamento e la presa in cura post dimissione di adolescenti/giovani adulti in condizioni di intossicazione acuta da sostanze, con particolare attenzione all'uso delle nuove sostanze di abuso. Il progetto prevede la costruzione di un percorso integrati tra servizio territoriale di emergenza, il pronto

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 22



	soccorso della provincia, medicina d'urgenza, rianimazione, psichiatria, servizio per le dipendenze, centro antiveleni nazionale. Il percorso è finalizzato al riconoscimento precoce dell'intossicazione (ed all'individuazione del tipo di sostanze), al trattamento della fase acuta, al riconoscimento della condizione di disagio psicologico e psicopatologico, eventualmente associato.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Per tutte le azioni si prevede il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (servizi sanitari e sociali, enti locali ed altre istituzioni ove appropriato, associazioni di volontariato in particolare se impegnate nel contesto dell'emergenza-urgenza).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	Dr.ssa Adelina Ricciardelli
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>

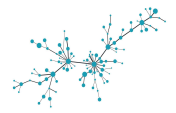
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 22



nei servizi per NA	
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	



Indicatori da declinare a livello distrettuale

Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	N. iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	0	31/12/2017	Numerico	1	1	1
Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Specificare le tematiche	No	31/12/2017	Testuale	violenza di genere	in valutazione	in valutazione

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

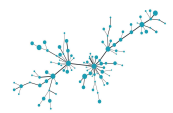
Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 23

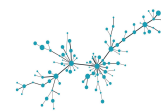


Distretto	OVEST
Titolo intervento	CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DEL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE
Riferimento scheda regionale	36
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Comune di Cento per Gestione Associata Servizi Socio Assistenziali Comuni di Cento, Terre del Reno, Poggio Renatico e Vigarano Mainarda, e Servizi Sociali Comuni del Distretto; Comune di Bondeno per Servizio Sociale Professionale di Bondeno
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☒ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	La società odierna si sta modificando rispetto al passato, caratterizzandosi da un contesto sempre più pluriculturale, con una composizione ed organizzazione delle famiglie nuova e diversificata. Inoltre stanno sorgendo nuove forme di povertà ed esclusione sociale con sempre più nuclei in condizione di fragilità economica. Sono tutti elementi che i servizi, sociali e sanitari, si trovano oggi a dover affrontare e pertanto viene richiesta una capacità di valutazione del bisogno e di accompagnamento verso i servizi che solo il soggetto pubblico può garantire in maniera capillare, inclusiva delle differenze, omogenea e non filtrata da interessi di appartenenza. Questa funzione deve quindi rimanere in capo al soggetto pubblico e presidiata da operatori esperti e adeguatamente formati, che abbiano uno sguardo sul sistema generale dei servizi e sull'offerta territoriale. Lavorare con la comunità significa riconoscere il valore della conoscenza e dell'esperienza dell'altro e mettere al centro del proprio operato la cura delle relazioni. Al servizio sociale territoriale viene pertanto richiesto di: - garantire l'ascolto ai cittadini, l'informazione e l'orientamento; - sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi; - attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizione di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale; - promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere; - favorire e sostenere politiche ed interventi di prevenzione al rischio di esclusione, di emarginazione e di disagio sociale; - affrontare situazioni di urgenza ed esigenze indifferibili. Sono, inoltre, individuate sia le figure professionali che devono essere presenti nel servizio sociale territoriale, sia l'organizzazione del servizio stesso che nelle specifico dovrà prevedere: - un responsabile
-----------------------	--



	- lo Sportello Sociale - il Servizio Sociale Professionale e garantire l'attività di tipo educativo, socio sanitario e amministrativo. Le politiche sociali devono rispondere a bisogni sociali che si sono significativamente modificati e che contestualmente stanno crescendo. Devono andare oltre i target più tradizionali (anziani, disabili, ecc.) e affrontare dimensioni nuove e trasversali del disagio sociale (es. nuove fragilità familiari, lavoro di cura per i figli e per i genitori/anziani, ecc.). E' necessario, pertanto, ripensare al lavoro dei professionisti sociali, ed investire in un cambiamento che può partire da alcune fondamentali indicazioni di fondo: - andare verso i cittadini (non solo attenderli ai servizi); - generare nuove risorse (dalla comunità); - pensare per problemi /bisogni e non più per categorie di utenti.
Descrizione	Per i Comuni del Distretto Ovest, il Servizio Sociale Professionale è così organizzato: - Gestione associata dei servizi socio-assistenziali a cui aderiscono i Comuni di Cento, Poggio Renatico, Terre del Reno, Vigarano Mainarda, di cui il Comune di Cento è l'ente capofila dal 2002; Le risorse umane operanti per la Gestione Associata, di seguito identificata come GAFSA, dei servizi socio-assistenziali sono costituite da: a) personale dipendente dei Comuni sia a tempo determinato che indeterminato comandato al Comune di Cento; b) personale dipendente dell'Azienda USL di Ferrara a tempo indeterminato comandato al Comune di Cento in qualità di ente capofila gestionale. Il Comune di Cento è capofila gestionale della GAFSA la cui direzione è affidata al Dirigente del Settore V Servizi alla Persona e Servizi Culturali e alla Responsabile dei Servizi Sociali della GAFSA a cui è attribuita la responsabilità gestionale dei servizi convenzionati. La Gestione Associata è regolamentata da una convenzione tra i Comuni aderenti valevole per il periodo dal 01/04/2018 al 31/12/2020, ed i servizi gestiti in forma associata sono i seguenti: - Tutela dei minori a sostegno delle responsabilità familiari; - Assistenza sociale agli adulti e disabili; - Assistenza sociale alle persone anziane. I Comuni associati, compreso il Comune di Bondeno, gestiscono inoltre lo Sportello Sociale tramite appalto. Lo Sportello Sociale svolge una funzione di accoglienza delle richieste provenienti dai cittadini attraverso un'adeguata lettura dei bisogni rappresentati e supporta nella compilazione della modulistica per la richiesta di servizi o prestazioni. Ove ricorrono le condizioni per la presa in carico, il cittadino accede ad una delle diverse aree del servizio sociale professionale. Sul territorio Distretto Ovest, sono presenti 5 sedi di sportello sociale, uno per ogni comune. Allo Sportello Sociale sono assegnati sia assistenti sociali che si occupano della presa in carico leggera, che operatori di sportello, le cui principali funzioni sono quelle di informazione, orientamento e supporto all'utente. Il Comune di Bondeno, appartenente al Distretto dal 1994, non afferisce alla Gestione Associata gestendo in maniera autonoma le funzioni socio-assistenziali ed il servizio sociale professionale. Nel Comune di Cento è inoltre attivo il Centro di Mediazione Sociale finalizzato ad affrontare e risolvere i conflitti sociali ed interpersonali in contesti multiculturali e multi generazionali, caratterizzati da complessità abitativa con l'obiettivo di aiutare i cittadini a risolvere i disagi legati alla quotidianità derivanti dall'incontro di diverse culture.
Destinatari	<u>MEDIAZIONE SOCIALE</u> Cittadini residenti nel territorio centese, con particolare attenzione a contesti abitativi e condominiali a maggiore tasso di marginalità sociale, degrado urbano, conflittualità, operatori dei Servizi Sociali del Comune di Cento. <u>ACCESSO E PRESA IN CARICO</u>

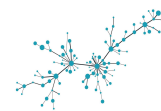


	Anziani non autosufficienti, disabili gravi e gravissimi, persone in condizione di fragilità sociale e sanitaria.
Azioni previste	<u>MEDIAZIONE SOCIALE</u> - Sopralluoghi di monitoraggio/rilevazione dei bisogni nei contesti urbani abitativi individuati; - Attività di analisi e mediazione dei conflitti di vicinato ed eventuali percorsi civici di educazione alla convivenza; - Attivazione centro d'ascolto e d'incontro aperto alla cittadinanza in giornate definite e calendarizzate che offre accoglienza, informazioni e orientamento a coloro che vivono situazioni conflittuali che coinvolgono diversi ambiti (vicinato, territoriali, domestici, scolastici, ecc). Un intervento di mediazione sociale, condotto da una terza persona, si pone l'obiettivo di gestire la controversia e costruire soluzioni condivise, favorendo il protagonismo di tutte le parti interessate. - Coinvolgimento delle realtà presenti ed attive sul territorio per interventi educativi e/o socializzanti in risposta alle necessità emerse; - Redazione di reportistica e documentazione delle attività svolte, delle dinamiche riscontrate e degli esiti ottenuti dal servizio. In riferimento agli interventi previsti dall'art. 7 del D. Lgs 147/17, e sulla base delle necessità del territorio, il Distretto Ovest individua come azione prioritaria triennale quella di ampliare il servizio di mediazione sociale, prevedendolo anche negli altri Comuni del Distretto, nello specifico quello di mediazione abitativa volto alla gestione delle emergenze abitative e al contrasto delle dinamiche conflittuali in ambiti interculturale e di convivenza. <u>ACCESSO E PRESA IN CARICO – PROGRAMMA DISTRETTUALE</u> ■ Facilitare l'accesso alle informazioni, ai servizi e alla presa in carico, attraverso l'incremento del personale dedicato; ■ Implementare il sistema informativo per monitorare il livello di utilizzo dei servizi e delle risorse destinate alla popolazione non autosufficiente e per l'analisi della domanda; ■ Consolidamento dello sportello sociale; ■ Azioni PON "Inclusione", "Sostegno a persone in povertà e marginalità estrema – Regioni più sviluppate", in particolare: Supporto alla sperimentazione di una misura nazionale di inclusione attiva che prevede l'erogazione di un sussidio economico a nuclei familiari in condizioni di povertà condizionale all'adesione ad un progetto di attivazione sociale e lavorativa attraverso il rafforzamento dei servizi di accompagnamento e delle misure di attivazione rivolte ai destinatari.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	<u>MEDIAZIONE SOCIALE</u> – Interscambio informativo con Polizia Municipale, Acer, Servizi Sociali del Comune di Cento, Ufficio Casa del Comune di Cento, URP del Comune di Cento. – Interventi, nei casi richiesti, di AUSL (sanitari), Acer (abitativi, manutentivi, amministrativi), Ufficio Casa (graduatorie mobilità), Polizia Municipale; – Eventuali interventi di rivitalizzazione socio-culturale delle aree urbane interessate in collaborazione con l'associazionismo e il volontariato locale. <u>ACCESSO E PRESA IN CARICO – PROGRAMMA DISTRETTUALE</u> - Programma di dimissioni protette; - Attuazione delle linee guida per la promozione dello sportello sociale; - Qualificazione del personale e degli interventi.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	<u>MEDIAZIONE SOCIALE</u> - Comune di Cento - Azienda Casa Emilia Romagna - Polizia Municipale - Associazioni del territorio - Caritas <u>ACCESSO E PRESA IN CARICO – PROGRAMMA DISTRETTUALE</u> Gestione Associata Servizi Socio Assistenziali, Servizio Sociale Comune di Bondeno,

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 23



	ASL
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Roberta Fini, Responsabile Gestione Associato Servizi socio Assistenziali Dott.ssa Roberta Sarti, Responsabile Servizi Sociali e Sportello Sociale Comune di Cento Dott.ssa Paola Mazza, Dirigente Servizi Socio Culturali
Risorse non finanziarie	Personale assegnato ai servizi del Servizio Sociale Territoriale

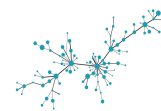
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€ 115.000,00 (sportello sociale/operatori di sportello - vedi scheda FRNA)
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 23



Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune Cento	€ 70.379,32 (Comune di Cento – mediazione sociale) € 59.500 (Comune di Cento – sportello sociale/operatori di sportello)
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 23

Indicatori da declinare a livello distettuale



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali	Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale	N (coincide solo per alcuni servizi)	31/12/2017	S/N	N	N	N

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEMA 24



Distretto	OVEST
Titolo intervento	QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA RIVOLTO A BAMBINI, ADOLESCENTI E NEO MAGGIORENNI CON BISOGNI SOCIO-SANITARI COMPLESSI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E TUTELA
Riferimento scheda regionale	37
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☒ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Comune di Ferrara (per ambito provinciale) e Comune di Cento (per ambito distrettuale)
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☒ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	La tutela dei cittadini di minore età richiede un insieme di interventi volti alla prevenzione delle forme di disagio personali e familiari di bambini e ragazzi, alla presa in carico specialistica dei nuclei familiari che presentano forme di disagio, alla protezione nei casi di rischio o pregiudizio per la loro crescita. Per assicurare un'armonizzazione degli interventi su tutti i territori e una maggiore specializzazione degli operatori coinvolti, la Regione Emilia-Romagna già con la l.r. 14/08 ha previsto che in ogni provincia si costituisse un tavolo tecnico di coordinamento. Un compito che, dopo il disegno di riordino degli Enti Locali, la Regione stessa ha trasferito, nel 2016, dalle Province alle Conferenze Territoriali Socio-Sanitarie (l.r. 11/16), e che la CTSS di Ferrara nello stesso anno ha attribuito al Comune di Ferrara come capofila. Si è dunque costituito un Coordinamento tecnico territoriale che riunisce i Servizi Sociali Area Minori del territorio, il Servizio UONPIA dell'Azienda Sanitaria e, secondo le tematiche affrontate, si amplia ad altre realtà istituzionali o del Terzo Settore oltre a mantenere un dialogo con l'Autorità Giudiziaria ordinaria e minorile. In questa azione il Comune di Ferrara opera in stretta collaborazione con l'AUSL che coordina il Tavolo Adolescenza, di cui peraltro anche il Comune fa parte con diverse sue articolazioni. Sui temi della tutela negli ultimi anni sono state approvate diverse delibere regionali finalizzate a qualificare e regolamentare in modo omogeneo la tematica, in particolare la direttiva sulle comunità e l'affidamento familiare (la D.G.R. n. 1904/2011 e ss.mm), le Linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (DGR 1677/2013), la delibera per la ridefinizione degli accordi nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento (DGR 1102/2014). In tutti questi dispositivi normativi è evidenziata la necessità di intervenire in modo appropriato attraverso una presa in carico tempestiva ed integrata tra i diversi professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari appartenenti ad istituzioni differenti. Emerge la necessità di dare completa applicazione alla norma mettendo a punto gli strumenti a sostegno dell'integrazione.
-----------------------	--



	Alle indicazioni appena citate si è recentemente aggiunta la legge 47/2017, “Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati”, che istituzionalizza per la prima volta la figura del tutore volontario concepito come figura di accompagnamento e protezione dei diritti dei minori stranieri non accompagnati.
Descrizione	Il confronto, la formazione, l'armonizzazione degli interventi di tutela è tema più volte ribadito dalla Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria e, sin dal 2016, si realizza concretamente con la previsione di alcune azioni provinciali sui Piani di Zona di tutti i Distretti Socio-Sanitari, che per il 2018 si riassumono in: - sostegno alla genitorialità (priorità 1 individuata nell'area B del PdZ 2018) attraverso la prosecuzione e il rafforzamento delle equipe sovradistrettuali su affidamento e adozione e la diffusione di una cultura improntata alla solidarietà e all'accoglienza verso i bambini e ragazzi in difficoltà, sia tramite iniziative di sensibilizzazione su adozione e affidamento in forme che includano ove possibile anche altre esperienze di volontariato familiare (es. affiancamento familiare, volontariato accogliente), sia promuovendo l'esperienza dei tutori volontari per i MSNA con interventi che spaziano dalla formazione, all'aggiornamento, all'abbinamento tra MSNA e tutori, fino al sostegno nei percorsi di tutela; - formazione per operatori socio-sanitari coinvolti nei percorsi di tutela (rientra nella priorità 2 individuata nell'area B del PdZ 2018). Si avverte la necessità di formazione e consulenza agli operatori socio-sanitari in diversi ambiti di intervento: sugli aspetti giuridici, con l'individuazione di un esperto giuridico specializzato in diritto di famiglia e minorile che assicuri aggiornamento in coincidenza di nuove normative, supporto ai Servizi nella relazione con le Autorità Giudiziarie e con l'Avvocatura; sulla presa in carico di casi complessi, tramite la prosecuzione dell'equipe sovradistrettuale su maltrattamento e abuso per l'armonizzazione degli interventi di tutela nei diversi distretti, e con una formazione mirata alla gestione dei casi complessi che, prendendo atto della rapida trasformazione delle realtà familiari e dell'alto tasso di turn-over di operatori sociali e sanitari, favorisca la costruzione di una cultura condivisa della tutela dei minori e rafforzi la relazione di collaborazione e fiducia reciproche. - <u>PRIS – pronto intervento sociale rivolto ai minori</u>. Di seguito si riportano i dati relativi a tale intervento per l'anno 2017: Numero di minori convogliati in strutture di protezione: 4 Numero di interventi attivati: 17 Numero di consulenze telefoniche per FFOO: 10 - <u>Educativa domiciliare</u> – per l'anno 2017 sono stati realizzati i seguenti interventi: N. di minori con intervento individualizzato 0-6: 2 N. di minori con intervento individualizzato 7- 12: 12 N. di minori con intervento individualizzato > 12: 6 N. di minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria: 16 N. di interventi effettuati a domicilio: 13 N. famiglie straniere coinvolte: 4
Destinatari	I destinatari ultimi degli interventi sono i bambini e i ragazzi coinvolti nei percorsi di tutela. Le azioni si rivolgono a destinatari intermedi per il rafforzamento della rete provinciale, includendo quindi: operatori dei servizi socio-sanitari e educativi, associazioni di volontariato impegnate a favore dei minori, strutture di accoglienza, scuole, famiglie, tutori volontari, Enti del terzo settore
Azioni previste	Consolidare il Coordinamento tecnico territoriale sulla tutela dei minori come luogo di raccordo nel quale: - condividere dati di attività e riflessioni per giungere ad una visione provinciale degli interventi; - raccogliere le esigenze formative presentate dagli operatori della tutela ed elaborare risposte condivise; - effettuare un confronto tra le prassi, con particolare riguardo alle esperienze più innovative ad es. nel lavoro con le famiglie “negligenti” che favoriscano un loro pro-agonismo, sviluppino empowerment, promuovano la cura di situazioni di sofferenza psico-patologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie (es. progetto P.I.P.P.I., Affiancamento familiare, Volontariato accogliente); - intraprendere azioni conoscitive su fenomeni emergenti o di particolare complessità per formulare risposte fondate e verificabili; - monitorare i percorsi di maggior rilievo, quali l'allontanamento di bambini o ragazzi



dalla famiglia d'origine;

- realizzare attraverso l'elaborazione dei dati raccolti, azioni di benchmarking, monitoraggio e valutazione al fine di avere dati di processo e di esito rispetto agli interventi attivati e di efficacia del sistema dei servizi.

Consolidare le equipe sovradistrettuali sull'affido, sull'adozione e sul maltrattamento e abuso per garantire su ciascun tema, a livello provinciale, un gruppo di lavoro qualificato e multi professionale incaricato di offrire supporto e consulenza ai colleghi dei servizi territoriali di base. L'equipe sull'affido è altresì impegnata nella formazione degli affidatari e negli abbinamenti tra le famiglie e i bambini o ragazzi per i quali si prevede un periodo di affido eterofamiliare, mentre l'equipe sull'adozione organizza i corsi di informazione e formazione per le coppie interessate all'adozione ed è un riferimento costante per i percorsi adottivi. Le tre equipe sono strutturate dal 2005 e sono attualmente coordinate, per l'affido e per il maltrattamento e abuso, dal Servizio Sociale Minori di Asp Ferrara, e per l'adozione dal Servizio Sociale Minori GAFSA di Cento.

Svolgere azioni di sensibilizzazione su adozione e affido per diffondere una cultura improntata alla solidarietà e all'accoglienza verso i bambini e ragazzi in difficoltà, in forme che includano ove possibile anche altre esperienze di volontariato familiare (es. affiancamento familiare, volontariato accogliente, tutela volontaria). Sul tema ogni anno si svolgono in diverse forme iniziative pubbliche per la promozione dell'accoglienza. Nel 2017, all'interno del "Maggio delle famiglie", è stata organizzata una biblioteca vivente con volontari di tutti i progetti di accoglienza e un successivo incontro di formazione presso il Centro per le Famiglie.

ADOZIONE

- Informazione in merito al percorso adottivo rivolta alle famiglie che aspirano all'adozione;
- incontri periodici di supporto e di accompagnamento delle famiglie adottive.

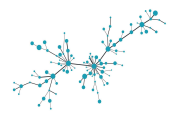
AFFIDO FAMILIARE

- formulazione dei progetti di affido familiare in base alle indicazioni esplicitate dalla Direttiva 846/2007;
- richiesta di abbinamento e confronto sul progetto di affidamento familiare con l'equipe centralizzata;
- incontri periodici di supporto e di accompagnamento con la famiglia affidataria e condivisione sull'andamento del progetto (incontri in équipe multidisciplinare per la verifica in itinere e finale dei risultati attesi e raggiunti).

Promuovere la tutela volontaria per i MSNA: sostenere l'attività del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza nel promuovere il Tutore volontario (legge 47 del 7 aprile 2017), che oltre ad essere riferimento e sostegno nell'autonomia del MSNA, può essere ulteriore elemento di continuità nell'accompagnamento negli anni successivi ai 18. A questo proposito il Comune di Ferrara ha già organizzato n. 2 corsi per tutori volontari dei minori privi di riferimenti adulti in collaborazione con il Garante regionale dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Il primo corso, nel 2015, era dedicato alla protezione di tutti i minori soli e il secondo, nel 2017, indirizzato più precisamente ai tutori dei MSNA. Entrambi i corsi hanno avuto carattere provinciale e sono proseguiti con incontri di aggiornamento e supervisione a cadenza mensile gestiti dal Comune di Ferrara e da Agire Sociale. Sul territorio provinciale sono attualmente presenti circa 20 persone disponibili ad assumere un incarico di tutela; di esse, la metà hanno già svolto uno o più incarichi di tutela. I volontari formati si sono costituiti nell'associazione di volontariato "Tutori nel tempo" e stanno condividendo i percorsi di affiancamento agli adolescenti, tutti MSNA inseriti presso la Città del Ragazzo di Ferrara.

Si tratta ora di dare prosecuzione al progetto con interventi che spaziano dall'aggiornamento dei volontari, all'abbinamento tra MSNA e tutori, fino al sostegno nei percorsi e alla facilitazione dei rapporti con il Servizio Sociale, le comunità di accoglienza, l'Autorità Giudiziaria ordinaria e minorile. Occorre inoltre prevedere la possibilità di rimborsare i tutori volontari per le spese effettuate e documentate (es. accompagnamento dei ragazzi a Bologna per l'audizione alla Commissione che deciderà sulla richiesta di protezione internazionale, in altre città presso i Consolati, ecc.).

Nel triennio 2018-20, in relazione all'andamento dell'accoglienza di MSNA sul

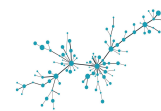


	territorio provinciale e all'affacciarsi o meno di nuovi volontari desiderosi di formarsi come tutori, potrà emergere la necessità di organizzare un nuovo corso. Assicurare ai servizi sociali e sanitari una consulenza e formazione giuridica specializzata in diritto di famiglia e minorile: è necessario individuare una figura che operi per tutti i servizi sociali e sanitari della provincia di Ferrara e, a fronte di una sempre maggiore complessità dei percorsi e conflittualità con le famiglie, assicuri agli operatori aggiornamento in coincidenza con l'emanazione di nuove normative e supporto nella relazione con le Autorità Giudiziarie e con l'Avvocatura. Accrescere la formazione degli operatori sulla tutela dei minori per rafforzare i percorsi di integrazione socio-sanitaria, favorire la collaborazione e migliorare la gestione dei casi complessi: prendendo atto della rapida trasformazione delle realtà familiari e dell'alto tasso di turn-over di operatori sociali e sanitari, promuovere la formazione di base e specialistica congiunta per gli operatori della tutela, al fine di facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo in modo da garantire risposte appropriate in situazioni ad alta complessità. È necessario favorire la costruzione di una cultura condivisa della tutela dei minori e rafforzare la relazione di collaborazione e fiducia reciproche. Verrà strutturato un programma che comprenda sia interventi di formatori esterni su temi specifici di particolare attualità e rilevanza, sia momenti di confronto e di lavoro tra gli operatori del territorio. Sui temi che lo richiedono potrà essere necessario ampliare la formazione a operatori del terzo settore, es. famiglie affidatarie o adottive, educatori territoriali, ecc.. Pronto Intervento Sociale per Minori: in tutti i casi in cui sia necessario valutare e/o adottare provvedimenti urgenti volti a tutelare il minore (ex art. 403 c.c.) quando questi si trovi in una situazione di abbandono o di grave pregiudizio, intesa come situazione in cui la salute psicofisica del bambino o dell'adolescente è in pericolo o in cui questi è a rischio di trauma, ed è pertanto necessario un intervento esterno, immediato o a breve termine, in quanto il sistema familiare non risulta essere in grado di sostenerlo. L'intervento si colloca nelle fasce orarie di non presenza dei servizi sociali interessati, serali/notturne e festive, può essere attivato da soggetti diversi ma in particolare si pone come necessità di integrare in tali fasce orarie l'intervento delle Forze dell'Ordine, nei casi di emergenza sui minori, con un apporto sociale qualificato e professionale. Il servizio deve quindi assicurare la gestione della funzione di reperibilità per la collocazione in emergenza di minori, da svolgersi negli orari e nei giorni di chiusura del Servizio Sociale Servizio educativo domiciliare: potenziamento dell'attività educativa domiciliare attraverso l'individuazione di nuovi casi che necessitano di: - sostegno educativo e/o supporto ai bisogni assistenziali nella vita quotidiana, volti a sostenere la persona nello sviluppo di competenze personali e genitoriali; - sostegno educativo direttamente offerto ai minori per il riconoscimento e potenziamento delle abilità sociali e per la facilitazione del rapporto con il mondo di adulti e coetanei, favorire l'accesso alle risorse educative, aggregative e ludiche del territorio; - sostegno educativo direttamente offerto ai minori in situazione di rischio sociale, che presentino necessità di accompagnamento e supporto all'età adulta; - sostegno educativo volto alla prevenzione di situazioni di pregiudizio verso i minori; - supporto e percorsi scolastici e professionali finalizzati al riconoscimento e all'acquisizione di autonomie e competenze personali; - supporto e accompagnamento verso l'autonomia delle competenze genitoriali nei confronti dei figli per la cura; - assolvimento dell'impegno scolastico e corretto utilizzo del tempo libero.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Collegamento schede 12. Inclusione persone straniere neo-arrivate 14. Pari opportunità e differenze di genere, generazione, cultura, (dis)abilità.... 16. Sostegno alla genitorialità 17. Progetto Adolescenza 25. Contrasto alla violenza di genere
Istituzioni/Attori sociali	Servizi Sociali Area minori di tutta la provincia di Ferrara, UONPIA AUSL Ferrara,

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEMA 24



coinvolti	Garante regionale infanzia e adolescenza, Servizio politiche familiari della Regione Emilia-Romagna, Tribunale di Ferrara, Tribunale per i Minorenni di Bologna, Agire Sociale - CSV di Ferrara, Istituzione servizi educativi del Comune di Ferrara, Centri per le famiglie, Promeco, Tavolo Provinciale Adolescenti, Osservatorio Adolescenti, servizi educativi, scuole, strutture di accoglienza per minori, famiglie adottive e affidatarie, associazionismo e volontariato impegnato nella tutela dei diritti dei minori, tutori volontari per i minori.
Referenti dell'intervento	Elena Buccoliero, Ufficio Diritti dei Minori e.buccoliero@comune.fe.it Dott.ssa Roberta Fini, Responsabile Gestione Associata Servizi Socio Assistenziali Dott.ssa Cristina Govoni Servizi Socio-Scolastici del Comune di Cento
Risorse non finanziarie	1 Responsabile GAFSA 1 Responsabile Servizi Scolastici ed Educativi Comune Cento 1 Responsabile Servizi Sociali Comune di Bondeno 6 Assistenti Sociali del territorio 1 Educatore professionale Coordinatore 1 Pedagogista Comune di Cento

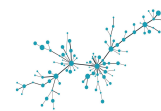
Preventivo 2018

Unione di comuni	
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€ 22.000,00 (programma affido GAFSA)
Fondo sociale locale - Risorse statali	€ 57.667,72 (accoglienza minori)
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 24



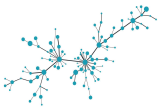
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune Cento	€ 3.817,30 (Tutela Minori) + 28.231,85 (PRIS)
Comune Bondeno	€ 1.548,51 (Tutela Minori) + 11.683,98 (PRIS)
Comune Poggio Renatico	€ 1.508,00 (Tutela Minori) + 7.776,23 (PRIS)
Comune Terre del Reno	€ 1.071,71 (Tutela Minori) + 8.156,48 (PRIS)
Comune Vigarano Mainarda	€ 812,48 (Tutela Minori) + 6.046,26 (PRIS)
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 24

Indicatori da declinare a livello distrettuale



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	S	31/12/2017	S/N	S	S	S
monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM)	Numero minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM) con valutazione e progetto di intervento condiviso			Numerico			
Indicatori locali							
Coordinamento tecnico territoriale (LR 14/08 art 19)	n° di incontri, raccolta dei verbali e dei materiali prodotti (es. programma formativo, report di analisi sugli interventi di tutela), adesione dei servizi territoriali e del terzo settore, proposte emerse						
Equipe sovradistrettuali sull'affido, sull'adozione e sul maltrattamento e abuso	ciascuna equipe produrrà un report annuale che verrà divulgato nell'ambito del Coordinamento tecnico territoriale e che riassumerà il numero e le caratteristiche dei percorsi seguiti nei diversi ambiti (affido, adozione, tutela), con riferimento sia ai minori coinvolti sia alle famiglie affidatarie o adottive, ai						

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018
SCHEDA 24

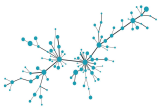


	corsi informativi e formativi per coppie che desiderano adottare o diventare affidatarie (numero, partecipazione, gradimento) e alle reali disponibilità delle medesime						
Azioni di sensibilizzazione su adozione e affido	numero e tipologia di iniziative promosse, grado di adesione da parte dei diversi soggetti della rete, coinvolgimento dei cittadini						
Tutela volontaria per i MSNA	n° e contenuti degli incontri di aggiornamento, formazione, sensibilizzazione sulla tutela volontaria, grado di partecipazione di volontari e relatori, connessioni con la rete dei servizi del territorio e con la Regione; n° di tutori disponibili alla nomina; n° di volontari effettivamente nominati per la tutela dei MSNA; documentazione sui percorsi e su iniziative collaterali di promozione della tutela volontaria						
Consulenza e formazione giuridica specializzata in diritto di famiglia e minorile	effettiva assegnazione dell'incarico ad un esperto giuridico su minori e famiglie; n° di consulenze effettuate, tempestività, efficacia percepita dai servizi; n° di incontri di formazione, contenuti, partecipazione degli operatori e gradimento espresso in merito all'utilità della formazione giuridica, per contenuti e						

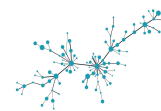
Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 24



	metodologie.						
Formazione degli operatori sulla tutela dei minori per rafforzare i percorsi di integrazione socio-sanitaria, favorire la collaborazione e migliorare la gestione dei casi complessi	effettiva elaborazione di un piano strutturato di formazione per gli operatori della tutela; n° e contenuti degli incontri o corsi di formazione, partecipazione degli operatori e gradimento espresso in merito all'utilità della formazione, per contenuti e metodologie						



Distretto	OVEST
Titolo intervento	NUOVO CALENDARIO VACCINALE REGIONALE E ATTIVITÀ DI SUPPORTO E MIGLIORAMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI
Riferimento scheda regionale	38
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☒ Comune ☐ Unione dei comuni ☐ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Azienda USL di Ferrara (Dipartimento di Sanità Pubblica)
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti ☐ Sì ☒ No
Aree	☐ A Domiciliarità e prossimità ☐ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☐ C Promozione autonomia ☐ D Partecipazione e responsabilizzazione ☒ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Le vaccinazioni costituiscono uno degli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive: importanti malattie infettive possono essere controllate nella loro diffusione solo attraverso il mantenimento di elevate coperture vaccinali, garantendo in questo modo benefici sia per la salute del singolo che per la salute collettiva. Tuttavia negli ultimi anni si è registrato un calo nelle adesioni ai programmi vaccinali con una diminuzione delle coperture vaccinali al di sotto del 95%, percentuale di vaccinati che garantisce la miglior protezione a tutta la popolazione. Il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV) approvato nel 2017 prevede l'introduzione di nuove vaccinazioni nel calendario vaccinale nazionale, accanto ad azioni tese a migliorare la comunicazione, la qualità e l'efficienza del processo vaccinale. Obiettivo del Piano Nazionale è di armonizzare le strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione (indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socio-culturale) i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva. I vaccini previsti nel nuovo Piano sono stati ricompresi nei nuovi LEA approvati nel 2017 e rappresentano quindi un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età previste dal piano stesso. La figura seguente riporta il calendario vaccinale in vigore.
-----------------------	--



Vaccino	0 gg-30 gg	3° mese (61° giorno)	4° mese (91° giorno)	5° mese (121° giorno)	6° mese (151° giorno)	7° mese (181° giorno)	11° mese	13° mese	14° mese	6 anni	12° anno	13 - 14 anni	65 anni	> 65 anni	Ogni 10 anni
DTPa (difterite tetano pertosse)		DTPa		DTPa			DTPa			DTPa		dTpa			dTpa
IPV (poliomielite)		IPV		IPV			IPV			IPV					
HBV (epatite B)	(nati da madre HBsAg+) HBV +HBV	HBV		HBV			HBV								
Hib (Haemophilus influenzae b)		Hib		Hib			Hib								
MPRV (morbillo, parotite, rosolia e varicella)							MPRV			MPRV					
PCV (pneumococco)		PCV		PCV			PCV						PCV		
Men B (meningococco B)			Men B		Men B	Men B			Men B						
Men Tetra (meningococco A,C, W e Y)							Men Tetra					Men Tetra			
Rotavirus		Rotavirus (solo bambini ad alto rischio)		Rotavirus (solo bambini ad alto rischio)											
HPV										HPV (2 dosi)					
Varicella												Varicella (2 dosi ai suscettibili)			
Influenza														Influenza	

Il mantenimento di elevate coperture vaccinali è un obiettivo molto importante al fine della tutela della salute della popolazione, e in particolare dei bambini e delle persone più fragili. Per contrastare il calo delle coperture vaccinali è stata emanata la Legge 119/2017 con obblighi vaccinali estesi a 10 vaccinazioni in età pediatrica e limiti nell'accesso alle scuole d'infanzia per bambini privi di copertura vaccinale.

Le principali criticità in campo vaccinale nella provincia di Ferrara sono tre:

1. vaccinazioni dell'infanzia con coperture inferiori al 95% (indicata come la quota di sicurezza per garantire tutta la popolazione), in particolare nel distretto Sud-Est.
2. Scarsa adesione alla vaccinazione antinfluenzale nel personale sanitario, nelle categorie a rischio e fra le persone con età superiore a 65 anni
3. Scarsa adesione alle vaccinazioni proposte con chiamata attiva (Antipneumococcica le persone con età superiore a 65 anni); nel 2017 è stata registrata un'adesione pari al 24% circa, nonostante l'attivo coinvolgimento dei MMG

Descrizione

La Regione Emilia-Romagna recependo il PNPV ha adottato un proprio piano di implementazione del nuovo calendario vaccinale. Obiettivo della Regione è stato l'adozione delle migliori strategie vaccinali al fine di garantire l'equità nell'accesso a un servizio di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza. L'applicazione in sede ferrarese del Piano vaccinale segue le indicazioni regionali. Viene garantita la corretta applicazione della Legge 119/2017, con particolare riferimento all'uso di strumenti informatici per l'emissione dei certificati vaccinali previsti per l'iscrizione a scuola e all'organizzazione dei recuperi vaccinali nei bambini 0-16 anni non correttamente vaccinati. A tal fine sono stati aperti n. 4 sedi ambulatoriali aggiuntive con destinazione esclusiva, che resteranno operanti fino alla conclusione dei recuperi nei bambini con età superiore a 2 anni.

Sedi vaccinali:

Ambulatorio. Vaccinazioni Ferrara – Via Beretta,7 (Igiene Pubblica)

Ambulatorio. Vaccinazioni Ferrara – Via Boschetto (Pediatria di Comunità)

Ambulatorio Bondeno - Casa della Salute

Ambulatorio Copparo – Casa della Salute

Ambulatorio. Cento - Ospedale

Ambulatorio. Codigoro - Casa della Salute

Ambulatorio. Comacchio - Casa della Salute

Ambulatorio. Portomaggiore - Casa della Salute

Ambulatorio. per Inadempianti L. 119/2017 Casa della Salute San Rocco – Ferrara, Cento – Ospedale, Codigoro - Casa della Salute, Portomaggiore - Casa della Salute

Destinatari

Tutta la popolazione, con particolare riguardo alla fascia di età pediatrica, a quella anziana e alle persone più fragili per la presenza di patologie croniche.

Azioni previste

Per quanto riguarda il nuovo calendario vaccinale, in linea con le indicazioni regionali e con la disponibilità di vaccini, alcuni vaccini sono stati offerti attivamente e gratuitamente dal 2017, mentre per altri l'offerta attiva sarà implementata nel corso del 2018.

Nel corso del 2018 verranno mantenute le vaccinazioni introdotte nel 2017 (varicella in età pediatrica; meningococco B in età pediatrica; pertosse negli adulti e nelle donne in gravidanza; pneumococco alla coorte dei 65enni; Papilloma Virus ai maschi dodicenni) e verrà estesa a tutti i nuovi nati l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus (nel 2017 riservato ai neonati con fattori di rischio); verranno inoltre introdotte il quinto richiamo della vaccinazione antipoliomielite (insieme a dTpa) nell'adolescente e la



	vaccinazione contro l'Herpes Zoster alla coorte dei 65enni. Per far fronte al calo delle coperture vaccinali registrato negli ultimi anni, in linea con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna, si stanno conducendo una serie di azioni, in particolare di sostegno all'attuazione della Legge n.119/2017 mediante: - monitoraggio delle attività, - rilevazione di eventuali criticità, - istituzione della casella di posta "infovaccinazioni" per rispondere alle domande da parte dei Comuni e dei gestori dei nidi, - sviluppo e implementazione di un sistema informatico per l'emissione dei certificati vaccinali con un modello standard regionale e valutazione automatica dell'idoneità vaccinale, - inserimento del certificato vaccinale aggiornato in tempo reale nel Fascicolo Sanitario Elettronico, possibilità di ottenere i certificati vaccinali anche presso CUP aziendali e tramite mail a malattie.infettive_at_ausl.fe.it - sorveglianza dei risultati mediante rilevazione delle coperture vaccinali, - attività della Commissione Regionale Vaccini, - formazione rivolta agli operatori sanitari per aumentare la loro adesione alle vaccinazioni e la loro compliance nell'offerta di vaccinazione al pubblico In collaborazione con i Nuclei di cure primarie, programmazione di strategie volte da un lato ad aumentare l'adesione alla vaccinazione antipneumococcica nei soggetti di età pari a 65 anni al fine di raggiungere l'obiettivo del PNV 2017-2018 (copertura del 55%), dall'altro a raggiungere l'obiettivo di copertura del 35% per quanto riguarda la vaccinazione contro l'Herpes Zoster sempre nella coorte dei 65enni. In collaborazione con il gruppo aziendale dei MMG referenti per le CRA (coordinamento DASS) nell'ottobre 2016 sono state definite le "Linee d'indirizzo aziendali per l' accesso alla vaccinazione anti-pneumococcica raccomandate per le persone ad alto rischio in CRA" (doc. Nr. 6211 - versione 1 del 24/10/2016 – Doc Web AUSL), che aveva come obiettivo la promozione di un comportamento univoco all'interno dei servizi accreditati che consentisse il recupero dei bassi indici di copertura specifici negli ospiti delle CRA e favorisse l'esecuzione della vaccinazione all'ingresso delle strutture. Il conseguente programma applicativo ha preso il via nel 2017 ed ha consentito di modificare in parte la tendenza dei comportamenti vaccinali in questa fascia di popolazione particolarmente a rischio, in quanto non autosufficiente ed affetta da multi-morbilità. Tuttavia l'attuazione non ancora omogenea del programma richiede di mantenere attivo un'azione di monitoraggio capillare, affiancandola a quella di sensibilizzazione dei MMG e delle equipe di cura. Sempre in collaborazione con alcuni Nuclei Cure Primarie, particolarmente sensibili al tema, andrà verificata la possibilità di implementare e la copertura vaccinale antitetanica nella popolazione adulta. Questa richiesta è stata avanzata dagli stessi MMG e raccolta nel corso della fase partecipativa dei Piani di Zona Nel corso del 2018 proseguiranno le attività previste dal piano di comunicazione e informazione rivolto alla cittadinanza e l'attività di formazione rivolta agli operatori sanitari. In particolare si renderà possibile l'accesso all'archivio vaccinale informatizzato a MMG e P.L.S. e ai Pronto Soccorso al fine di poter valutare lo stato vaccinale e la necessità di richiami (es. in caso di morso di animali, traumi, ecc).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Il ruolo dei MMG nel campo delle vaccinazioni è disciplinato dagli accordi regionali e locali. La loro attività vaccinale è registrata sul portale Sole, che al momento non è collegato con l'archivio informatico delle vaccinazioni. Va rafforzata l'implementazione della rete di collaborazione con i medici specialisti ospedalieri, con i medici di medicina generale e con i Pediatri di libera scelta.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Le Direzioni scolastiche sono fortemente coinvolte nell'applicazione della Legge 119/2017 e costituiscono un importante tramite di comunicazione con le famiglie.
Referenti dell'intervento	Dr. Aldo De Togni, Direttore U.O Igiene Pubblica Az.Usl di Ferrara. a.detogni@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	<i>Inserire eventuali risorse non finanziarie (persone, beni materiali, ...) e i soggetti che le forniscono</i>



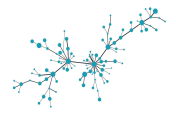
Preventivo 2018

Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà <i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€
FNNA	€
Compartecipazione utenti	€
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati <i>Esclusa contrib. utenti</i>	€
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Comune <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€
Nome del Comune finanziatore <i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i</i>	

Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 25



<i>comuni finanziatori</i>

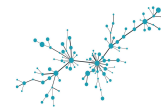
Zona Sociale di Cento – Distretto Ovest

Piano per la salute ed il benessere sociale 2018-2020 e Programma attuativo annuale 2018

SCHEDA 25

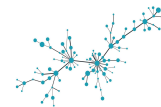
Indicatori da declinare a livello distettuale

[illegible]

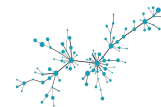


Distretto	Ovest
Titolo intervento	PROGRAMMAZIONE FRNA E FNA DISTRETTUALE
Riferimento scheda regionale	
Riferimento scheda distrettuale	
Ambito territoriale	☒ Distrettuale ☐ Sub distrettuale ☐ Provinciale ☐ Aziendale
Soggetto capofila	☐ Comune ☐ Unione dei comuni ☒ AUSL ☐ ASP ☐ Altro
Specifica soggetto capofila	Azienda USL Ferrara - DASS
In continuità con la programmazione precedente	☒ Sì ☐ No
Inserito nel percorso Community Lab	<i>Rispondere No nel caso di progetto innovativo non in continuità con anni precedenti</i> ☐ Sì ☒ No
Aree	☒ A Domiciliarità e prossimità ☒ B Prevenzione disuguaglianze e promozione salute ☒ C Promozione autonomia ☒ D Partecipazione e responsabilizzazione ☒ E Qualificazione servizi

Razionale/Motivazione	Il Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con la legge regionale 27 del 2004 con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi, in grado di garantire nel tempo, la presa in carico delle persone anziane o disabili. (Per quanto riguarda le persone disabili cfr scheda n.6). Alla legge seguono, per la parte relativa agli anziani, le delibere attuative Dgr 509/07, Dgr 1206/07 e ss.mm.ii che costituiscono il riferimento del Fondo. Il Fondo regionale si attiva nel 2007 è costituito da una quota di FSR e da una quota proveniente all'addizionale regionale e ha natura strutturale; il Fondo regionale è integrato dal FNA. L'istituzione del Fondo aveva come obiettivi: • consolidare e qualificare i servizi storici esistenti; • garantire e sviluppare l'ambito della domiciliarità; • garantire l'equità di accesso ai cittadini; • garantire equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi. Il governo istituzionale del Fondo (la programmazione congiunta Regione\Enti Locali\AAUUSSSL, la definizione dell'importante ruolo dei Comuni all'interno dei Distretti, la Programmazione Distrettuale finanziata dal riparto distrettuale in base alla popolazione ultrasessantacinquenne) costituisce il processo virtuoso attraverso il quale si consolida l'integrazione socio-sanitaria, nasce e si afferma la programmazione e la gestione associata dei servizi sociosanitari, si arricchisce la gamma degli interventi secondo i fabbisogni territoriali. Il processo di accreditamento di alcuni servizi determina un sistema di regole e requisiti organizzativi volti a dare trasparenza e omogeneità alla spesa, condizioni di qualità ai servizi, maggiore equità nel sistema di compartecipazione dei cittadini.
-----------------------	---



	La qualificazione dei profili professionali del lavoro di cura e le condizioni di accreditamento determinano un ambiente più stabile e più favorevole all'investimento professionale. Dal 2007 ad oggi il sistema FRNA che possiamo considerare una politica integrata e matura della Regione ha subito le fasi alterne dei finanziamenti statali alle quali la Regione ha supplito con risorse proprie consentendo una sostanziale costanza di risorse che, stante la crisi e le varie spending, possiamo considerare un importante risultato. Ma non v'è dubbio che l'analisi che aveva determinato la nascita del FRNA non solo è tuttora valida, semmai si è decisamente confermata: tutti i dati demografici attuali ci disegnano una regione a forte invecchiamento e con una struttura familiare sempre più piccola e una forte fascia di popolazione anziana che vive sola. All'aumento del fabbisogno si renderà necessario un adeguamento del Fondo. In questi anni la presenza del Fondo ha consentito di mettere in campo processi che hanno promosso lo sviluppo della rete dei servizi a livello regionale e di migliorare l'equità di accesso e di partecipazione al costo dei servizi per i cittadini, in un quadro di aumento della qualità dei servizi stessi e di espansione di nuove forme di servizio. Nei prossimi anni è necessario prevedere una ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, anche per raggiungere una maggiore omogeneità nell'erogazione dei servizi in tutto il territorio, anche attraverso proposte innovative che riguardano sia gli attuali servizi che nuove opportunità di tutela. Il Fondo Regionale ha operato, in questi anni, in anticipazione rispetto ad una legge nazionale, che riteniamo necessaria, per rendere esigibili i diritti sociali attraverso la definizione dei LEPS, in tutto il Paese. In conformità a quanto previsto dalla normativa regionale relativa al settore socio sanitario e alla non autosufficienza (L.R. 27 del 23/12/04, art. 51 rubricato "Fondo regionale per la non autosufficienza"; DGR 509 del 16/04/2007 ad oggetto "Fondo regionale per la non autosufficienza"; DGR 1206 del 30/7/2007 ad oggetto "Fondo regionale Non Autosufficienza – Indirizzi attuativi della DGR 509/2007") ogni anno il Distretto procede all'approvazione della programmazione del FRNA e del FNA. Per il 2018 il distretto ha approvato una programmazione provvisoria basata sul preconsuntivo 2017, in attesa delle assegnazioni FRNA da parte della regione e FNA da parte del Ministero.
Descrizione	Dopo oltre un decennio di attività di gestione del FRNA e FNA, la programmazione annuale del fondo rappresenta il momento in cui il distretto garantisce il mantenimento e il consolidamento della rete dei servizi, la valorizzazione delle funzioni che presidiano l'uniformità dei criteri di accesso ai servizi, la definizione di contenuti e livelli qualitativi omogenei per tipologia di servizio/intervento. Nell'ambito della programmazione FRNA e FNA distrettuale vengono garantiti i servizi per anziani e per disabili. La normativa regionale prevede altresì la realizzazione di interventi di carattere trasversale. In sintesi le aree di intervento sono le seguenti: Assistenza residenziale per anziani non autosufficienti (CRA e RSA accreditate, PAI presso strutture a bassa soglia, dimissioni difficili), azioni a sostegno della domiciliarità per anziani non autosufficienti (assistenza semiresidenziale, ricoveri di sollievo, assistenza domiciliare, pasti a domicilio, trasporti, attività rivolta ai gruppi, caffè della memoria, assegni di cura e contributo aggiuntivo per la regolarizzazione del lavoro di cura, servizi di prossimità e portierato), assistenza residenziale per utenti disabili adulti (CSRR accreditati, strutture a bassa soglia, assistenza residenziale per gravissime disabilità acquisite) azioni a sostegno della domiciliarità per utenti disabili adulti (assistenza semiresidenziale, CSRD accreditati e CSO, ricoveri di sollievo, assistenza domiciliare, pasti a domicilio, trasporti, attività rivolta ai gruppi, assegni di cura e contributo aggiuntivo per la regolarizzazione del lavoro di cura, servizi di prossimità e portierato) Il Fondo finanzia inoltre le azioni di potenziamento dei servizi di accesso e presa in carico, le attività per l'emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari, il servizio di consulenza per l'adattamento domestico e i contributi per l'adattamento domestico, i programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili. La gestione 2017, come anticipato, utilizzata ai fini della definizione della programmazione provvisoria 2018, ha avuto i volumi di seguito evidenziati: Risorse disponibili anno 2017



Distretto Ovest

Totale FRNA

Totale FNA vincolato

Risorse 2017	7.310.398,41	340.769,00
Residui 2016	815.253,82	40,45

Risorse utilizzate per area di intervento anno 2017:

Ovest	
AREA ANZIANI	€ 4.653.561,29
AREA DISABILI	€ 2.775.222,32
INTERVENTI TRASVERSALI	€ 321.206,03
TOTALE	€ 7.749.989,64

Il confronto fra la programmazione ed il consuntivo è il seguente:

	Risorse programmate	Risorse utilizzate
Ovest	8.236.405,00	7.749.989,64

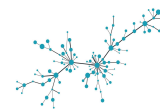
I servizi erogati sono stati:

Residenzialità anziani non autosufficienti, posti letto accreditati

<i>Distretto OVEST</i>		Posti contrattualizzati
POLO SOCIO SANITARIO	BONDENO	40
RESIDENZA CATERINA	FERRARA	5
FRIGGERI-BUDRI	SANT'AGOSTINO	20
CASA PROTETTA	P.RENATICO	33
CASA PROTETTA	V. MAINARDA	36
PLATTIS	CENTO	90
RSA	BONDENO	20
OPERA PIA GALUPPI	Pieve di Cento (BO)	3
T O T A L E PER DISTRETTO		245

Posti accreditati Centri Diurni per anziani

<i>Distretto OVEST</i>		
POLO SOCIO SANITARIO	BONDENO	6
T O T A L E PER DISTRETTO		6
<i>Fuori Distretto</i>		
CD Serena		4
CD Galuppi		4



Strutture accreditate residenziali per utenti disabili adulti

<i>Distretto OVEST</i>		P.L.
COCCINELLA GIALLA	Cento	10
<i>Fuori Distretto</i>		
Distretto Centro Nord		2
Distretto Pianura Est		4
Area Unione di Modena		4

Strutture accreditate semiresidenziali per utenti disabili adulti

<i>Distretto OVEST</i>		P.L.
AIRONE	Bondeno	16
PILACA'	Cento	16
<i>Fuori Distretto</i>		
Distretto Pianura Est		6

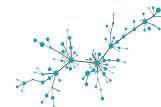
<i>CSRR Fuori Distretto</i>	<i>Accreditati</i>	<i>Programmati</i>
La Libellula	1	1
Sacro Cuore	3	3
Malacarne	2	2
La Fiorana	5	5

<i>CSR D Fuori Distretto</i>	<i>Accreditati</i>	<i>Programmati</i>
Rivana	3	3
San Martino	2	2
La Ginestra	2	2

<i>GRUPPI APPARTAMENTO</i>	<i>Accreditati</i>	<i>Programmati</i>
ANFFAS		3
Sadurano Salus		1
Don Minzoni		1

Spesa sostenuta per singole aree di intervento

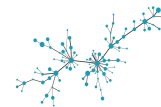
DISTRETTO OVEST	
PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA	
CONFRONTO ANNI 2016-2017	
	CONSUNTIVO 2017 FRNA FNA
AREA ANZIANI	
Residenzialità	€ 3.661.216,67
Centri diurni	€ 84.506,50



Assistenza Domiciliare	€ 401.003,00
Assegni di cura	€ 258.412,00
Miglioramento accesso ai servizi	€ 228.058,00
Altro (specificare nelle note)	€ 20.365,12
Sub-totale area anziani	€ 4.653.561,29
AREA DISABILI	
Residenzialità	€ 1.188.898,00
Centri diurni	€ 705.402,21
Assistenza Domiciliare	€ 238.554,00
Assegni di cura	€ 270.280,00
Centri Socio-occupazionali	€ 224.758,11
Miglioramento accesso ai servizi	€ 145.830,00
Altro (specificare nelle note)	€ 1.500,00
Sub-totale area disabili	€ 2.775.222,32
INTERVENTI TRASVERSALI	
emersione lavoro di cura adattamento domestico fragilità	€ 321.206,03
Sub-totale area trasversali	€ 321.206,03
TOTALE	€ 7.749.989,64

Nel corso del 2017 è stata data risposta a tutte le necessità assistenziali. Alcune azioni innovative sono state avviate nel corso dell'anno e troveranno piena applicazione nel corso del 2018, ci si riferisce al progetto dimissioni difficili che mette a disposizione delle Centrali dimissioni presenti presso gli Ospedali di Cona, Delta, Cento e Argenta, un pacchetto di 30 giornate di SAD o in RSA, interamente a carico del FRNA, per facilitare le dimissioni ospedaliere di pazienti complessi. Anche l'applicazione del "Decreto LEA" in merito all'adeguamento della percentuale a carico FRNA per i servizi di CSO per disabili adulti, è stata avviata nel 2017.

Il distretto Ovest è il territorio dove si osserva il maggior incremento del volume di spesa in area anziani (+ 5.36%), per effetto dell'apertura dei posti letto presso la CRA Dosso, che sono stati utilizzati per ricoveri temporanei di sollievo, in attesa del loro inserimento nella programmazione distrettuale dei progetti di ospitalità definitiva. Questo Distretto è l'unico dove si realizza un incremento dell'utilizzo dei posti in Centro Diurno per anziani.



Per l'area della Disabilità si osserva una stazionarietà nell'uso delle risorse (+0.55%), ma si conferma la tendenza – osservata negli altri distretti – ad un minor impiego delle risorse residenziali (– 3.63 %) a fronte di una maggior consistenza delle spese per l'assistenza domiciliare (+ 8.25%) ed, in modo ancor più marcato, per i CSO (+65.57%). Per quanto riguarda gli interventi trasversali tra il 2016 ed il 2017, si registra aumento di spesa del 19,82%. L'area comprende i programmi di sostegno alle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili.

BENEFICIARI E DATI DI ATTIVITA'

AREA ANZIANI

Dall'analisi sull'utilizzo dei fondi per la non autosufficienza emerge un incremento della spesa per l'area anziani come anche per le risorse destinate ai servizi ed interventi a sostegno del mantenimento a domicilio.

Assistenza domiciliare (anziani)

A livello di utilizzo delle risorse (FRNA e FNA), nel 2017 la spesa per assistenza domiciliare è in incremento. Dal monitoraggio sui dati di attività emerge un leggero decremento degli utenti complessivamente seguiti dal servizio e delle ore di assistenza domiciliare socio-assistenziale sostenute con FRNA. Gli utenti assistiti sono stati 115

Per quanto riguarda i servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cure (in particolare, pasti, trasporti, ecc.), nel corso dell'anno 2017, ne hanno fruito 136 utenti anziani.

I programmi di dimissioni protette

Nel corso del 2017 sono state utilizzate risorse FRNA specifiche per i programmi di dimissione protette. Il progetto ha consentito di erogare sia assistenza in RSA per 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera, interamente a carico del FRNA, sia interventi di SAD interamente gratuiti per i primi 30 giorni in attuazione di quanto previsto dai “nuovi LEA” (DPCM 12/1/2017 – GU 18/3/2017), art. 22, comma 4 che prevedono che la quota SAD sia interamente a carico del FRNA per i primi 30 giorni dopo le dimissioni protette e al 50% per i giorni successivi. Le ore erogate di assistenza SAD sono state 482, le giornate di assistenza erogate in RSA sono state 543.

Accoglienza temporanea di sollievo

L'accoglienza temporanea di sollievo è un intervento a sostegno del mantenimento a domicilio presente in quasi tutti gli ambiti distrettuali.

La percentuale raggiunta è del 2,84% di giornate rispetto al totale delle giornate di degenza in CRA nell'anno.

Sono state condotte due azioni:

- aumento della quota specifica destinata ai ricoveri di sollievo “tradizionali”;
- inserimento temporaneo in CRA, gratuito per 30 gg, per favorire i progetti di dimissione protetta già illustrato nel paragrafo precedente.

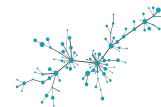
E' stato possibile incrementare notevolmente le giornate di assistenza in regime di sollievo, dando risposta positiva a TUTTE le domande intercettate dai servizi sociali territoriali. Il secondo intervento è stato attivato in modo molto significativo in tutti i distretti, consentendo di raggiungere nel complesso la soglia prevista seppur con evidenti differenze territoriali.

AREA DISABILI

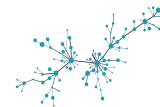
Nel 2017 la spesa complessiva destinata ai servizi per le persone con disabilità grave e gravissima è sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente. Per dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 34, comma 3 del “Decreto LEA” gli inserimenti presso laboratori e centri socio occupazionali sono a carico del FRNA per una quota pari al 70% della tariffa giornaliera (non più 40% come da DGR 1230/2008), la spesa per questa specifica voce ha subito un incremento.

La rete per le gravissime disabilità DGR 2068/04

Dal 2004 con la Deliberazione della Giunta n.2068 è stato attivato un programma regionale per l'assistenza territoriale a lungo termine delle persone con gravissima disabilità acquisita, tra le quali sono comprese le persone in situazione di estrema gravità in seguito a mielolesioni,



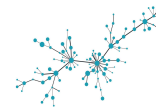
	cerebrolesioni o malattie neurologiche, comprese la SLA. Per le fasi della malattia caratterizzate da disabilità, in ogni ambito distrettuale è presente un'équipe di professionisti chiamata UVM composta da operatori sociali (Assistente sociale) e sanitari (Fisiatra, Neurologo, Infermiere, Terapista...) incaricati della valutazione e presa in carico dei bisogni della persona disabile e della sua famiglia, attraverso la formulazione di un progetto individuale. Per l'assistenza al domicilio, che rappresenta l'obiettivo primario, viene attivato un progetto individuale che prevede più interventi: l'assegno di cura (23 o 45 euro in relazione alla gravità), un contributo di 160 euro per ogni assistente familiare con regolare contratto, assistenza domiciliare sociale e sanitaria, assistenza protesica, contributi e consulenze per adattare la casa, ricoveri di sollievo. Per chi non può essere assistito al domicilio esiste inoltre un nucleo di posti dedicati all'assistenza a lungo termine all'interno di una struttura socio-sanitaria per disabili, a Ostellato che rispondono ai requisiti previsti dalla DGR 840/08 e successiva DGR 514/09. Per quanto riguarda la residenzialità, nel corso del 2017 sono state assistite in residenza 5 persone. Per quanto riguarda invece l'assistenza al domicilio, gli assegni di cura hanno interessato 20 utenti. Il basso numero di inserimenti residenziali evidenzia il buon livello di assistenza domiciliare. Dal 2014 la Regione ha introdotto i seguenti interventi: • con DGR 1732/2014 è stato approvato un aumento da 34 a 45 euro al giorno dell'assegno di cura destinato alle persone più gravi che necessitano di assistenza sulle 24 ore; • con DGR 256/2014 è stato elevato il limite ISEE per aver diritto all'assegno di cura da 45 euro; • DGR 2308/2016 eliminando la soglia ISEE per gli aventi diritto all'assegno di cura. E' inoltre prevista la possibilità di cumulare il contributo di 160 euro nel caso la famiglia ricorra a più assistenti familiari con regolare contratto. Gli interventi per le persone con disabilità grave (DGR 1230/08) A livello nazionale negli ultimi anni hanno ricevuto particolare attenzione i bisogni delle persone che si trovano in una situazione di massima complessità assistenziale, in particolare sotto il profilo del supporto alle funzioni vitali. Le situazioni di disabilità grave, che invece rappresentano la maggioranza delle persone assistite hanno trovato assistenza a partire dalla DGR 1230/2008, con la quale sono state date le indicazioni relative allo sviluppo della rete dei servizi per disabili gravi attraverso il FRNA. Oltre la metà della spesa per disabili FRNA viene destinata al sostegno della residenzialità.
Destinatari	Popolazione anziana, disabile e fragile del territorio distrettuale
Azioni previste	Programmazione degli interventi residenziali e semiresidenziali per anziani e per disabili. Programmazioni delle azioni a sostegno della domiciliarità per anziani e disabili adulti. Interventi in favore delle gravissime disabilità. Interventi di prevenzione della fragilità
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda USL Ferrara – DASS Servizi sociali territoriali Comuni del distretto
Referenti dell'intervento	DASS, ASP e comuni
Risorse non finanziarie	



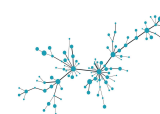
Preventivo 2018

La dotazione di risorse non è stata al momento definita, si ipotizza lo stesso volume assegnato nel 2017

Fondo sociale locale - Risorse regionali	€
Fondo sociale locale - Risorse statali	€
Servizi educativi 0-3	€
Centri per le Famiglie	€
Centri Antiviolenza	€
Lotta alla tratta	€
Carcere	€
Compartecipazione utenti	€
Fondo FAMI	€
Quota Fondo Povertà	€
<i>Ai sensi del D.Lgs n. 147/2017 Art. 7 comma 2</i>	
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3	€
Fondi FSE POR - LR 14/2015	€
Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-	€
Programma DOPO DI NOI (L122/2016)	€
Programma gioco d'azzardo patologico	€
FRNA	€ 7.310.398
FNNA	€ 681.538
Residui 2017	1.062.203,08
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA	€ 1.371.678,32
AUSL	€
Specifica AUSL	
Altri fondi regionali	€
Specificare eventualmente quale altra fonte di finanziamento regionale finanzia l'intervento	
Altri soggetti pubblici (ASP/ASC...)	€
Altri fondi statali/pubblici	€
Specificare quali altri fondi statali/pubblici	
Altri soggetti privati	€
<i>Esclusa contrib. utenti</i>	
Specificare quali altri soggetti privati	
Altri fondi europei	€
Altri finanziamenti	€
Specificare quale altro finanziamento	
Unione di comuni	€
Specificare eventualmente quale Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Unione di comuni 2	€
Specificare eventualmente quale altra Unione dei comuni finanzia l'intervento	
Gestione associata	€
Specifica gestione associata	€
Comune	
<i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	€



Nome del Comune finanziatore	
<i>Questa riga puoi ripeterla tante volte quanti sono i comuni finanziatori</i>	



Nome indicatore	Descrizione	Situazione di partenza	Riferito al (può essere 31/12/2016 o 31/12/2017)	Tipo (può essere Numerico, Testuale, Sì No)	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Dimissioni protette	Implementare il servizio di dimissioni protette attraverso le CDCA presso i principali ospedali	3638 giornate	31/12/2017		Il servizio a fine 2017 era riferito a 4 mesi, si prevede di mantenere il risultato rapportato ad anno	Mantenimento risultato 2018	Mantenimento risultato 2018
Ricoveri di sollievo per anziani e disabili	L'obiettivo regionale è il 2% del totale giornate di assistenza	2,84% del totale delle giornate di assistenza	31/12/2017		mantenimento	mantenimento	mantenimento
Applicazione DM 2016	Il decreto prevede il vincolo di utilizzo del 50% in favore di utenti gravissimi disabili	Piena attivazione del dettato normativo	31/12/2017		Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Servizi accreditati per anziani	Il distretto centro Nord ha da tempo realizzato il percorso di accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.	Si vedano schede in premessa	31/12/2017		mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Servizi accreditati per disabili	Anche in area disabili il percorso di accreditamento è compiuto.	Si vedano schede in premessa	31/12/2017		mantenimento	mantenimento	mantenimento

Ente/Fonte di finanziamento	Specifica fonte	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà disagio e adulto senza dimora	Multiutenza	Totale riga
Fondo sociale locale - Risorse regionali		€ 220.218,81	€ 7.848,34	€ -	€ -	€ 35.285,74	€ 51.504,43	€ 38.000,00	€ 352.857,32
Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 145.022,89	€ -	€ -	€ -	€ 32.714,26	€ 159.948,60	€ -	€ 337.685,75
Centri per le famiglie		€ 19.820,56	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 19.820,56
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 3 -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 95.559,28	€ -	€ 95.559,28
Fondi FSE POR - LR 14/2015		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 314.928,00	€ -	€ 314.928,00
Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)		€ -	€ 70.001,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 70.001,00
Programma gioco d'azzardo patologico		€ -	€ -	€ 43.345,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 43.345,00
FRNA		€ -	€ 2.399.142,26	€ -	€ 4.522.089,89	€ -	€ -	€ 319.164,86	€ 7.240.397,01
FNNA		€ -	€ 503.621,85	€ -	€ 177.916,15	€ -	€ -	€ -	€ 681.538,00
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.371.678,32	€ 1.371.678,32
Altri fondi regionali (specificare)	Primi 1000 giorni di vita	€ 5.708,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.708,19
Altri fondi regionali (specificare)	Mobilità casa-lavoro	€ -	€ 16.335,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 16.335,00
Altri fondi regionali (specificare)	Progetto Mi muovo insieme	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 11.146,00	€ -	€ 11.146,00
Altri fondi regionali (specificare)	Autonomia abitativa donne vittime di violenza	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 34.830,00	€ -	€ 34.830,00
Altro finanziamento (specificare)	S.P.R.A.R.	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 179.588,00	€ -	€ -	€ 179.588,00
Comune (specificare)	Comune di Cento	€ 1.028.966,16	€ 497.000,00	€ -	€ 14.000,00	€ 14.445,25	€ 303.834,68	€ 225.896,99	€ 2.084.143,08
Comune (specificare)	Comune di Bondeno	€ 139.350,00	€ 311.150,00	€ -	€ 238.250,00	€ -	€ 174.800,00	€ -	€ 863.550,00
Comune (specificare)	Comune di Poggio Renatico	€ 235.000,00	€ 22.000,00	€ -	€ 36.000,00	€ -	€ 14.000,00	€ -	€ 307.000,00
Comune (specificare)	Comune di Terre del Reno	€ 11.252,50	€ 160.569,63	€ -	€ 53.569,63	€ -	€ 4.230,93	€ 518.666,54	€ 748.289,23
Comune (specificare)	Comune di Vigarano Mainarda	€ 107.834,10	€ 246.544,62	€ -	€ 191.283,15	€ -	€ 98.647,89	€ 43.029,55	€ 687.339,31
Gestione associata (specificare)	Interventi	€ 145.600,00	€ 751.251,25	€ -	€ 267.000,00	€ -	€ 333.900,00	€ -	€ 1.497.751,25
Gestione associata (specificare)	Personale	€ 183.457,93	€ 42.099,33	€ -	€ 107.948,44	€ -	€ 184.267,99	€ 66.199,35	€ 583.973,04
Totale (al lordo della compartecipazione utenti)		€ 2.242.231,14	€ 5.027.563,28	€ 43.345,00	€ 5.608.057,26	€ 262.033,25	€ 1.781.597,80	€ 2.582.635,61	€ 17.547.463,34
Totale (al netto della compartecipazione utenti)		€ 2.242.231,14	€ 5.027.563,28	€ 43.345,00	€ 5.608.057,26	€ 262.033,25	€ 1.781.597,80	€ 2.582.635,61	€ 17.547.463,34