DISTRETTO CENTRO NORD
DELLA PROVINCIA DI FERRARA

Comuni di Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Berra, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro, Tresigallo
Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
Azienda Servizi alla Persona e Azienda Speciale Servizi alla Persona

PIANO PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020

PIANO PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020
DISTRETTO CENTRO NORD FERRARA

Introduzione
(a cura degli Amministratori) **p. 3**

Fotografia del territorio
(*dati ed analisi dei bisogni del Distretto***)** **p. 7**

Capitolo I
Introduzione

Presentiamo qui il PIANO TRIENNALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020 del DISTRETTO CENTRO NORD di FERRARA: il frutto di un lungo lavoro che ha coinvolto in maniera positiva diversi protagonisti tra istituzioni e realtà sociali.
Un lavoro partecipato e costruttivo in cui la garanzia di servizi e progetti consolidati si è confrontata con un contesto sociale in continuo mutamento: un contesto che è stato approfondito con tutti gli strumenti a disposizione per leggerne al meglio la conformazione.
Tutto ciò senza nasconderci le carenze e le difficoltà con cui siamo quotidianamente chiamati a confrontarci: anzi, è proprio la consapevolezza dei limiti che ci spinge a cercare nuove soluzioni .

Dall'analisi del contesto si è passati ad una verifica attenta di quanto i servizi sociali, sanitari e sociosanitari siano ancora in grado di rispondere ai reali bisogni delle persone del nostro territorio: un percorso (che non si chiude oggi) che ha evidenziato sia la sostanziale tenuta della rete dei servizi alla persona sia la necessità di ripensarne alcuni per adeguarli alle nuove domande che emergono.
Fortunatamente non ci è mai mancata la voglia di sperimentare: per questo possiamo affrontare il presente con una relativa tranquillità, frutto dell'impegno di tanti operatori che non si sono mai seduti sui risultati conseguiti.

L'elaborazione del Piano ci ha visto uscire sempre più dalle "stanze dei servizi" in un costante confronto col mondo dell'associazionismo, del terzo settore, delle organizzazioni sindacali fino al contatto diretto con gruppi informali e coi singoli cittadini.
Anche qui non siamo "nati ieri": negli ultimi dieci anni l'impronta partecipativa della programmazione sociosanitaria si è sviluppata in modo sempre più pregnante, consentendo quel ruolo di regia degli Enti pubblici a supporto di una rete solida con le realtà impegnate direttamente "sul campo".
I frutti si vedono nei meccanismi di co-progettazione già sperimentati in diversi campi: dalla promozione comunitaria all'accompagnamento sociale, da interventi per l'infanzia a piani personalizzati per il contrasto alla marginalità e il sostegno all'autonomia.
Questo triennio, inoltre, ci vedrà impegnati in una ricerca costruttiva per individuare criteri di monitoraggio che rendano conto dell'esito delle singole azioni.

Siamo, quindi, all'avvio di una stagione che non vedrà interruzioni ma una costante attività di confronto per dare le migliori risposte possibili alle persone che vivono nel Distretto Centro Nord.
La strada è ancora lunga: abbiamo bisogno di sostenerci reciprocamente e di guardare sia i passi da intraprendere, sia i nuovi orizzonti da esplorare. La capacità di affrontare il cammino con occhi nuovi che vadano oltre i confini tradizionali dei servizi è accompagnata da una visione distrettuale condivisa dai sindaci del Distretto e supportata dall'Azienda Usl. Insieme sosteniamo una vera integrazione fra sociale e sanitario che trova la sua piena espressione nell'Ufficio di Piano in cui la collaborazione fra Azienda Usl, ASP/ASSP e Servizi dei Comuni rappresenta un dato acquisito di grande rilevanza.

Ringrazio tutti coloro che hanno contribuito all'esito che qui viene proposto: senza il loro impegno e dedizione non sarebbe stato possibile raggiungere un esito così significativo.

d.ssa Chiara Sapigni
Presidente del Comitato di Distretto Centro Nord

Capitolo III
FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

Le dinamiche della popolazione, e gli indicatori della situazione economica e sociale

Distretto Centro Nord a confronto con la Regione

L'andamento demografico **regionale** dello scorso decennio è stato caratterizzato da una popolazione in continua e costante crescita, oltre il 7%. Tale crescita è quasi interamente dovuta ai cittadini stranieri, più che raddoppiati, a fronte di un +0,7% degli italiani.
Nell'ultimo triennio il ritmo di crescita della popolazione è progressivamente rallentato.
Nel corso dell'ultimo anno esaminato, la popolazione residente nella nostra regione è pari a 4 milioni 454 mila abitanti, con una crescita zero e in controtendenza rispetto agli ultimi dieci anni (-0,06% rispetto al 2015), di cui 534.614 persone con cittadinanza non italiana (pari al 12%).

L'andamento demografico del **Distretto Centro Nord** è stato decisamente diverso.
La popolazione negli ultimi 10 anni ha avuto un notevole diminuzione: - 1,64% (cioè da 176.579 del 2006 a 173.579 del 2017), gli italiani calano vertiginosamente, con un –7,08% (da 170.436 a 132.471); diverso il trend per i cittadini stranieri che vedono un aumento del + 5,4% (da 6.143 del 2006 a 15.544 del 2017) e rappresentano l' 8,95 % della popolazione.
La causa prevalente del calo demografico è attribuita alla concomitanza di un basso livello di natalità con una mortalità quasi stabile, ed alla riduzione dei flussi migratori, che riescono appena a compensare il calo dovuto alla dinamica naturale.
I dati demografici ci presentano quindi una **popolazione regionale** che continua ad invecchiare (innalzamento dell'indice di vecchiaia, 175,5 nel 2016 contro 168 del 2012); in particolare la popolazione dei "grandi anziani", rappresentata dalle persone con più di 75 anni (560.835 persone), incide per il 12,6% sul totale dei residenti, ovvero oltre una persona su dieci.

L'invecchiamento della popolazione del **Distretto Centro Nord** rappresenta il dato forse più rappresentativo del nostro territorio, essendo il più vecchio d'Europa. L'indice di vecchiaia è del 277,3 contro il 265,7 Regionale e le persone con più di 75 anni nel nostro Distretto sono 26.8254, il 15,2 %.
Le conseguenze del processo di invecchiamento e l'inerzia dei processi demografici, sostanzialmente lenti e difficilmente modificabili nel breve e medio periodo, consentono di prevedere alcuni dati di scenario fino al 2020.
Si prevede che la popolazione regionale crescerà a ritmi molto contenuti, e cambierà la sua composizione: già oggi in Emilia-Romagna quasi un bambino su tre nasce da madre straniera.
Si tratta di una trasformazione molto rilevante e strutturale della popolazione regionale, sempre più eterogenea e multiculturale, resa ancora più evidente dalla presenza di oltre 140 gruppi nazionali.
Nel Distretto Centro Nord di Ferrara questo scenario probabilmente sarà ancor più netto: solo ipotizzando un calcolo di probabilità ad "alta immigrazione" la popolazione del Distretto si manterrà costante, in assenza di flussi migratori la popolazione è destinata a calare ulteriormente ed in misura costante nei prossimi anni[1]. Scenari meno "tranquillizzanti" danno la provincia di Ferrara, unica in Regione a natalità 0 tra vent'anni.
La diminuzione dei giovani (0-14 anni) sia in termini assoluti che relativi, prevista nel breve periodo dopo un decennio di crescita (**nel nostro distretto** gli 0-14 sono 17.994 il 10,35 % della popolazione, molto meno degli ultra 75enni), ed i tassi di fecondità quasi costanti, sia per le donne italiane che straniere, rappresentano forse il dato più critico con implicazioni dirette sulla vitalità della Regione e sulle politiche pubbliche.

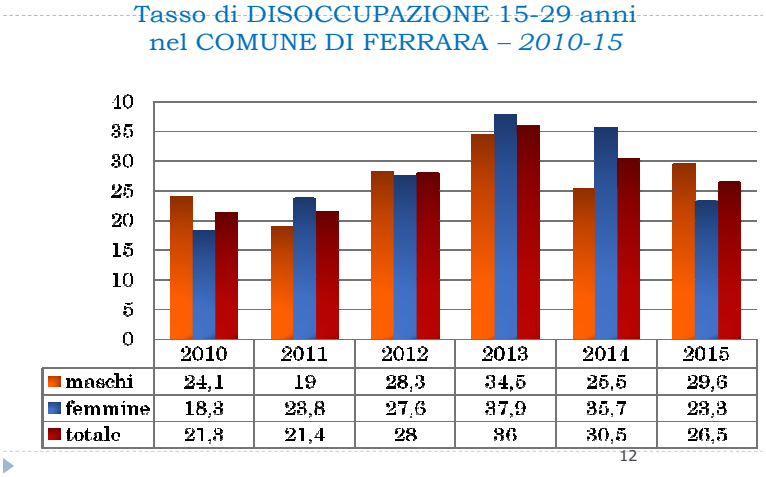
[1] http://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/pro_dem/pro_pop/consultazione/cfr_scenari

I dati del Distretto Centro Nord, disaggregati per comune, nell'anno 2017, ci riportano percentuali ancor più basse i dati sulla prevalenza della popolazione adolescenziale (13-19anni) il 4,9% e giovanile (20-29anni) il 7,3%, :

DISTRETTO	COMUNE	Popolazione totale	Prevalenza adolescenti	Prevalenza giovanile
CENTRO NORD	**FERRARA**	134.063	4,2	8,3
	MASI TORELLO	2.326	4,5	6,6
	VOGHIERA	3.739	4,8	6,8
	COPPARO	16.425	4,5	6,8
	BERRA	4.780	4,5	7,1
	FORMIGNANA	2.733	4,8	6,6
	JOLANDA DI SAVOIA	2.916	4,2	8,5
	RO	3.250	4,4	7,5
	TRESIGALLO	4.434	5,1	7,6
	TOTALE	**174.666**	**4,9**	**7,3**

Visto lo specifico interesse provinciale sviluppato sulla conoscenza e prevenzione della dispersione e abbandono scolastico, tema oggetto specifico di programmazione triennale del Distretto Sud Est, ma presente in tutti i Distretti, come dato di contesto è utile la conoscenza del tasso di disoccupazione giovanile.

Si riporta il dato riferito al Comune capoluogo .



La struttura della famiglia, che riveste una funzione centrale all'interno del sistema di welfare, è stata interessata da mutamenti importanti negli ultimi venti anni.
La dimensione media delle famiglie della Regione E.R. si riduce progressivamente, passando da 2,41 componenti nel 2001 a 2,25 nel 2011, e si stima possa ridursi ulteriormente fino 2,14 componenti per famiglia al 2020.

La dimensione media della famiglia del nostro Distretto è 2,19 nel 2011 con il 33,68 % delle famiglie uni personali, nel 2017 il 2,06 componenti medi per famiglia e 38,67% famiglie uni personali.

A livello regionale aumentano le famiglie unipersonali, che rappresentano oltre un terzo del totale, l'aumento riguarda sia gli italiani sia gli stranieri: per i primi si tratta principalmente di persone anziane, per i secondi si tratta soprattutto di giovani adulti.
Complessivamente le famiglie composte da uno o due componenti rappresentano quasi i due terzi del totale, mentre si assiste ad una lenta e tendenziale riduzione delle coppie con figli che si accompagna alla diminuzione prevista dei nati, soprattutto da coppie italiane.
La riduzione della dimensione delle famiglie unitamente agli effetti della crescente mobilità delle persone, che le porta a vivere più o meno lontano dai luoghi di nascita e di discendenza, e delle mutazioni nella struttura per età e provenienza della popolazione regionale, convergono verso un accorciamento e uno sfilacciamento delle reti familiari in senso più ampio.
Oltre un quinto delle famiglie regionali vede la presenza di una persona di 75 anni e oltre (1/4 tra le famiglie di italiani), anche se più della metà degli anziani vive solo. Meno dell'8% delle famiglie italiane e il 22,6% delle famiglie straniere vedono la presenza di minori in età prescolare.
Nel Distretto Centro Nord di Ferrara oltre un quarto delle famiglie ha la presenza di almeno una persona che supera i 75 anni, di questi il 46% vive solo, infatti considerando i dati sulle le famiglie uni personali sono il 38,67%, l'11,57% delle famiglie uni personali è di persone ultra 75 anni.
In Emilia Romagna, come a livello nazionale, nell'ultimo decennio intercensuario ad aumentare sono soprattutto le famiglie uni personali (+ 43,5%) le famiglie monogenitoriali (+ 24,3%)
In Emilia Romagna sono 182.000 le famiglie formate da un solo genitore che convive con uno o più figli nell'82% dei casi è la madre unico genitore.

In provincia di Ferrara nel 2017 sono censite 11.295 famiglie monogenitoriali, madri con figli, su un totale di 162.928 nuclei familiari.
Questo cambiamento socio demografico ha forti interconnessioni con un'idea di benessere della comunità che è dimensione sociale, sanitaria e relazionale. Per la sua complessità richiede un'azione fortemente integrata tra tutte le politiche.

Grava oggi sulle famiglie, strutturalmente più fragili, un impegno sempre più elevato nei **compiti di cura**, che si riversa particolarmente sulle donne. Nonostante la crescente **partecipazione delle donne al mercato del lavoro**, permangono ancora forti divari nella distribuzione dei carichi di lavoro domestico tra donne e uomini: le donne dedicano più tempo degli uomini al lavoro domestico e familiare, oltre 3 volte superiore a quello degli uomini.
In Emilia-Romagna le persone di età fra i 15 e i 64 anni che nel 2010 dichiarano di prendersi regolarmente cura di qualcuno (figli coabitanti minori di 15 anni, altri bambini, adulti disabili, malati o anziani) sono più di un milione e 100mila, pari al 40,2% della popolazione totale della fascia di età considerata.
La crisi economica di questi anni ha prodotto un'ulteriore fragilità nelle famiglie e ha aumentato le difficoltà principalmente di quelle in cui il capofamiglia è di nazionalità straniera, o delle famiglie numerose, con presenza di minori e/o anziani.
In base alla spesa per consumi, le famiglie che vivono in condizioni di **povertà relativa** nel 2015 rappresentano il 4,8% del totale delle famiglie residenti in regione, mentre in Italia il tasso di povertà relativa supera il 10%.
Sebbene l'Emilia-Romagna sia la Regione italiana che, dopo il Trentino-Alto Adige e la Lombardia, presenta il più basso livello di povertà relativa (seguita da Veneto al 4,9% e da Toscana al 5,0%), la caduta del reddito e le modificazioni intervenute nella sua distribuzione hanno avuto pesanti riflessi sulla spesa per consumi e quindi sulla povertà relativa, in particolare per le famiglie più vulnerabili.
La **povertà materiale ed educativa nell'infanzia** determina elementi di fragilità che si manifestano nell'intero arco della vita sia in termini di salute che di opportunità lavorative, sociali, relazionali. Dai dati Istat del 2014 la percentuale di minori in Emilia-Romagna in condizione di povertà assoluta è del 9,5%, pari a 65.000 minori, con un aumento del 4% dal 2012 al 2015.

Il tasso di abbandono scolastico in Emilia-Romagna è pari al 15,3%, relativo ai ragazzi/e che hanno abbandonato la scuola con la sola licenza media (i cosiddetti Early leavers), dato che è oltre l'obiettivo fissato da UE2020, evidenziando uno scenario sicuramente inquietante, anche se meno negativo del dato nazionale. In Emilia Romagna, come a livello nazionale, nell'ultimo decennio intercensuario ad aumentare sono soprattutto le famiglie uni personali (+ 43,5%) le famiglie monogenitoriali (+ 24,3%).
In Emilia Romagna sono 182.000 le famiglie formate da un solo genitore che convive con uno o più figli nell'82% dei casi è la madre unico genitore.
In provincia di Ferrara nel 2017 sono censite 11.295 famiglie monogenitoriali , madri con figli, su un totale di 162.928 nuclei familiari.
Questo cambiamento socio demografico ha forti interconnessioni con un'idea di benessere della comunità che è dimensione sociale, sanitaria e relazionale. Per la sua complessità richiede un'azione fortemente integrata tra tutte le politiche.
Un altro indicatore preoccupante, in specifico rispetto ai bisogni formativi degli alunni di origine straniera, riguarda i non ammessi al secondo anno di scuola superiore: il dato evidenzia un tasso dei ragazzi stranieri quadruplo di quello degli italiani. Si registra poi nel 2014 un tasso di disoccupazione nella fascia 15-29 anni del 21,3% (26,3 % tra le ragazze) e un'incidenza dei Neet (senza scuola e senza lavoro) nella stessa fascia pari al 21,1% (22,8% al femminile, nel 2011 era 17,0%).
Da segnalare anche il rilevante incremento della percentuale di ragazzi con DSA presenti nelle istituzioni scolastiche dell'Emilia-Romagna.
La crisi ha inoltre prodotto un **crescente disagio abitativo**: è aumentata sia l'incidenza sul reddito delle spese per l'abitazione, sia il numero di famiglie che incontrano difficoltà a pagare l'affitto (sfratti emessi da circa 3.500 nel 2001 a 6.800 nel 2014, di cui più del 30% emessi per morosità), sia il numero di pignoramenti di case abitate dai proprietari.
Una componente del disagio abitativo è riscontrabile anche nelle liste di attesa per l'assegnazione di una casa popolare. Da un'indagine condotta alla fine del 2014, il numero complessivo di domande inserite nelle graduatorie dell'ERP comunali ammonta a circa 35mila, a fronte di poco più di 51mila alloggi di edilizia residenziale pubblica occupati.
I cambiamenti strutturali del **mercato del lavoro**, gli esiti della grave congiuntura che si traducono in disoccupazione, soprattutto giovanile, o nel ricorso alla cassa integrazione per un certo numero di lavoratori acuiscono le difficoltà di trovare alloggi a costi sostenibili e non consentono alle famiglie e soprattutto ai giovani di accedere a mutui agevolati per l'acquisto della casa, la cui concessione è condizionata dalla disponibilità di un reddito fisso a garanzia della solvibilità.
Si è creata così, e rischia di allargarsi, un'area "grigia" fatta di persone e famiglie che non possono contare sulla certezza di reddito nel tempo, formata soprattutto dalle fasce più deboli della forza lavoro, ma che interessa anche settori del lavoro autonomo e delle professioni che, in passato, sarebbero stati senz'altro classificati, quanto a status socioeconomico, tra le classi medie. L'ampliarsi della platea di persone in condizioni di debolezza e/o precarietà economica, la crescita dei costi dei servizi abitativi e la fragilità dei legami familiari non potranno che acuire il disagio abitativo, soprattutto in alcuni segmenti della popolazione quali le persone anziane e gli stranieri.

In sostanza, è sufficiente riflettere solo su alcuni dati di analisi della realtà regionale, che evidenziano i mutamenti intervenuti negli ultimi 8-10 anni:

- la crisi economica ha inciso profondamente: quasi il 5% delle famiglie vive in condizioni di "povertà relativa" (sono oltre il 10% a livello nazionale);
- particolarmente delicata e grave è la condizione dell'INFANZIA: circa il 10% dei minori è in condizioni di "povertà assoluta"; abbiamo un tasso di abbandono scolastico di oltre il 15%, con una forte accentuazione per i minori e ragazzi di origine straniera;
- il tasso di disoccupazione giovanile (15-29 anni) è superiore al 20%, e nella stessa fascia oltre il 20% dei giovani è senza scuola e senza lavoro;

- cresce il disagio abitativo; E ancora:
- siamo alla crescita demografica zero (0), dovuta ad un basso livello di natalità, ad una mortalità quasi stabile, ad una riduzione dei flussi migratori;
- la popolazione regionale continua ad invecchiare;
- circa un bambino su 3 nasce da madri di origine straniera, e quindi la società è e sarà sempre più eterogenea e multiculturale;
- c'è un progressivo sfilacciamento delle reti famigliari.

ALCUNI ESEMPI

Disabilità e Scuola

Le persone con disabilità rappresentano un gruppo di popolazione dai bisogni complessi sia nella fascia 0/18 che nel passaggio alla vita adulta.
In particolare possiamo verificare un aumento costante negli ultimi dieci anni della presenza di alunni con disabilità anche grave nei diversi ordini di scuola, con accentuazioni per le Scuole Secondarie di II° grado:

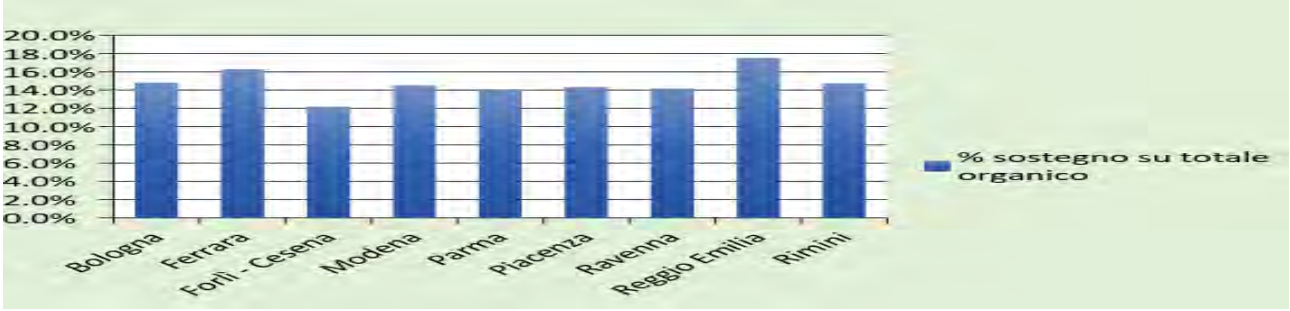
Scuole Secondarie II° grado 2017-18	Alunni con certificazione di disabilità 483 (33,9% sul totale di 1.424)	Totale alunni con certificazione di disabilità in tutte le scuole statali provinciali 1.424
Scuole Secondarie II° grado 2002-03	Alunni con certificazione di disabilità 160 (24,9% sul totale di 643)	Totale alunni con certificazione di disabilità in tutte le scuole statali provinciali 643

Complessivamente, secondo i dati dell'Ufficio di Ambito territoriale della provincia di Ferrara nell'anno Scolastico 2016/17 possiamo schematizzare la seguente situazione:

TOTALE ALUNNI	39.095	Cattedre	3.366
Alunni certificati	1.356	Cattedre di sostegno	654

TOTALE ALUNNI	39.095	ALUNNI CERTIFICATI	1.356	3,5%

Si evince immediatamente l'importanza del fenomeno anche a livello economico e lavorativo un dato piuttosto rilevante è anche ben rappresentato dal grafico sottostante che indica la percentuale di insegnanti di sostegno rispetto al totale delle cattedre nelle scuole della Regione Emilia Romagna.



L'aumento della percentuale degli alunni certificati nella scuola assume proporzioni ancora più rilevanti negli istituti superiori dove l'aumento è stato del 171% negli ultimi dieci anni.

Questo fenomeno non va ad impattare solamente sulla scuola ma pone sicuramente una serie di interrogativi e di necessità di programmazione socio sanitaria per i servizi che accolgono i ragazzi una volta raggiunta la maggiore età e quindi in uscita verso i servizi per l'età adulta.

Fragilità famigliari

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della povertà dei minori e delle loro famiglie, si tratta di povertà economica, ma anche educativa e relazionale.
Il Settore Minori dell'ASP ha seguito nel corso del 2017 n.1.175 nuclei familiari presi in carico con accesso spontaneo al Servizio, attraverso lo Sportello di Segretariato Sociale con una richiesta di aiuto.
Tra le principali difficoltà nell'esercizio della genitorialità vi sono le fasi di transizione legate all'eventuale insorgere di crisi della coppia, separazione/divorzio, perdita del lavoro, problematiche legate all'adolescenza dei figli, difficoltà economica, il carico assistenziale del nucleo famigliare nelle situazioni di disabilità o patologie dei figli, ecc.
L'essere stranieri, condizione spesso con scarse reti di supporto sociali e familiari, fa emergere situazioni di rischio di isolamento sociale e di deprivazione sia del nucleo familiare che dei figli anche se nati in Italia.
Vi sono inoltre alcune forme di genitorialità che richiedono un'attenzione specifica, come l'essere famiglia affidataria e adottiva

Lo stato della salute (contesto regionale).

L'aspettativa di vita alla nascita, in crescita negli anni scorsi, ha fatto registrare una flessione nel 2015, ma nel 2016 è tornata ai livelli del 2014, con un lieve aumento. Sia per gli uomini che per le donne, l'aspettativa di vita nella nostra Regione è superiore alla media nazionale.
Tra il 1990 e il 2013 gli anni di vita persi diminuiscono, in particolare quelli persi per gli incidenti stradali che erano la quinta causa di morte nel 1990 e diventano la quindicesima nel 2013 (-60%). Sono invece aumentati molto gli anni di vita persi per l'Alzheimer e cardiopatia ipertensiva.
Quanto all'impatto sulla salute di consumi e stili di vita, 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.
Si stima che negli anni 2010-2013 più di 2 milioni di abitanti in Emilia-Romagna abbiano avuto un basso consumo di frutta e verdura, 1 milione fossero in sovrappeso e 300 mila obesi, più di 800 mila fossero fumatori, più di 600 mila fossero sedentari e altrettanti abbiano presentato un consumo eccessivo di alcol.
La condizione di salute percepita dichiarata dalle persone prima e dopo la crisi (Istat) non mostra differenze sostanziali nella quota di popolazione adulta che ha dichiarato un cattivo stato di salute, né in Emilia-Romagna né nelle altre regioni italiane.
Si evidenziano invece disuguaglianze socio-demografiche; la salute fisica e psicologica risulta peggiore per soggetti di genere femminile, che vivono in famiglie con risorse economiche inadeguate, con basso titolo di studio o cattive condizioni abitative.

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, Sant'Agostino, Vigarano) che sono allineati alla media regionale e italiana[2].

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

% 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 (sollievo) o semi-residenziali.

2 I dati di popolazione sono elaborati sulla popolazione residente al 1.1.2017. Fonte: Regione Emilia Romagna

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%)[3] (nel 2017 le coperture vaccinali raggiungono, a livello provinciale, la soglia raccomandata del 95%).

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 mondo[4].

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

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

3 Bilancio di missione Azienda Usl di Ferrara. Anno 2015.

4 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.

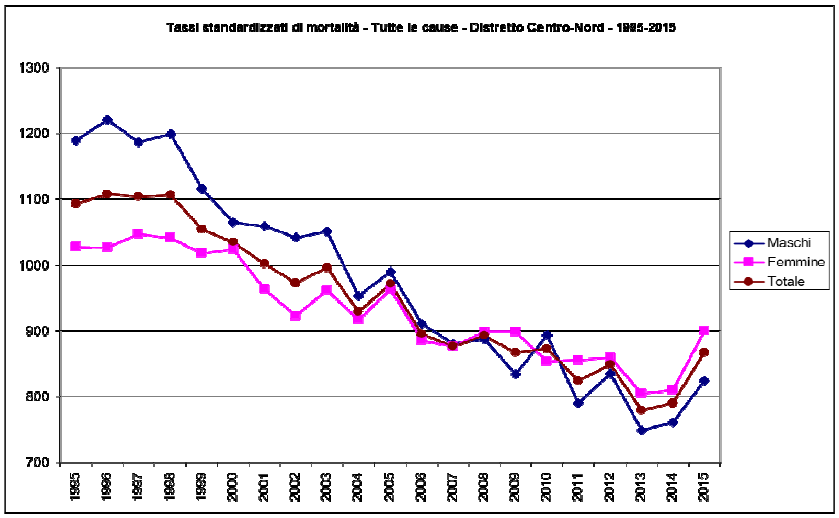
	Speranza di vita (valore in anni) ANNO 2016	
	alla nascita (M-F)	a 65 anni (M-F)
Ferrara	80,3 – 84,2	19,2 – 21,8
Regione ER	81,2 -85,3	19,6 - 22,5
Italia	80,6 - 85	19,1 – 22,3

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 donne[5].
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

5 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

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 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) [6]. Sono invece aumentati molto, a livello mondiale, gli anni di vita persi per l'Alzheimer e la cardiopatia ipertensiva[7].

Il ricorso ai servizi sanitari

Il ricorso al **ricovero ospedaliero**, **come forma di assistenza sanitaria, mostra un trend in diminuzione[8],** 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
MEDIA	150,1	392,7

Banca dati SDO e Banca dati PS, Regione Emilia-Romagna.[9]

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/favorenti 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. [10]

---

6 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.

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

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

9 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

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, multietnicità, 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 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.[11]

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 246 Medici di Medicina Generale e 39 Pediatri di libera scelta, che garantiscono l'erogazione dell'assistenza di base.
Le n.6 Case della Salute, dislocate in numero di 2 a Ferrara, 1 a Copparo, 1 a Portomaggiore-Ostellato, 1 a Comacchio e 1 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;

---

10 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).

11 Annuario Socio Economico Ferrarese, CDS edizioni anno 2018

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 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'attesa[12]. 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 nella provincia di 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)[13].

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·

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

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

Stato nutrizionale ed eccesso ponderale (persone sovrappeso o obese)[14]**:** 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%)

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.

---

14 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 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 1: 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%)**.**[15]**.**

Le malattie cardio-cerebrovascolari rimangono uno dei più importanti problemi di salute pubblica perchè 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.

15 Profilo di salute della comunità ferrarese - Azienda Usl di Ferrara dicembre 2016

Focus 2: il consumo di farmaci nella popolazione ferrarese [dati 2017 – provvisorio]

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.[16]

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

	DDD totale per classi di età			DDD/ab die medio	DDD/ab. die per classi di età		
Distretto di erogazione	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

16 Rapporto OsMed – AIFA anno 2015.

DISTRETTO CENTRO NORD
DELLA PROVINCIA DI FERRARA

Comuni di Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Berra, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro, Tresigallo
Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
Azienda Servizi alla Persona e Azienda Speciale Servizi alla Persona

PIANO PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020

PIANO PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020
DISTRETTO CENTRO NORD FERRARA

Scelte Strategiche e Priorità
(*i 3 obbiettivi del PSSR e le Priorità specifiche del Distretto Centro Nord, distinte per Area Tematica)*

Capitolo IV

Gli OBIETTIVI STRATEGICI
su cui si articola la proposta di nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale

1. **Il primo è quello della lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà**. Facendo leva sulle risorse "tradizionali" che affrontino ancora le tante problematiche che abbiamo tutti i giorni, ma anche sui nuovi strumenti normativi messi in campo recentemente.

2. **Come secondo obiettivo viene confermato il Distretto quale snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione socio-sanitaria.**
Tutti i nodi della rete istituzionale e dei servizi devono fare sempre più perno sull'ambito distrettuale, proprio per realizzare adeguatezza gestionale, qualità ed integrazione dei diversi servizi [omogeneità di lettura dei problemi, per avere omogeneità gestionale].

3. **Il terzo obiettivo è quello di far nascere e sviluppare strumenti nuovi di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali**.
Si pensi ai percorsi di Community Lab, ai Progetti di Comunità relativi agli stili di vita, al Piano regionale della prevenzione.
A questi strumenti ormai unanimemente si riconosce un significativo valore in quanto favoriscono la responsabilizzazione delle persone, facendone emergere le risorse e spesso generano e attivano esperienze di associazionismo e volontariato.
Tutte queste esperienze si sono rivelate molto utili a comprendere bisogni rimasti inespressi, opportunità e risorse territoriali, a motivare gli operatori nello svolgimento del loro lavoro, a ideare soluzioni e avviare esperienze innovative.
Il nostro Distretto ha candidato alla Regione Emilia Romagna **2 percorsi sperimentali di programmazione locale** partecipata:
1 - "Fragilità e Conflittualità Familiare"
2 - "Vulnerabilità e fragilità come attivatori di risorse in un percorso di prossimità territoriale attorno e con le Case della Salute"
[ricordo la giornata del 31 maggio p.v., a Ponte-Barco…].

Seguendo e perseguendo questi obiettivi di carattere generale, in questi mesi abbiamo innanzitutto **costituito le 5 nuove AREE Trasversali** e lì abbiamo iniziato ad operare con Istituzioni, Terzo Settore e Volontariato, anche dettagliando le **SCHEDE di PROGETTO** che definiscono le azioni da prevedersi nell'arco di vigenza del Piano, con particolare attenzione agli aspetti di **integrazione e trasversalità** degli interventi sociali e sanitari, ma anche educativi, formativi, per il lavoro, per la casa, della scuola, della mobilità.

TEMATICHE COMUNI ALLE AREE, emerse negli incontri

- Sostegno al **caregiver** che impatta su una quantità di situazioni diverse, curare la formazione – potenziare la domiciliarità; per Anziani, disabili e famiglie in difficoltà con minori. Di solito i caregiver sono donne e quindi attenzione alla salute delle donne, alla conciliazione dei tempi di lavoro e dell'attività di cura;

- Curare **i Punti Informativi / Informazione per accesso ai servizi**; Informare con attenzione le aree periferiche anche con punti informali (centro anziani….). Creare punti di ascolto che possano fare da bussola verso il cittadino in difficoltà. (Le associazioni possono diventare il motore di questi sportelli, anche in collaborazione con le Case della Salute).

- **Valorizzare il territorio** utilizzando luoghi che possano diventare l'occasione per campagne informative, per la narrazione dello star bene, anche agevolando le reti presenti nel quartiere (scuola/parrocchia/centro anziani/comitato di quartiere/Medici Medicina Generale – di Gruppo).

- Valorizzare l'utilizzo di ambienti e spazi sia Istituzionali che privati per l'organizzazione di attività diverse dalla destinazione d'uso originaria dello spazio.

- **Integrazione socio-sanitaria**, anche nella progettazione dei percorsi/progetti di vita dei singoli.

- Rendere più semplice la fruibilità dei servizi dentro le Case della Salute.

- **Facilitare l'Accesso ai servizi**: una rete decentrata che valorizzi figure di riferimento locali per rilevare i bisogni, tracciare le fragilità, riconoscere le situazioni emergenziali prima che esplodano; ma anche la capacità di informare, veicolare messaggi, promuovere buone prassi, favorire la conoscenza dei servizi.

- **Superare la difficoltà di Accesso alle cure**, in particolare per quello che riguarda la possibilità di effettuare anche semplici esami di routine, da parte di alcune categorie con difficoltà fisica.

- Agire sulla **conflittualità e disagio dei ragazzi** (Interventi formativi e Peer education), Sostegno alla cura degli Adolescenti. Sviluppare percorsi per favorire la solidarietà nelle scuole sui temi della violenza in senso lato (di genere, tra pari, tra genitori e figli, tra genitori e insegnanti, tra insegnanti ed alunni). Nelle scuole manca una adeguata cultura delle pari opportunità: importante fare una riflessione ampia sulle differenze di genere anche nell'ambito dell'apprendimento.

- Pilastro per accompagnare verso l'autonomia le persone è il **LAVORO**.

- Attenzione alla **sostenibilità delle azioni proposte dalla comunità**: è necessario un coinvolgimento dei decisori già dai Tavoli di Area.

- **CASA**: ipotesi di "coabitazione accompagnata" (non assistita), favorendo una presenza più diversificata, possibile risorsa positiva.

- **PREVENZIONE**: creare una rete integrata fra tutti gli attori Istituzionali e Sociali coinvolti in interventi legati all'attività motoria (ma non solo).

- **COPROGETTAZIONE**: strumento fondamentale per realizzare molti degli interventi progettati.

AREA A
POLITICHE PER LA PROSSIMITA' E LA DOMICILIARITA'

1° Tavolo "CASA DELLA SALUTE E RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA"
(Facilitatori: Franco Romagnoni e Patrizio Fergnani)

Le PRIORITÀ individuate:
1 – Percorso sanitario come percorso unico per la persona (Formazione dei medici di base su patologie specifiche)
2 – Adeguare i servizi sanitari all'evoluzione dei bisogni
3 – Progetto di vita e di cura: potenziare l'integrazione dei servizi ospedalieri con quelli territoriali, dopo le dimissioni per fragilità temporanea
4 – Presa in carico e continuità assistenziale, Integrazione e territorialità
5 – Assistenza agli anziani soli (in situazioni di abbandono e lontano dai famigliari)
6 – Cultura della medicina di iniziativa (attivare "sentinelle", punti di riferimento volontari/esercizi commerciali all'interno del quartiere – aggancio: come comunicare ed interfacciarsi, presso le casa della salute, scuola, comune).
7 - Promuovere il Volontariato in una associazione come prerequisito per entrare nella facoltà di medicina.

Le ESPERIENZE POSITIVE segnalate:
1 – Coinvolgimento degli studenti di medicina in attività di volontariato (corso di canto e musicoterapia)
2 – Centrale unica di dimissioni
3 – Gruppo accoglienza e cabina di regia all'interno della casa della salute con all'interno anche il 3° settore
4 – Protocollo distribuzione farmaci per utenti del servizio di assistenza domiciliare
5 – Auto aiuto della comunità per frazioni periferiche in cui non ci sono servizi

2° Tavolo PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE E DOPO DI NOI
(Facilitatore Alessandro Venturini)

Le PRIORITA' e PROPOSTE segnalate:
- Continuità fra/dei servizi nella presa in carico delle persone disabili
- Avvio di realtà residenziali sperimentali e di piccole dimensioni
- Confermare e potenziare la collaborazione fra istituzioni pubbliche e terzo settore, ciascuno con propri ruoli e competenze, che si è sostanziato in questi anni soprattutto in alcune progettualità che sono diventate parte integrante e fondante dei servizi per le persone con disabilità.
  In questo ambito si segnala una positiva integrazione socio sanitaria.
  In particolare risultano importanti le esperienze che vanno a raccordare i servizi nei diversi ordini di età (**equipe di passaggio età adulta e** nascita dell'Unità operativa Disabili Adulti, **Progetto Ponte** – sia per quanto riguarda i percorsi socio occupazionali che il nuovo percorso socio riabilitativo attivato nell'Anno scolastico in corso), e nelle diverse fasce di intervento (disabilità/disagio/ **Extrascuola**: per l'inclusione dei bambini in condizione di disabilità e/o disagio sociale integrazione delle risorse sociali e sanitarie per le situazioni più complesse e gravi, e quindi maggiore possibilità di intervento con il Fondo Sociale per le situazioni di Disagio) tali esperienze devono essere rese disponibili per tutti.

- Necessità di trovare forme innovative di percorsi di **vita indipendente** per disabili giovani ed adulti, nella logica di una maggiore permeabilità fra pubblico e privato e nella ricerca di percorsi realmente individualizzati e "tarati" sulle capacità e le esigenze dei singoli. Viene confermata l'importanza di individuare degli strumenti attuativi per potere gestire i progetti come la **Coprogettazione**.
- Superare il modello di presa in carico da parte dei servizi di minori/adulti/anziani con disabilità in modo da dare maggiore continuità al progetto di vita della persona.

3° TAVOLO "Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale" (Facilitatore: Tommaso Gradi)

CARCERE

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.*
La casa circondariale di Ferrara è situata in Via Arginone, zona periferica della città
L'Istituto Penitenziario ha una popolazione[1] *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.*
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.

Le PRIORITA' individuate:

- Costituire un tavolo di regia per i dimittendi (coloro che sono in fine pena ed in prossimità di uscita)
- Tavolo tecnico di coordinamento Area Penale Adulti più allargato, che si riunisca frequentemente: la rete dei soggetti che svolgono attività (Istituzionali, terzo settore, volontariato) in carcere è frammentata e debole;
- Maggiori interventi per l'Esecuzione Penale Esterna (percorsi di inserimento lavorativo, formazione, accoglienza)
- Promuovere più iniziative e incontri tra carcere e comunità esterna/città;
- Rendere la formazione ed i laboratori più accessibile a tutti i detenuti;

Le BUONE PRASSI segnalate:

- Progetto Az.Usl Peer supporter (n.20 partecipanti); Percorsi di empowerment Az.Usl in carcere
- Progetto di Teatro Carcere
- Progetto Cittadini Sempre coordinato da Agire Sociale (15 nuovi volontari attivi coinvolti nelle diverse attività già in essere presso la CC di Ferrara)

[1] Dati 20 aprile 2018

AREA B
POLITICHE PER LA RIDUZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

1° Tavolo – SOSTEGNO AI PROCESSI DI CRESCITA
(Facilitatori: Tullio Monini e Sabina Tassinari)

1.Sostegno alla Genitorialità (dai bambini per le scuole di infanzia agli adolescenti), in particolare con i principali servizi coinvolti – il Centro per le Famiglie e il servizio Promeco.

- Avere una cura particolare per i *minori stranieri* – azioni con i tutori volontari e le comunità per i minori stranieri non accompagnati- e per le *famiglie con difficoltà sociali* e deprivazione informativa – strumenti di equità come paradigma che guida le azioni es. "Community Center" e figure di accompagnamento per facilitare la rete.
- Tutela dei minori in situazione di rischio sociale:È necessario avere contesti competenti e sensibili soprattutto nei casi di allontanamento dalla famiglia e contenitori adeguati per le situazioni di emergenza.
- Azioni a supporto delle famiglie adottive e affidatarie, famiglie che affrontano malattie oncologiche – Ass.ne Giulia e Ospedale per bambini Centro per le famiglie;
- Revisione del Metodo adottato: dalle Consulenze individuali alle facilitazioni dei gruppi di genitori.

2.Formazione Docenti, genitori, educatori e operatori socio sanitari (rinforzare procedure e protocolli), **Continuità interventi educativi** (metodo di conoscenze delle storie, interventi individualizzati e centri pomeridiani)

Riflessione sulle maggiori criticità:

- **Alternanza scuola lavoro** dovrebbe sviluppare competenze trasversali e proposta di attività di volontariato per gli studenti che vengono sospesi da scuola;
- Interventi per i giovani con fragilità, ampliando anche la realtà delle associazioni accoglienti;
- Il fenomeno del **bullismo** non si può affrontare solo con un approccio punitivo o penalistico: entrare nel merito della sofferenza delle vittime e anche dei bulli (proprio in quanto tali esprimono un disagio). Opportuno fare una ricerca per sviscerare il fenomeno altrimenti è molto difficile fare interventi efficaci di prevenzione.
- Nel territorio sono tanti i progetti che si portano avanti ma spesso mancano di una valutazione dei risultati.
- È fondamentale contaminarsi il più possibile tra servizi di I e II livello, come è avvenuto con la rete dei servizi sociosanitari per adolescenti in situazione di esordio psicotico e disagio conclamato.
- È aumentato **l'abbandono scolastico** sul quale è necessario intervenire a livello preventivo, Difficoltà nel reperire dati aggiornati sulla dispersione scolastica
- Gli insegnanti spesso non sono nelle condizioni di cogliere le esigenze che vengono dai ragazzi che hanno un bisogno profondo di parlare di loro stessi e delle loro difficoltà.

Elementi di positività riscontrati:

- riguarda la generazione attuale di adolescenti che sembra essere molto più consapevole della visione del futuro – l'impegno è quello di creare sempre più iniziative dedicate ai giovani.

2° Tavolo - PROMOZIONE E SALUTE
(Facilitatore: Patrizio Fergnani)

Le PRIORITA' individuate:
1 – Rete per **l'attività motoria adattiva**
2 – **Contrasto e Prevenzione del gioco d'azzardo** patologico
3 – Prevenzione della salute sia per le donne che si prostituiscono, che per i clienti.
4- Richiesta di investimento da parte della Regione Emilia Romagna per permettere gli esami clinici di prevenzioni per pazienti disabili, obesi e anziani non autosufficienti.
5- Percorso di presa in carico "tracciato", definire i percorsi di interventi guidati, chiari, catalizzando gli interventi in accesso e sostegno presso la Casa della Salute:

Le CRITICITA' riscontrate: La residenza come criterio di accesso ;

Le BUONE PRASSI "socializzate" nel gruppo:

- Prevenzione delle cadute nei soggetti fragili (Progetto OTAGO) all'interno della casa della salute
- Coprogettazione: è stata pensata per realtà del 3° settore.

PROGETTUALITA' PROPOSTA: Sollievo e aiuto al caregiver:costruire un cabina di regia per arrivare a costruire una guida ai servizi per il caregiver (nella sua globalità) che parta dalle associazioni: mettere a sistema le molte iniziative offerte da una pluralità di attori, definire servizi concreti di sostegno (individuazione assistente familiare, sostituzione assistente familiare, sostegno economico o servizi per la cura ed assistenza domiciliare) o più indiretti (formazione on-the-job dell'assistente familiare, formazione del caregiver, ausili tecnologici per monitoraggio e comunicazione, gruppi di auto-aiuto).

3° Tavolo - EQUITÀ E RIDUZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE
(Facilitatori: Paola Castagnotto, Tommaso Gradi)

Le PRIORITA' individuate:

- Non è immediato il concetto di equità nei servizi, deve cambiare la cultura della presa in carico, gli operatori devono saper leggere le specificità dei bisogni e la mutevolezza delle **nuove fragilità e vulnerabilità**: occorre agire sulle aree grigie del disagio e del rischio ed evitare la cristallizzazione dei target e percorsi di accompagnamento in logiche di staticità/assistenzialismo. Analoga condivisione per la **Salute Mentale**, crescono le persone con problematiche di depressione/salute mentale difficilmente inquadrabili nelle definizioni dei protocolli.
- **Contrasto alla violenza di genere**: prevenzione, informazione, lavorare sulle fragilità che possono divenire problematiche e trasformarsi in violenza; occorre valorizzare e fare emergere il lavoro con gli uomini come risorse imprescindibile: cambiare è possibile.

Strumenti individuati:

- Le politiche per l'equità devono essere considerate di supporto e fondamento a tutte le azioni interne ai servizi, approccio comune nell'ambito dei progetti socio sanitari ed educativi.
- Recuperare la confusione epistemologica sulla medicina di genere: scarsa alfabetizzazione sulle differenze tra uomo e donna riguardo alla salute e alla malattia
- Per le aziende pubbliche obbligo di applicare politiche di equità nella gestione del personale.

Giovani

- Avviare e stimolare percorsi per favorire l'alleanza e solidarietà tra generazioni (es. posti letto per studenti da anziani, anche nell'ambito dell'alternanza scuola lavoro, sostegno all'associazionismo giovanile, investire su formazioni innovative).
- Promuovere nell'ambito del Piano Socio Sanitario un OST – open space technology – per dare voce ai Giovani: collaborazione trasversale tra servizi e terzo settore.

Stranieri e neo arrivati e Minori Stranieri non accompagnati:

- In questo periodo storico è difficile e "scomodo" avviare progetti innovativi e sostegno alle persone straniere, ma è ritenuta una priorità assoluta.

Parola chiave: "Tornare a Gorino".

- A conclusione dei percorsi di accoglienza in emergenza delle persone richiedenti protezione internazionale, spesso le persone beneficiarie rimangono sole e senza sostegno.

Carenze e Temi non trattati: Non vi è un collegamento stabile tra le Istituzioni e le associazioni che metta in rete i progetti sull'Asilo/lotta alla tratta e Protezione Internazionale.

AREA C
POLITICHE PER PROMUOVERE L'AUTONOMIA DELLE PERSONE

1° Tavolo MARGINALITA' ED ESCLUSIONE SOCIALE
(Facilitatori: Tommaso Gradi e Annalisa Bignardi)

Le PRIORITA' individuate:
1 – Interventi e progettualità innovative a favore delle categorie di persone non inquadrabili nei percorsi istituzionali (L. 68, L. 14/2015, RES e SIA). Tali strumenti infatti sono ritenuti efficaci ma danno risposte ad una minoranza delle persone in stato di bisogno, sono considerati strumenti troppo restrittivi, una grande fetta di persone vulnerabili "invisibili"[2] di fatto è tagliata fuori dalle risposte attualmente fornite dai Servizi.
2 – Investire risorse per creare **strutture di accoglienza a bassa soglia**, capaci di comprendere diverse tipologie di utenza (Dipendenze, senza fissa dimora, studenti e giovani precari, immigrati, donne e uomini separati in difficoltà economiche, donne vittime di violenza).

Proposta unica condivisa dal tavolo:
La parola chiave condivisa è "Andare oltre i target[3]", si riflette sull'opportunità di collegare insieme in momenti laboratoriali le categorie "note" ai servizi" con le nuove vulnerabilità. Per fare ciò è indispensabile superare la targetizzazione istituzionale dei servizi, attraverso lo sviluppo di uno spazio di riflessione/formazione ed integrazione per operatori delle istituzioni e del privato sociale (linguaggio condiviso, buone prassi, scambio di competenze), promuovere lo "scambio di competenze/officina dei saperi", che siano generativi di risorse, per favorire l'emersione delle qualità positive delle persone, aperti in modalità trasversale a categorie diverse di persone (dalla marginalità sociale all'accoglienza, ai centro per le famiglie, ai volontari ed operatori del terzo settore, cittadinanza attiva ecc..).
Obiettivo*:* attraverso un percorso laboratoriale/formativo avviare uno studio di fattibilità per la possibile costituzione di una **Cooperativa di Comunità di Servizi** ove protagonisti sono i beneficiari/utenti coinvolti.

2° Tavolo CASA
(Facilitatori Patrizio Fergnani e Alessandra Genesini)

Il CONTESTO in cui ci troviamo:
1 – Nuove povertà, la lista d'attesa per la casa è numerosa, Aumenta il numero degli sfratti.
2 – I giovani non riescono a rendersi autonomi e non riescono ad accedere alla casa.
3 – Problema della casa per gli anziani fragili e non autosufficienti.
4 – Torna la paura (immigrato) e si è perso il contatto con il vicinato.

COSA si sta facendo:
1 – Il dipartimento di psichiatria (AUSL) sta facendo una formazione specifica ai suoi operatori per l'abitare assistito rivolto a pazienti psichiatrici.

---

[2] Ceto medio impoverito, povertà di reti familiari e sociali, impoverimento per eventi naturali, giovani che vivono la dimensione della precarietà lavorativa: tutti gruppi di persone in difficoltà/vergogna rispetto alla formulazione di aiuto,: Gino Mazzoli in *Animazione Sociale* "Articolare la partecipazione in tempi di esodo dalla cittadinanza".
[3] Il target, termine di origine aziendale mira al congelamento e alla cristallizzazione dei gruppi sociali esistenti. La targetizzazione porta alla segmentazione, alla creazione di mondi separati non più comunicanti, Il target è nemico dell'emancipazione, poiché mira a mantenere l'individuo nella posizione che occupa e nella psicologia che lo governa, Il target, che teoricamente differenzia rispetto alla generalità, è anche il rifiuto e l'esclusione dell'inclassificabile e del trasversale. Rif. *Remo Bassetti "Contro il Target" 2008.*

2 – Esiste la figura dei controllori di vicinato (persone formate che sono orientate verso l'aspetto della sicurezza e contro il degrado).
3 – Esiste la figura dell'agente accertatore di ACER, – Portierato sociale (Barco) riceve i residenti per le problematiche legate la disagio sociale, anziani soli
4 – Progetto specifico per i padri separati (mai da soli).

Le PRIORITA' individuate:
1 – Bisogno abitativo,
2 – Carenza di alloggi popolari (quantità e difficoltà nella gestione del turn-over)
3 – Abitare assistito (per persone con fragilità non autosufficienza e disabilità),
3 – Sostegno nuove povertà (canoni calmierati).
4 – Rigenerazione urbana e mediazione sociale contro i conflitti, recupero della dimensione di comunità.
Vedere nei territori momenti in cui la relazione, l'aggregazione diventi importante. Creare le relazioni di buon vicinato e portarle a costruire punto per punto un'esperienza partecipata.
Pensare una figura locale nel territorio che svolga il ruolo di sentinella, fare un percorso specifico di formazione.
5 – Gestione razionale del patrimonio immobiliare (sia pubblico che privato)
6 – Formazione specifica del personale per gestire le problematiche del cohousing.
7 – Mancano alloggi di grandi dimensioni e si hanno risorse scarse per la loro sistemazione e manutenzione.
8 – Coinvolgimento dell'università per cercare di risolvere il disagio abitativo degli studenti.
9 – Ripensare al patrimonio pubblico e come riutilizzarlo, per favorire luoghi di aggregazione. (es. progetti innovativi dell'Urban Center e destinazione delle canoniche in disuso).

Cosa manca:
1 – Risorse per le manutenzioni,
2 – Maggiore comunicazione tra servizi e cittadini,
3 – Sostegno alla locazione e alle spese condominiali (economico),
4 – Formazione del personale,
5 – Turn over nelle case popolari.

Progettualità richiesta: Progetto legato al lavoro: alloggi vuoti da ristrutturare, promuovendo l'autorecupero da parte dei cittadini.

3° Tavolo LAVORO
(Facilitatori: Norma Bellini, Federica Rolli)

Le PRIORITA' individuate:
1- L'occupabilità intesa come opportunità di passare dal tirocinio ad un lavoro
2- La capacità di creare ed avere lavoro BUONO
3- La predisposizione di un progetto individuale coerente sia con le esigenze del singolo che con il Mercato del lavoro.
4- Il disporre di risorse, fondi, incentivi che facilitino assunzioni

Le buone prassi "socializzate nel gruppo:
- Integrazione dei servizi (sociale, lavoro, sanità)
- La modalità operativa di redigere progetti individualizzati e la collaborazione e presenza di Cooperative sociali
- L.R. 14/2015; IPS esperienza specifica della salute mentale

- Tutoraggio (come "sostegno"= strumento per sostenere gli inserimenti lavorativi)
- Alternanza scuola lavoro[4]

Cosa manca:

- Orientamento e integrazione tra formazione e lavoro
- Poche imprese sia numericamente che qualitativamente
- Difficoltà delle Cooperative di Tipo B di innovazione progettuale e di collegamento con il mercato del lavoro
- Investimenti/Incentivi
- Scarsa trasversalità e diffusività delle informazioni

Cosa manca alla progettualità?

i. Attivazione di molti tavoli non integrati, non sempre c'è congruenza negli invitati
ii. Dispersione di informazione
iii. Scarso contatto con gli imprenditori, commercianti, artigiani

Progettiamo, le Premesse:

- avere una rappresentanza sociale nei tavoli nei quali si parla di lavoro o welfare sociale/responsabilità sociale;
- introdurre in modo sistematico la diffusione e valorizzazione degli strumenti di valutazione dell'efficacia dei tirocini che evidenziano il risparmio per l'amministrazione pubblica
- avere contatti strutturati con le rappresentanze degli imprenditori, commercianti e artigiani, stratificare le aziende del territorio, tramite le associazioni datoriali, al fine di identificare spazi di collaborazione
- definire con gli attori sociali una strategia di interazione e promozione del lavoro e scouting delle aziende
- strutturare un monitoraggio integrato dei dati presentati nei vari tavoli al fine di favorire una circolarità delle informazioni
- obiettivo generale: incrementare il Lavoro Buono per i soggetti fragili.

Con che modalità:

I azione di sistema = strutturare stabilmente un luogo di confronto e sintesi dei vari tavoli di discussione e programmazione attivi sul territorio

II azione = sperimentazione sul territorio del Distretto Centro Nord del sistema di Valutazione Valoris su un campione selezionato di utenza (LR 14/15, RES/REI).

Va ricordato che si sta anche procedendo alla definizione di **SCHEDE SOVRADISTRETTUALI** con gli altri Distretti della Provincia di Ferrara (Sud- Est e Ovest) per quanto riguarda alcune tematiche su cui le linee di azione sono comuni:

- Adolescenti
- Tutela dei Diritti dei Minori
- Centro Adattamento Domestico
- Violenza di Genere
- Carcere
- CSII.

Nel Piano Sociale e Sanitario di ogni Distretto saranno previste:

- una parte comune, con le linee definite assieme
- le azioni che ogni territorio intende attuare.

[4]La legge di Bilancio ha inoltre previsto uno **sgravio contributivo del 100%**, anziché 50%, **per le aziende che assumono** giovani che abbiano svolto l'alternanza scuola-lavoro o l'apprendistato formativo presso le loro aziende.

Case della salute e Medicina di iniziativa

Approvato

Riferimento scheda regionale

1 Case della salute e Medicina d'iniziativa

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Az.Usl di Ferrara , con Comuni o Unioni dei Comuni, ASP Ferrara e ASSP Terre e Fiumi**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**Sì**
Aree	**A;**

Razionale	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, caregiver, 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,

	indice di vecchiaia superiore alla media RER in tutto il il distretto Centro Nord, con conseguente impatto sulla dipendenza funzionale della popolazione, poli-farmacoterapia riferibile a presenza significativa di poli-patologia cronica.
Descrizione	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. 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). Con la 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. 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. Nel Distretto Centro Nord sono attive 3 case della salute: Cittadella S. Rocco a Ferrara, Casa della Salute di Pontelagoscuro – Ferrara, Casa della Salute Terre e Fiumi di Copparo. Nel corso del 2017 sono state completate 3 fasi di ristrutturazione che hanno permesso l'avvio di importanti attività assistenziali. Si tratta di: nuovo polo odontoiatrico, attività ambulatoriale del Servizio di neuropsichiatria infantile (UONPIA), servizio di continuità assistenziale (cd. Guardia medica), attività ambulatoriali e di DH del servizio di riabilitazione (ex struttura "San Giorgio"). E' ancora in corso di completamento la ristrutturazione volta ad ospitare attività integrate (UNI-OSP-AUSL) di psiconcologia. Nel 2017 è stato inoltre implementato il Segretariato socio-sanitario in integrazione con l'Agenzia di Servizi alla Persona ed il Centro Servizi Integrato per Immigrati.
Destinatari	Tutti i cittadini afferenti alle case della salute
Azioni previste	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 Centro-Nord:

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

Cds S.Rocco e Terre e Fiumi

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.

- Applicazione Modello RISKER (medicina di iniziativa con pazienti ad alto rischio di fragilità) CDS TERRE E FIUMI

Sulla base della stratificazione fornita dalla RER, si individuano pazienti ad altissimo rischio ed ad alto rischio della popolazione di cronici residenti. Questi soggetti hanno nella quasi totalità comorbilità per le patologie croniche per cui sono mal applicabili i PDTA sopradescritti.

Tale modalità organizzativa prevede:

- Individuazione del PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE per ogni paziente concordato tra medico di Medicina Generale, Medico Specialista, Assistente Sociale e infermiere dell'Ambulatorio della Cronicità secondo il modello della medicina di iniziativa.

- INTERVENTI RIVOLTI ALLA COMUNITA'

Per identificare i bisogni delle persone nella loro complessità ed orientare con maggiore efficacia pazienti e caregiver verso la risposta più appropriata, si sta strutturando una rete di punti di accoglienza e "sportelli " per la valutazione del bisogno sanitario e sociale con l'obiettivo di favorire sia la divulgazione all'utenza delle informazioni appropriate sui percorsi di accesso alle prestazioni e servizi erogati dalla Casa della Salute, sia una modalità di accompagnamento dell'utenza , sempre meno "rimpallata" da un servizio all'altro, sia una capacità di lettura di bisogni complessi non sempre corrispondenti alla domanda diretta posta dall'utente. La cultura dell'accoglienza deve anche sviluppare una capacità professionale di ascolto e di intuizione più attenta dello stato di disagio o malessere che l'utente vive anche senza riuscire a tradurlo in una domanda diretta di prestazione.

L'area dell'Accoglienza è costituita da

- un area di analisi della domanda al bisogno di salute dell'utente, seguita dalla presa in carico e dall'inserimento nel percorso di cura adeguato. I professionisti dell'accoglienza sono infermieri formati per accogliere valutare e decodificare il bisogno, individuare le risposte più adeguate alle problematiche per tradurle in risposte appropriate all'interno dei servizi sanitari e sociali della casa della salute

- un punto informativo, gestito dal personale del volontariato adeguatamente formato, al quale l'utente accede per informazioni di carattere generale o per informazioni inerenti la disponibilità e la logistica dei servizi sanitari socio sanitari e assistenziali allocati all'interno alla Casa della Salute o in alte strutture.

- un area "sportello sociale", dove l'assistente sociale può svolgere un primo segretariato sociale per l'invio successivo ai servizi sociali deputati alla presa in carico, oppure come nel caso dello sportello sociale della casa della salute di Comacchio, prendere anche in carico le

	richieste di sostegno economico, attualmente assunte dal Comune. Gli sportelli sociali all'interno delle case della salute devono comunque sempre essere parte di una rete che includa anche le Aziende Servizi alla persona per una continuità tra individuazione del bisogno/disagio e la presa in carico professionale Per il distretto Centro-Nord: - Realizzazione e consolidamento del Segretariato Sociale Adulti e Anziani ASP presso la Casa della Salute Cittadella S.Rocco - Realizzazione Spazio Minori e Adolescenti presso la Casa della Salute Terre e Fiumi -PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE Casa della Salute Cittadella S.Rocco e Terre e Fiumi. - Attuazione di interventi di prevenzione per identificare la popolazione a rischio di sviluppo della patologia cardio-vascolare attraverso l' applicazione della Carta del rischio cardio-circolatorio - Realizzazione di Gruppi di Cammino e iniziative di prevenzione e promozione della salute e del benessere, in collaborazione con i diversi attori della comunità. -Realizzare interventi di sostegno all'allatamento e alla genitorialità. -Realizzazione con la casa della salute Terre e Fiumi di cicli di incontro ispirati al "bene della comunità", attraverso iniziative culturali aperte alla cittadinanza - realizzazione di "storie di persone e di servizi" in occasione del settembre copparese per una conoscenza dei servizi attraverso una comunicazione a dimensione di "comunità" - adesione di professionisti delle due case della salute al percorso sovra distrettuale di Community Lab sulle conflittualità familiari. BENESSERE RIPRODUTTIVO, CURE PERINATALI Favorire l'accesso ai Consultori Familiari degli adolescenti e giovani adulti 1) Apertura dello Spazio Giovani PIU', uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti (20-34 anni) ad accesso facilitato in una sede distrettuale (Centro Nord) per offrire l'attività di consulenza sulle aree tematiche individuate per la preservazione della fertilità, attraverso un team multiprofessionale (ostetrica, psicologa, nutrizionista). Educazione ai corretti stili di vita rivolta alle giovani coppie: - Accoglienza,consulenze ginecologiche, urologiche, psicologiche e nutrizionali - Percorsi di invio con la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri 2) Attivazione di percorsi clinici per adolescenti in condizioni di disagio psicologico e sociale - Progetto integrato Sert - Spazio Giovani in casi di abuso di sostanze (14-24aa) - Ottimizzare la rete dei SERVIZI sociosanitari e incrementare il coinvolgimento delle Istituzioni scolastiche e del Terzo Settore 3) Consolidare gli interventi di educazione alla salute affettiva e sessuale realizzati dagli Spazi giovani rivolti alla popolaz. target (scuole medie di primo e di sec. grado e nel contesto extra-scolastico). - Attivazione di Progetti di PEER EDUCATION in collaborazione con Agenzie educative. Presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell'ostetrica L'assistenza alla gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica si svolge internamente al contesto del lavoro di équipe in un modello organizzativo che garantisca la collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte nella nascita e in cui sono definiti i ruoli assunti da parte di ogni professionista dell'equipe stessa. A garanzia della pluridisciplinarietà dell'equipe sono definite le modalità organizzative per l'accesso alle prestazioni programmate ed in particolare alle consulenze del ginecologo, programmando nelle medesime giornate la presenza nel consultorio dell'ostetrica e del ginecologo. B) ACCOGLIENZA L'area dell'Accoglienza è costituita da: - un area di analisi della domanda al bisogno di salute dell'utente, seguita dalla presa in carico e dall'inserimento nel percorso di cura adeguato. I professionisti dell'accoglienza sono infermieri formati per accogliere valutare e decodificare il bisogno, individuare le risposte più adeguate alle problematiche per tradurle in risposte appropriate all'interno dei servizi sanitari e sociali della casa della salute - un punto informativo, gestito dal personale del volontariato adeguatamente formato, al quale l'utente accede per informazioni di carattere generale o per informazioni inerenti la

	disponibilità e la logistica dei servizi sanitari socio sanitari e assistenziali allocati all'interno alla Casa della Salute o in alte strutture. L' Accoglienza e l'Accesso ai Servizi Sanitari (AASS) ha il compito di favorire la divulgazione all'utenza delle informazioni inerenti i percorsi di accesso alle prestazioni e servizi erogati dalla Casa della Salute. - un punto URP (Ufficio relazioni con il Pubbico) al quale l'utenza si rivolge per richiedere informazioni ed essere orientati sui servizi presenti nell'ASL sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni e su tutto quanto necessario a garantire la tutela dei diritti riconosciuti ai cittadini. Presso L'URP il cittadino può presentare reclami suggerimenti segnalazioni; i referenti urp provvedono a dare immediata risposta al cittadino per le segnalazioni presentate. - un area "sportello sociale", dove l'assistente sociale valuta la possibilità di reinserimento sociale di tutti coloro che vivono situazioni temporanee di disagio sociale, utilizzando le opportunità presenti nel territorio. Si individuano le problematiche di queste persone per tentare, anche attraverso opportunità esterne, di risolvere i loro disagi. C) PROGRAMMA FORMATIVO REGIONALE Casa della Salute S.Rocco Dal prossimo mese di giugno 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. 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; Adesione ai progetti ICT delle aree disagiate (rif. scheda 35)
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Piano Regionale di Prevenzione, Progetto di sviluppo aree disagiate Rif.to a Scheda 35
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni, ASP, ASSP, Associazioni di volontariato e rappresentanti delle comunità
Referenti dell'intervento	Dr Renato Cardelli, Direttore del Distretto Centro Nord Azienda Usl di Ferrara. mail: dd.ferrara@ausl.fe.it Dr. Sandro Guerra, Direttore Dipartimento Cure Primarie Azienda Usl di Ferrara. mail:

	dcp.segreteria@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 63.000,00**

- FRNA: **20.000,00 €**
- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC…): **43.000,00 €**

Indicatori locali:0

Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Approvato

Riferimento scheda regionale

2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**Altro**
Specifica soggetto capofila	**Azienda Usl e Az.Ospedaliera di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**A;**

Razionale	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. Più recentemente, indicazioni nazionali (L. 135/2012 e DM 70/2015) e regionali (DGR 2040/2015, DGR 463/2016) volte ad introdurre elementi di innovazione e modernizzazione del sistema relativamente ai servizi offerti, alle forme della produzione dei servizi ed alle modalità della loro offerta ai cittadini, con criteri di Governo Clinico per assicurare appropriatezza ed efficacia delle prestazioni rispetto alle necessità cliniche e assistenziali dei malati, nonché sicurezza degli ambienti e delle prestazioni per gli utenti e i lavoratori hanno indotto le azienda sanitarie a ripensarsi e riprogrammarsi complessivamente. 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, multimorbidità), 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	La descrizione degli interventi posti in atto congiuntamente dalle due aziende sanitarie ferraresi per la riorganizzazione della rete ospedaliera e l'impegno dell'Azienda USL per la rete territoriale integrata si possono riassumere sinteticamente -> nella definizione e nel perseguimento delle attività volte alla riorganizzazione della rete ospedaliera, secondo gli standard nazionali previsti dalla Legge 135/2012 e dal DM 70/2015 oltre che dai contenuti della specifica delibera regionale, la DGR 2040/2015, in merito al fabbisogno di posti letto, alla creazioni di reti e ai volumi minimi di produzione -> nell'attivazione della centrale di dimissione e continuità assistenziale. 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 per assicurare continuità assistenziale La riorganizzazione di una singola struttura ospedaliera è insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un 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. Al riguardo risulta necessario accelerare le azioni di integrazione tra i diversi livelli di assistenza territoriale ed ospedaliera e tra i livelli di assistenza ospedaliera, così come le innovazioni organizzative di processo pertinenti all'ambito ospedaliero (ospedale per intensità di cure, metodiche lean e condivisione dei posti letto tra più unità operative, attivazione di piattaforme logistiche , ecc.). Per quanto riguarda il primo aspetto, 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 (Allegato 1). 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)" (Allegato 2), 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. Come da progetto, le funzioni afferiscono alla Direzione del Distretto, quale garante della continuità dell'assistenza prima e dopo il ricovero. I valori di riferimento per lo sviluppo della CDCA sono, la visione centrata sul paziente, la maggior appropriatezza possibile del setting assistenziale, l'orientamento dell'organizzazione dei percorsi di cura nella logica per intensità di cura, la massima integrazione degli interventi a garanzia della continuità e la gestione equa e trasparente dei percorsi. L'obiettivo primario é stato quello di individuare un modello unico di governo del processo di dimissione inteso come passaggio ORGANIZZATO del paziente nei diversi settings di cura all'interno della Provincia. L'analisi dei primi dati di attività evidenzia significativi elementi di miglioramento in alcune aree: riduzione dei tempi di attesa per le valutazioni e per la dimissione/ rientro a domicilio, abolizione del ricorso a commissioni multiple, efficientamento dell'utilizzo dei posti delle strutture intermedie territoriali.

	Nel corso del 2017 è stato iniziato il percorso di informatizzazione del sistema CDCA, con l'obiettivo di costruire un unico sistema informativo (GARSIA) che fungerà da interfaccia tra la CDCA e gli altri servizi che agiscono in integrazione: ADI, servizi sociali territoriali, UUOO ospedaliere, UVG territoriali .
Destinatari	Pazienti del Servizio Sanitario Regionale
Azioni previste	RETE OSPEDALIERA: La rete ospedaliera pubblica di Ferrara è costituita da 4 ospedali: l'ospedale Sant'Anna contiene risorse di ricovero di base che sono di riferimento per la popolazione del relativo distretto, oltre che funzioni specialistiche hub sia per il territorio ferrarese che, in alcuni casi, per l'Area Vasta Centro o per il livello regionale. Inoltre, l'Ospedale Sant'Anna è la sede clinica della Scuola di Medicina dell'Università di Ferrara, traendo dal ruolo di azienda ospedaliero-universitaria la struttura per lo sviluppo e la diffusione della cultura professionale che rinforza e informa il ruolo di hub e garantendo, attraverso di essa, il supporto alla formazione permanente e al consolidamento di pratiche di assistenza di qualità all'intero sistema sanitario ferrarese. Come indicato nell'Accordo quadro approvato dalle due Direzioni Generali delle Aziende di Ferrara, dopo la presentazione alla CTSS del 27 luglio 2015, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, con riferimento alla sua specifica missione e per le relazioni che deve intrattenere con l'assistenza gestita dall'Azienda U.S.L., assume la Direzione operativa dell'intera assistenza ospedaliera del ferrarese, inclusa quella assicurata dai presidi ospedalieri dell'Azienda U.S.L.. L'Azienda U.S.L. assicura la direzione strategica e operativa dell'assistenza territoriale. La 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. La funzione di coordinamento e di committenza vengono invece assicurate dall'Azienda U.S.L., che la coordina con la committenza alle strutture private, mentre la produzione ed i passaggi nei percorsi assistenziali, vengono affidati ai dipartimenti di produzione, in modo che siano presidiate le interfacce, punto cruciale della gestione del processo assistenziale, in cui malfunzionamenti e difficoltà di collegamenti facilmente alimentano la mobilità passiva, oltre che delegittimare il sistema sanitario ferrarese nel suo complesso. L'articolazione dipartimentale che è stata attuata a partire dall'1 gennaio 2018 riconduce a 9 complessivi dipartimenti gli 8 dipartimenti dell'azienda ospedaliero-universitaria e i 7 dipartimenti dell'Azienda U.S.L.. I principi su cui si basa sono: - minimizzare le modificazioni legate alle aggregazioni dipartimentali, limitandole a quelle ritenute indispensabili in sede di Collegio di Direzione unificato, - favorire l'aggregazione all'interno delle stesso dipartimento delle specialità che vedono rappresentate più unità operative nel territorio ferrarese, - favorire, in relazione anche alle tendenze nazionali e regionali, le aggregazioni dipartimentali di organo/apparato, - favorire la piena applicazione dei PDTA e la presa in carico unitaria dei residenti

nella provincia di Ferrara,
 condividere le risorse professionali e strumentali,
 responsabilizzare i dipartimenti ospedalieri sulla produzione specialistica ambulatoriale con integrazione dei professionisti, indipendentemente dal contratto applicato,
 garantire l'integrazione dell'assistenza ospedaliera con le diverse attività territoriali in un'ottica unitaria, finalizzata alla presa in carico globale dei residenti nel territorio ferrarese.

Le missioni individuate per ciascun dipartimento sono sinteticamente le seguenti:

Emergenza

Garantire l'assistenza di Pronto Soccorso e di Emergenza-Urgenza per tutto il territorio ferrarese sia per le linee di servizio assicurate dalle unità operative comprese nel dipartimento, sia per quelle garantite da altre UU.OO. attraverso collegamenti funzionali con i relativi dipartimenti.

Garantire il supporto specialistico necessario alle politiche territoriali di gestione della cronicità per le patologie cardiovascolari e pneumologiche.

Garantire l'integrazione dell'assistenza ospedaliera con la più generale assistenza territoriale attraverso la tempestiva consulenza quando necessario e attraverso l'uso di strumenti professionali di consenso e indirizzo delle attività specialistiche favorendo un processo decisionale partecipato e informato da valutazioni di qualità dell'assistenza condivise con le rappresentanze dei pazienti.

Oncologico/medicospecialistico

Garantire l'assistenza ospedaliera alle patologie oncologiche nell'ambito di una finalizzazione di tutti i servizi sanitari delle due aziende, indipendentemente dalle diverse appartenenze dipartimentali, a un Comprehensive Cancer Network che assicuri lo sviluppo di programmi preventivi, curativi e di supporto globale alla malattia oncologica.

Fornire ai dipartimenti che concorrono all'assistenza oncologica strumenti di valutazione e monitoraggio delle attività con particolare riguardo alle interfacce operative.

Fornire l'assistenza ospedaliera di competenza alle patologie appropriatamente trattate nelle UU.OO. Specialistiche comprese nel dipartimento in un'ottica di supporto e completamento delle linee di servizio garantite dal dipartimento medico.

Garantire il coordinamento, l'indirizzo, la valutazione e la gestione operativa delle linee di servizio specialistiche comprese nel Dipartimento Oncologico/medico specialistico in un'ottica unitaria integrando le attività ambulatoriali territoriali con l'assistenza di ricovero con particolare riguardo a Oncologia, Ematologia, Diabetologia, Nefrologia.

Medico

Garantire i percorsi organizzativo-gestionali per i ricoveri proposti dai Servizi di Emergenza/Pronto Soccorso provinciali per patologie acute o croniche riacutizzate, attraverso percorsi diagnostico-terapeutico orientato a criteri di efficienza ed efficacia.

Garantire i percorsi diagnostici e terapeutici dei pazienti complessi, polipatologici, fragili, attraverso i moduli organizzativi più adatti ai diversi momenti della storia clinica delpaziente.

Garantire la fase ospedaliera dell'assistenza alle malattie croniche e cronico-degenerative in stretto collegamento con le fasi pre-e post-ospedaliera.

Garantire il supporto specialistico per l'assistenza ai diabetici in collegamento con l'UO di Diabetologia del Dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL e la funzione di endocrinologia compresa nel dipartimento oncologico.

Orientare le risorse diagnostiche e di supporto specialistico alla stessa finalizzazione.

Garantire il supporto specialistico per l'assistenza ai pazienti che necessitano di terapie riabilitative, in collegamento funzionale con il Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione. Tale supporto è finalizzato ad un miglioramento del governo e della gestione

	delle risorse professionali di medicina riabilitativa, con la finalità di garantire l'unitarietà delle politiche riabilitative e di indirizzo delle diverse competenze professionali, indipendentemente dal setting assistenziale – ospedaliero, territoriale o domiciliare – in cui detta assistenza viene e deve essere garantita. Garantire il supporto specialistico infettivologico necessario alle politiche di gestione del rischio infettivo nelle strutture sanitarie, residenziali e nell'ambiente di vita normale, in particolare riferito alla antimicrobial stewardship finalizzata alla promozione del buon uso degli antibiotici e all'abbattimento delle resistenze ai farmaci, così come previsto dalla DGR 318/2013. Contribuire ai programmi di prevenzione secondaria oncologica per quanto riguarda il cancro del colon; garantire l'assistenza gastroenterologica in collegamento con i servizi medici e chirurgici di area vasta. Dipartimento di neuroscienze/neuro riabilitazione Garantire l'assistenza ospedaliera alle patologie tempo-dipendenti di competenza secondo l'articolazione prevista a livello regionale per lo stroke e per i traumi, in collegamento con la funzione specifica del dipartimento di radiologia. Garantire l'assistenza ospedaliera alle patologie neurologiche non emergenti secondo le linee che caratterizzano originalmente la nostra struttura in accordo con i servizi di area vasta e in collegamento con il dipartimento di radiologia. Garantire la funzione hub regionale per le gravi cerebrolesioni, e fornire il coordinamento per le attività riabilitative comprese nel dipartimento medico. Garantire il collegamento funzionale con il Dipartimento Medico affinchè il coordinamento dei moduli di medicina riabilitativa possa evolvere in governo e gestione delle risorse professionali di medicina riabilitativa, con la finalità di garantire l'unitarietà delle politiche riabilitative e di indirizzo delle diverse competenze professionali, indipendentemente dal setting assistenziale – ospedaliero, territoriale o domiciliare – in cui detta assistenza viene e deve essere garantita. Garantire il consolidamento e lo sviluppo dei percorsi clinico-assistenziali realizzati all'interno dell'attuale Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione che coinvolgono la Neuroradiologia, sia per l'assistenza tempo-dipendente ed emergente, sia per l'assistenza programmabile. Garantire la riconduzione dell'attività neuroradiologica esercitata in qualsiasi punto del territorio ferrarese sotto il coordinamento e la gestione dell'Unità Operativa di Neuroradiologia, a garanzia della qualità ed equità assistenziale, anche individuando, ove necessario e coerente, articolazioni organizzative a ciò finalizzate. Dipartimento delle Chirurgie Specialistiche Garantire l'assistenza ospedaliera di competenza in collegamento, per le patologie oncologiche, con il dipartimento oncologico, e con il dipartimento di neuroscienze per le procedure multidisciplinari. Sviluppare le interdipendenze interne al dipartimento per contribuire in modo distintivo all'assistenza ospedaliera a livello di area vasta. Dipartimento Chirurgico Garantire l'assistenza chirurgica ospedaliera programmata, sia di base che avanzata, secondo una distribuzione territoriale delle attività in accordo con le politiche di massima diffusione possibile delle prestazioni meno complesse e di concentrazione di quelle più rare e tecnicamente sofisticate in stretto collegamento con il dipartimento oncologico e con il più generale Comprehensive Cancer Network favorendo lo sviluppo di competenze professionali adeguate. Garantire l'assistenza chirurgica in urgenza attraverso l'opportuno collegamento funzionale con il dipartimento di emergenza. Dipartimento di Radiologia

	Garantire l'assistenza radiologica diagnostica e terapeutica ospedaliera assicurando lo sviluppo delle competenze specialistiche necessarie al supporto delle linee di servizio descritte negli altri dipartimenti, anche attraverso la previsione di specifiche posizioni di collegamento, con particolare riguardo al dipartimento di neuroscienze/riabilitazione. Garantire l'assistenza radiologica specialistica ambulatoriale con la stessa ottica di sviluppo delle competenze specialistiche contribuendo ai programmi di gestione appropriata delle liste d'attesa. Garantire il consolidamento e lo sviluppo dei percorsi clinico-assistenziali realizzati all'interno dell'attuale Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione che coinvolgono la Neuroradiologia, sia per l'assistenza tempo-dipendente ed emergente, sia per l'assistenza programmabile, Garantire la riconduzione dell'attività neuroradiologica esercitata in qualsiasi punto del territorio ferrarese sotto il coordinamento e la gestione dell'Unità Operativa di Neuroradiologia, a garanzia della qualità ed equità assistenziale, anche individuando, ove necessario e coerente, articolazioni organizzative a ciò finalizzate. Dipartimento materno infantile Garantire l'assistenza ospedaliera necessaria al percorso nascita in stretto ed esplicito collegamento alle sue articolazioni territoriali. Fornire l'assistenza neonatologica al territorio ferrarese in un'ottica di collaborazione con i corrispondenti servizi dell'area vasta centro e della Romagna. Garantire l'assistenza ospedaliera oncologica, chirurgica e medica, in collegamento con il dipartimento oncologico e con la programmazione di area vasta. Dipartimento delle Biotecnologie,Trasfusionale e di Laboratorio Garantire le specifiche attività di supporto all'erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche di competenza in una visione generale di gestione delle tecnologie strumentali, farmaceutiche, analitiche e di gestione del sangue ed emoderivati improntata agli stessi criteri di evidenza scientifica, appropriatezza ed efficienza d'uso in accordo con le corrispondenti politiche di area vasta e regionali. Garantire la funzione di indirizzo della politica farmaceutica all'interno della nuova organizzazione ospedaliera che integra con obiettivi comuni ospedali distrettuali ed ospedale universitario. La specifica funzione di assistenza farmaceutica ospedaliera deve trovare forme di coordinamento che consentano di garantire continuità e coerenza con la più generale assistenza farmaceutica territoriale oltre che utilizzare forme appropriate di efficienza d'uso delle risorse professionali disponibili. Promuovere il buon uso del farmaco, in stretta collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL. Garantire, per le diverse funzioni assicurate dal dipartimento, l'elaborazione di specifiche politiche ospedaliere di diffusione ed impiego delle tecnologie coerenti con la missione dell'assistenza ospedaliera del territorio ferrarese. Assicurare la coerenza di tali politiche ospedaliere con quelle corrispondenti implementate a livello territoriale, favorendo l'ottimizzazione d'uso delle risorse umane e tecnologiche con le corrispondenti funzioni territoriali. Per quanto riguarda 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 è già stato completato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria che ha trasformato una quota rilevante di posti letto di Day Hospital medico in attività di day-service ambulatoriale, inclusa l'attività oncologica e in tal senso si può considerare più che soddisfatto. Conseguentemente si considera raggiunto l'obiettivo di adeguamento dei posti letto al target normativo nazionale e regionale, oltre che quello del riassetto delle discipline incluse nelle reti Hub&Spoke in ragione delle proposte formulate dallo specifico gruppo di pilotaggio che ha redatto il documento di riorganizzazione complessiva della rete

	ospedaliera provinciale. 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 nelle sedi tecniche ed istituzionali. CENTRALE DI DIMISSIONE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE: 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; - 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); - 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, sociosanitari e sociali.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Cure intermedie e sviluppo OsCO (scheda 3), Rete di Cure palliative (scheda 7),riorganizzazione dell'assistenza alla nascita (scheda 31), equità di accesso alle prestazioni sanitarie (scheda 32), percorsi di emergenza/urgenza (scheda 33).
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AOSP FE, AUSL FE, Servizi sociali territoriali e ASP.
Referenti dell'intervento	Dr Renato Cardelli, Direttore Distretto Centro Nord Az.Usl di Ferrara
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 85.000,00**

- FRNA: **60.000,00 €**
- AUSL (*Centrale Dismissione Continuità assistenziale***)**: **23.000,00 €**
- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC…): **2.000,00 €**

Indicatori locali:0

Le cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Approvato

Riferimento scheda regionale

3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
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**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**A;**

Razionale	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. Vd Tabella Scheda 3 allegata. 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 piu 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 settig 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 é la struttura cardine per la funzione di coordinamento della presa incarico dell'utente fragile e di raccordo tra i soggetti della rete assistenziale ed é 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. - 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 Assesment 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	N.1 Le case della salute N.2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata N.7 presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito delle cure palliative N.21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del FRNA N.26 metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione della comunità N.30 Aggiornamento di strumenti e procedure relative ai servizi socio sanitari N.32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	AZIENDA Ospedaliera ,Comuni, ASP, ASSP, Associazioni di volontariato e rappresentanti delle comunità
Referenti dell'intervento	Dr. Sandro Guerra, Direttore DCP Azienda Usl di Ferrara mail:dcp.segreteria@ausl.fe.it Dr. Renato Cardelli, Direttore Distretto Centro Nord Azienda Usl di Ferrara mail: dd.ferrara@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

Budget di salute

Approvato

Riferimento scheda regionale

4 Budget di salute

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Az.Usl di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**A;**

Razionale	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 alti 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 si 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 congiunto : Progettazione condivisa, finalizzata a contrastare il più possobille l'invio nella comunità e a costruire programmi intensivi du 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. Azioni formative congiunte DAISMDP/DCP/ASP/Cooperazione sull'autismo, disabilità intellettiva, disagio/disturbo mentale nei migranti, disagio/disturbo mentale nell'adolescenza 2. Incontri sistematici delle Equipe Territoriali Integrate per minori e per adulti 3. Incontri sistematici del Nucleo di Valutazione dipartimentale per il contenimento e la riconversione degli inserimenti residenziali 4. Ottenimento di ulteriori abitazioni dall'Acer e dal Privato sociale 5. Incremento della risorsa dell'IPS 6. Utilizzazione delle risorse della comunità sociale (associazioni e istituzioni cittadine) 7. Sostegno alle Associazioni di pazienti del Dipartimento (Club Integriamoci, Club Amicizia) 8. Collaborazione continua con le Ass. dei Familiari (Solidalmente, Non piu soli ecc) per progettare insieme percorsi riabilitativi e socializzanti per i pazienti . 9. Mantenimento di rapporti con istituzioni del territorio quali: 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 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. Potenziamento delle attività sportive rivolte alla popolazione di Ferrara in partnership con il Dipartimento di salute Pubblica e Medicina dello sport 11. 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).
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 piu 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	Dr.ssa Paola Carozza, Direttrice Dipartimento Assistenziale Integrato SM-DP. mail:p.carozza@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari

Approvato

Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Altro**
Specifica soggetto capofila	**ASP – ASSP – AUSL (DASS) – Terzo settore (Coop Camelot) - Associazioni**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**A;**

Razionale	La presa in carico di anziani fragili e /o non autosufficiente richiede 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. In Emilia-Romagna la Legge Regionale n. 2/2014 è dedicata al riconoscimento e al sostegno del Caregiver famigliare (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	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 proprio 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. Al riguardo si allega il report con indicate le tipologie di attività prevalentemente svolte nei singoli distretti (allegato 1) ed il relativo ente promotore, un focus sulla natura delle attività svolte e le caratteristiche degli assistiti, livello di prossimità delle attività e grado di coinvolgimento della rete territoriale (servizi e terzo settore). 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 Centro-Nord vanno segnalate alcune esperienze consolidate: a) Accordo di programma 2014 / 2016 per il potenziamento della rete dei servizi per le malattie dementigene e per i malati di Alzheimer". Proroga dell'accordo fino al 31/12/2018 b) Aspasia -sportello per assistenti familiari che ha compiti sia formativi del personale sia per facilitare l'incontro con le famiglie e i caregiver che necessitano di supporto (gara fino al 31/12/2019.) e tutte le attività già in essere a sostegno del caregiver. 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 attraverso la disponibilità di luoghi, strumenti ed occasioni rivolti, da un lato al sostegno di chi si prende cura di a persone affette da demenza, dall'altro direttamente alla persona malata nell'ambito dell'accordo di programma Alzheimer. . Sono attive due esperienza all'interno della città di Ferrara ed una a Copparo.
Destinatari	Caregiver familiari, informali e professionali di anziani fragili e non autosufficienti e persone accudite (es. anziani non autosufficienti,adulti con disabilità, persone fragili), famiglie, assistenti familiari, professionisti dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, Enti del terzo settore.
Azioni previste	Azioni Sovra - Distrettuali • 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 Centro Nord Promuovere forme strutturate di raccordo e coordinamento, articolate a livello territoriale, con il coinvolgimento e la valorizzazione degli Enti del terzo settore e della Comunità: • Aspasia -sportello per assistenti familiari che ha compiti sia formativi del personale sia per facilitare l'incontro con le famiglie e i caregiver che necessitano di supporto • Programmi formativi e informativi a carattere socio-assistenziale- sanitario e legislativo dedicati ai caregiver formali e informali nonché professionali (es giornate del caregiver- seminari- ecc) • Training autogeno (specifica tecnica di rilassamento e gestione delle emozioni) • Progetto Il teatro e il benessere (laboratorio teatrale a favore di utenti neurodegenerative e loro caregiver) • Sostene: ginnastica al domicilio • Attività del caffè della memoria • Storie e narrazioni di cura e di autocura
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
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni – AUSL – ASP Ferrara – ASSP Terre Fiumi - Agire Sociale – Terzo Settore e soggetti accreditati
Referenti dell'intervento	Franco Romagnoni Azienda Usl DASS Patrizio Fergnani Comune di Ferrara
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 170.150,00**

- FRNA: **170.150,00 €**

Indicatori locali:0

Progetto di Vita, Vita Indipendente e Dopo di Noi

Approvato

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
16 Sostegno alla genitorialità
28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Riferimento scheda distrettuale: Progetto di Vita, Vita Indipendente e Dopo di Noi

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Comune**
Specifica soggetto capofila	**Comune di Ferrara - Capofila**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**A;**

Razionale	Profilo Socio Educativo Le persone con disabilità rappresentano un gruppo di popolazione dai bisogni complessi sia nella fascia 0/18 che nel passaggio alla vita adulta. In particolare possiamo verificare un aumento costante negli ultimi dieci anni della presenza di alunni con disabilità anche grave nei diversi ordini di scuola. Secondo i dati dell'Ufficio di Ambito territoriale nell'anno Scolastico 2016/17 possiamo schematizzare la seguente situazione: TOTALE ALUNNI 39.095 Cattedre 3366 Alunni certificati 1356 Cattedre di sostegno 654 TOTALE ALUNNI 39.095 ALUNNI CERTIFICATI 1.356 3,5% Si evince immediatamente l'importanza del fenomeno anche a livello economico e lavorativo un dato piuttosto rilevante è anche ben rappresentato dal grafico sottostante che indica la percentuale di insegnanti di sostegno rispetto al totale delle cattedre nelle scuole della Regione Emilia Romagna. L'aumento della percentuale degli alunni certificati nella scuola assume proporzioni ancora più rilevanti negli istituti superiori dove l'aumento è stato del 171% negli ultimi dieci anni. Questo fenomeno non va ad impattare solamente sulla scuola ma pone sicuramente una serie di interrogativi e di necessità di programmazione socio sanitaria per i servizi che accolgono i ragazzi una volta raggiunta la maggiore età e quindi in uscita verso i servizi per l'età adulta. In particolare risulta nodale il lavoro di rete nella fase di passaggio dalla scuola ai servizi territoriali rete che deve coinvolgere i servizi sanitari sociali e scolastici, diventa inoltre fondamentale questo raccordo per potere usufruire dei dati necessari rispetto ai bisogni del target per potere impostare una programmazione di ampio respiro. In questo momento si possono individuare alcune priorità, che sono poi espresse nel titolo stesso della presente scheda, espresse sicuramente dal terzo settore ed in particolare dalle associazioni dei famigliari ma sicuramente raccolte e sentite dalle istituzioni. In particolare, anche sulla base delle programmazione e delle risorse individuate dal decreto attuativo sul Dopo di Noi, individuare forme innovative di percorsi residenziali, rafforzando le esperienze di co-housing e individuando nuove forme di compartecipazione pubblico/privato. Profilo Socio- Sanitario 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 vulnerabilità sia psicopatologica e comportamentale (3/4 volte superiore alla popolazione a sviluppo tipico), che organica (cardiopatie ipertensive, disturbi metabolici, comizialità). 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.
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 Centro Nord 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 e la qualità della vita delle persone disabili. Da alcuni anni tuttavia, si osserva un'evoluzione nell'approccio delle tematiche relative alla disabilità sia in termini valoriali che scientifici . Inoltre, all'allungamento della vita media della popolazione disabile, sono associate mutate caratteristiche dei bisogni, e nuove popolazioni portatrici di disabilità. Alla luce di ciò si rende necessario pensare a una evoluzione del sistema dei servizi, secondo modelli orientati ad approcci abilitativi, all'inclusione, alla partecipazione e, in generale, alla Qualità di Vita (QdV).
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 CENTRO NORD di Ferrara. Obiettivo è fornire un quadro generale utile alla programmazione, e al contempo creare la base per costruire future scelte 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 delle persone disabili 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 dell'invecchiamento dei care giver, 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.
In 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 disposte in futuro a prendersi cura dei loro familiari.
Una lettura del profilo dal punto di vista sanitario
In termini epidemiologici, conseguenza dell'invecchiamento è costituita da una 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.
Contesto
Le strutture Socio Riabilitative Residenziali (CSRR) del Centro Nord rivolte a disabilità medio grave sono 3 (Calicanto,S.Chiara e Boschetti) e ospitano 61 utenti, a cui si affiancano due strutture rivolte a disabilità medio lievi (gruppo appartamento e casa famiglia di Baura), che ospitano rispettivamente 5 e 8 utenti.
Dei 61 ospiti dei centri socio riabilitativi residenziali, oltre l'80% presenta una invalidità al 100% (51 persone) e di questi quasi il 90% (44 persone) percepisce l' indennità di accompagnamento (IDA). Di questi , 55 persone assumono farmaci,di cui 19 assumono terapia cardio vascolare; 49 terapia psicofarmacologica; 27 terapia antiepilettica; 16 terapia antidiabetica, diversi sono i casi in polifarmacoterapia. Nel 2017 vi sono state 11 ospedalizzazioni e 5 decessi.
Dei 98 utenti dei cinque Centri Socio Riabilitativi Diurni (CSRD): S.Martino, Rivana,Ginestra, Sole Luna e Biffi), 96 presentano una invalidità al 100%, e circa il 40% di questi (38 persone) percepiscono l' IDA. Di questi, 2 assumono terapia cardio vascolare; 9 terapia psicofarmacologica; 18 terapia antiepilettica; 4 terapia antidiabetica. Nel 2017 vi sono stati 8 ricoveri e 2 decessi.
I 6 Centri socio-occupazionali del Distretto, (Fienile, Coop 81, Spazio Anffas, Casa Lavoro, Perez,

	Podere Biffi) ospitano 96 persone con disabilità medio-lieve, di questi circa 67% (64 persone) hanno una invalidità del 100% . 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	Gli interventi istituzionali a favore di persone con disabilità prevalentemente sono: • C.S.O. • ASSEGNI DI CURA • SAD • PASTI A DOMICILIO • TRASPORTI • C.S.R./D e C.S.R./R • CONTRIBUTI ECONOMICI • ASSEGNI DI CURA mirati al progetto • SED • PROGETTO PER INSERIMENTI LAVORATIVI PER UTENTI DISABILI che si rivolge a persone disabili adulte per attivazione di tirocini di tipo D, con caratteristiche socializzanti e che non sono inseribili in convenzione per età. Nel nostro territorio le persone disabili accolte ne centri residenziali sono (parte ASL) mentre i centri socio riabilitativi diurni 97 (DATO ASP FERRARA) Nel territorio dell'Unione Terre e Fiumi i disabili in carico ai servizi inseriti nelle varie tipologie di strutture sono ad oggi: n. 12 utenti presenti nel residenziale in carico ad Assp n. 20 utenti presenti nei diurni in carico ad Assp n. 5 utenti presenti nel Cso in carico ad Assp n. 19 utenti disabili che usufruiscono del trasporto disabili al centro diurno A fronte di questi importanti numeri e costi risulta quindi fondamentale individuare nuove modalità di intervento che vadano nella direzione di differenziare i servizi anche in base alle diverse problematiche/risorse delle persone con disabilità e delle loro famiglie anche attraverso l'individuazione di modalità gestionali ed amministrative (come ad esempio la Co-progettazione) che permettano una maggiore flessibilità gestionale un risparmio in termini di risorse economiche ed un maggiore coinvolgimento non solo economico ma progettuale del terzo settore. Descrizione interventi Azienda USL 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 dell'accesso ai servizi e alle cure attraverso percorsi clinico-assistenziali facilitati all'interno della casa della salute di Ferrara rivolto alle persone con disabilità presenti nelle strutture socio sanitarie; • avvio di progetti innovativi di valutazione e trattamento nella disabilità intellettiva lieve (vedi Scheda) Permangono aree che richiedono interventi multidisciplinari - interservizi , per esempio in merito a • Modalità di presa in carico di disabili di diversa gravità nelle varie fasi della vita (dal 18esimo ai 65 anni) orientata a una progettualità di vita della persona; • Lavoro di accompagnamento, orientamento e sostegno alle famiglie (tematica trasversale "Riconoscimento del ruolo di care giver familiare" Scheda 5), in particolare nella fase di passaggio alla maggiore età e comunque in tutte le fasi critiche del ciclo vitale ; • Implementare esperienze di vita indipendente stimolando il mantenimento delle autonomie e la partecipazione in tutti gli ambiti di vita, attivando anche azioni che possono derivare dal Dopo di Noi (vedi Scheda) • 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.
Destinatari	• Minori con disabilità 0/18

	• Persone con disabilità dai 18 ai 65 anni • DI: Ragazzi con DI lieve di età compresa fra i 17/25 aa che presentano scarsi sostegni o servizi di supporto in atto e che stanno terminando il percorso scolastico • Donne disabili (per lo screening) • Disabili con disturbi metabolici
Azioni previste	Contesto Socio Educativo Le attività e le azioni afferenti al l'integrazione e partecipazione delle persone disabili ai contesti educativi e sociali, al dopo di noi ed ai progetti di vita indipendente possono essere declinate nei seguenti titoli che afferiscono ciascuno a progettazioni autonome ma molto spesso interconnesse e legate da modalità di lavoro che facilitano la trasversalità e la rete fra le Istituzioni e gli enti del terzo settore coinvolti. Progetto ponte per alunni con disabilità medio/grave frequentanti gli ultimi anni delle scuole superiori: Percorsi socio occupazionali Percorsi socio riabilitativi Percorsi per studenti minorenni in situazioni di particolare complessità Alunni disabili e famiglie una rete per l'inclusione scolastica: Attività Laboratoriali per l'integrazione negli Istituti Comprensivi e Scuole Secondarie di II° Informazione e sostegno a genitori e Famiglie Qualificazione degli interventi educativi nelle scuole Qualificazione degli interventi in particolare per gli alunni disabili e stranieri Progetto tutor per alunni con disabilità della scuola superiore Interventi di assistenza educativa per gli alunni con disabilità certificata nelle scuole superiori Progetto extrascuola: Attivazione di percorsi di accoglienza ed integrazione per minori/neomaggiorenni con disabilità e disagio durante i mesi estivi e durante l'anno in orari extrascolastici Gestione in rete degli interventi tramite gruppo di lavoro interistituzionale: Istituzione Scolastica – ASP – Ente gestore Allargamento delle possibilità di accoglienza a livello territoriale Progetti Vita indipendente: Attivazione di percorsi di training alla vita indipendente Prosecuzione di percorsi di co-housing di lungo periodo Individuare ulteriori forme innovative di residenzialità Sostegno e formazione per le persone disabili e per i Care givers PROGETTO AUTONOMIA "PEREZ": volto alla promozione /riabilitazione delle autonomie secondarie di vita quotidiana delle persone disabili adulte (ADL), che ha come obiettivo il miglioramento del benessere e della qualità di vita della persona disabile adulta e dei caregiver; ulteriore scopo è di fornire azioni di assistenza esterna al fine di mantenere la domiciliarità e ridurre la spesa sociale. PROGETTO "INTEGRAZIONE/LAVORO" PER INSERIMENTI LAVORATIVI PRESSO FIENILE DI BAURA: Si rivolge a persone disabili adulte per attivazione di tirocini di tipo D con caratteristiche socializzanti e che non sono inseribili in convenzione per età. Comunicazione aumentativa ed appartamenti domotici Superare le barrire architettoniche e comunicative Aumentare le competenze comunicative e quelle legate alle nuove tecnologie Sperimentare percorsi di vita autonoma attraverso le nuove tecnologie abitative e legate alla CAA InformaHandicap – CAAD – Gestione legge 29 – Gestione Legge 13 Servizi informativi di consulenza ed accompagnamento alle persone disabili ed alle loro famiglie Promozione dei diritti di minori ed adulti disabili, delle opportunità formative, lavorative ed assistenziali Interventi di consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico

Sostegno alla domiciliarità

Contributi per la mobilità e l'ambiente domestico

Chiedo aiuto

Espiralidoso – attività sportive per persone con disabilità

Favorire la partecipazione attiva e il contrasto agli stereotipi rivolti alle persone con disabilità

Organizzare momenti di sport "integrato"

Organizzazione della Giornata Internazionale delle persone con disabilità

Contesto Socio-Sanitario

PROGETTO DOPO DI NOI

Dopo di noi: Legge Nazionale n.112/16 -Prosecuzione delle azioni già avviate per applicazione DGR 733/17- secondo l'attivazione di una serie di servizi a sostegno della domiciliarità , indirizzate 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. Vengono pianificati e strutturati dall'U.V.M. (Unità di valutazione multidimensionale), secondo criteri e strumenti efficaci ed aggiornati, orientati al monitoraggio ad alla valutazione periodica degli esiti , utilizzando il budget di progetto , che include tutte le risorse a disposizione, siano esse umane, economiche , professionali e strumentali .

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)di inserimenti temporanei (sollievo) in strutture abitative extra familiari,

d) interventi infrastrutturali atti a favorire la domiciliarità.

PROGETTO DISABILITA' INTELLETTIVA LIEVE

Progetto attivo nel Distretto Centro Nord, teso a favorire la integrazione e la partecipazione della persone con disabilità intellettiva lieve.

A gennaio 2017 è stato avviato un programma sperimentale di trattamento integrato rivolto a persone con disabilità intellettiva (D.I.) lieve/moderata di età compresa tra i 17 e i 25 anni, residenti nel distretto Centro Nord.

L'obiettivo generale del programma è quello di favorire una presa in carico integrata tra sociale e sanitario (Ausl-Asp-Assp) al passaggio alla maggiore età , che definisca un progetto di vita finalizzato al benessere bio -psico - sociale della persona.

Razionale: Sostenere e valorizzare le competenze della persona con disabilità, con un lavoro di rete

in integrazione fra servizi

Gli obiettivi del programma sono:

- aprire una prospettiva di miglioramento della Qualità di Vita della persona con D.I. che si correla alla realizzazione di un progetto di vita (PdV) sviluppato dal lavoro del team con la persona, la famiglia ed una peculiare attenzione al contesto di vita reale

- favorire lo sviluppo di competenze tese alla maggior autonomia possibile

- evitare la discontinuità della presa in carico derivata dalla frammentazione dei servizi nella fase di passaggio alla maggiore età

- evitare un aumento del carico familiare

- evitare il rischio di cronicizzazione/istituzionalizzazione

- evitare il rischio di isolamento sociale e/o la comparsa di comportamenti devianti.

Percorsi facilitati di accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche

Presso le Casa della Salute della provincia di Ferrara, rivolti alle persone disabili all'interno delle strutture residenziali e semi residenziali

Razionale

-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. A) In questo ambito di interventi si svilupperà il PROGETTO DI COLLABORAZIONE CON SALUTE DONNA PER LO SCREENING DEDICATO ALLE DONNE CON DISABILITA'; il Servizio Salute Donna riserverà due giorni al mese per l'accesso delle donne con disabilità, afferenti al distretto Centro Nord, all'ambulatorio dedicato c/o la Casa della Salute Cittadella S.Rocco. 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. Tale progetto necessita di un formalizzazione con il Centro di Igiene Pubblica, con elaborazione di un protocollo d'intesa. azioni previste • DOPO DI NOI: garantire progetto di vita adeguato alle persone con disabilità che restano prive del sostegno del nucleo familiare: • ASSEGNI DI CURA mirati al progetto • SAD • SED • AZIONI da Sviluppare per il programma Disabilità Intellettiva • Protocollo d'intesa con Salute Donna • Protocollo d'intesa con Igiene Pubblica
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	• Programmazione FRNA e FNA – grave disabilità neomaggiorenni ed adulti • Gruppo di supporto Ufficio di Piano disabilità • Equipe di passaggio minori/adulti • Partecipazione equipe scolastiche di valutazione L. 104 • UVM • Autonomie Scolastiche • ASP minori ed Adulti • Enti Gestori del terzo settore nelle Co progettazioni • Associazioni di Famigliari • Associazioni di Volontariato • valutazione multi professionale Comm.ne UVM/D • gruppo di supporto – ufficio di Piano disabilità adulta • Passaggio minori/adulti con UONPIA ASP Scuola • Passaggio adulti /anziani UVMD/UVG • TID (Team Integrato Intradipartimentale) con DSM/SERT/UONPIA
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni-AUSL-ASP e ASSP- Terzo settore e soggetti accreditati
Referenti dell'intervento	Alessandro Venturini (istituzione Scolastica Comune di Ferrara), Laura Luongo (Azienda USL)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 3.873.612,64**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **214.718,47 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **20.000,00 €**
- Programma DOPO DI NOI (L122/2016): **251.327,00 €**
- FRNA: **1.795.353,17 €**
- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC…): **1.472.214,00 €**

Risorse comunali: **120.000,00 €** di cui:
- Ferrara:**120.000,00 €**

Indicatori locali:4

1°: alunni disabili beneficiari
Descrizione: ·
alunni disabili beneficiari
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:70 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:60
- Obiettivo 2019:60
- Obiettivo 2020:60

2°: famiglie beneficiarie
Descrizione: famiglie beneficiarie
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:21 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:20
- Obiettivo 2019:20
- Obiettivo 2020:20

3°: persone con disabilità beneficiarie dei progetti
Descrizione: persone con disabilità beneficiarie dei progetti
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:120 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:120
- Obiettivo 2019:120
- Obiettivo 2020:120

4°: inserimenti lavorativi
Descrizione: inserimenti lavorativi
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:45 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:45
- Obiettivo 2019:45
- Obiettivo 2020:45

Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative

Approvato

Riferimento scheda regionale

7 Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Az.Usl di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**A;**

Razionale	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, coma 1 attesta che le CP devono essere garantite per "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". In questo caso la legge si uniforma a quanto era già stato raccomandato nel 2010 dall'OMS: "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". 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 Centro Nord, 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 Hospice ADO accreditato Ambulatorio cure palliative S.Rocco (AUSL) Ambulatorio cure palliative ADO v.Veneziani (ADO) Ambulatorio cure palliative casa della salute Copparo (AUSL) Consulenze palliativistiche ospedaliere (AUSL e ADO) Cure palliative domiciliari di base (AUSL e ADO) Cure palliative domiciliari specialistiche (UCPD ADO e ANT) Consulenze palliativistiche domiciliari (AUSL e ADO) Consulenza telefonica per medici di c.a. (ADO) Punti organizzativi a supporto della rete PUA Ferrara/Copparo: case manager ADI Centrale di dimissione e continuità assistenziale (ospedale di Cona) La RCP del distretto CN ha prodotto nel biennio 2016/17 i seguenti dati di attività : Nodo domicilio · CP di base: 2016: 20 (ADO) 2017: 20 (ADO) + 66 (AUSL) (62 Fe, 4 Copparo) ◦ CP specialistiche ADO e ANT: 2016: ANT= 19 ADO= 323 2017: ANT= 16 ADO= 267 Nodo Ambulatorio: · Casa della Salute San Rocco : 17 (2016), 87 (2017) · Casa della Salute Copparo: 6 (2016),30 (2017) · Via Veneziani: 58 (2016), 61 (2017) · Consulenze Psicologiche: 22 pz, 46 accessi (2016), 14 pz, 98 accessi (2017) Nodo Ospedale: Consulenze ospedaliere 75 Consulenze CRA: 8 Nodo Hospice: n. di ricovero 2016: 276; 2017:255
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 simultaneos 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 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 simultaneus
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
Soccorsi) ed i Colleghi della Medicina 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 ad esempio prescindere da una progettazione condivisa.
Azioni di sviluppo 2018 Distretto CENTRO-NORD
Per il distretto centro-nord l'analisi evidenza la necessità di:
- potenziare l'attività domiciliare di cure palliative (soprattutto CP di base) coinvolgendo MMG,
- potenziare le consulenze ospedaliere, e le valutazioni attraverso la Centrale Dimissione e Continuità Assistenziale, per individuare il setting più appropriato alla dimissione favorendo la precoce presa in carico dl pz e della sua famiglia nella RCP
Il Distretto Centro Nord nel panorama provinciale è senza dubbio uno dei territori più ricchi di nodi
nella rete provinciale di cure palliative.
Il rafforzamento dei legami fra i diversi punti di offerta di cure palliative è stato effettuato con l'attivazione della centrale di dimissioni e continuità asistenziale (luglio 2017) con evidenti risultati positivi sulla riduzione delle liste di attesa per l'ingresso in hospice dei pazienti ricoverati
in ospedale.
Il 45% dei pazienti dimessi dall'hospice ADO nel 2016 proviene dai reparti ospedalieri per acuti

	e di lungodegenza. Al fine di poter garantire equità di accesso e di cura della popolazione alle Cure Palliative erogate in Hospice si sta cercando di realizzare una unica lista di attesa provinciale 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 con particolare attenzione al pz proveniente dal domicilio, setting più delicato per la gestione di complesse situazioni instabili senza, comunque, prevaricare i bisogni dei pz provenienti da altri setting (ospedale, CRA). Questo rafforza la necessità di coinvolgere nella programmazione anche tutte le associazioni di volontariato impegnate in questi settori. Se la centrale di dimissione svolge efficacemente il mandato di assicurare la tempestività della presa in cura da parte del sistema di cure palliative in hospice ma anche a domicilio e in ambulatorio, il PUA distrettuale istituito nel 2016 accoglie le richieste di accesso dal territorio. Aree da migliorare: - consulenze palliativistiche domiciliari e l'attivazione di cure palliative domiciliari di base che ad oggi sono ancora poco attivate - l'integrazione con i servizi sociali potrebbe consentire di mantenere al domicilio anche anziani che hanno come care giver il coniuge, adulti che vivono da soli o in contesti non idonei e pazienti con nucleo famigliare 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 sociosanitarie accreditate. Riferimento alle schede regionali: N.2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata N.3 Le cure intermedie N.1 Le case della salute N.21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del FRNA N.26 metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione della comunità N.30 Aggiornamento di strumenti e procedure relative ai servizi socio sanitari N.32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl,AZIENDA Ospedaliera ,Comuni, ASP, ASSP, Associazioni di volontariato e rappresentanti delle comunità
Referenti dell'intervento	Dr.ssa Loretta Gulmini (palliativista Az.Usl di Ferrara) l.gulmini@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale

Approvato

Riferimento scheda regionale

8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale
16 Sostegno alla genitorialità

Riferimento scheda distrettuale: Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**Comune**
Specifica soggetto capofila	**Comune di Ferrara - Capofila**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	**A;**

Razionale	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. (Dati 20 aprile 2018)
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 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. 18 ore settimanali di sportello informativo a cura di un operatore sociale in convenzione ASP, con supervisione A.S. Coord.re, di cui: n. 7 ore con presenza settimanale in carcere per colloqui n. 11 ore di presenza settimanale suddivise in due giornate lavorative per attività in asp " : -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 attivitàdi 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 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 sovraintendere 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: 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. 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 lunedi, martedi e mercoledi. Ai beneficiari viene erogata a ciascuno una somma giornaliera di €10.00 per il rimborso delle spese alimentari. 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. 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 consentivo 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 Vivicittà all'interno dell'Istituto Penitenziario, Tornei di calcio: calcio a 11, Calcio a 5.
Cittadini Sempre
Obbiettivo 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/Agesci, 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 infettivologici
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 state 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 sperimenteranno 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, c
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 TaovloPolitico) -Integrazione tra Comuni e ASL -Promozione di collaborazione con il Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria, UEPE, Terzo Settore per programmazione condivisa
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	TAVOLO "CARCERE": Prevede la collaborazione congiunta tra operatori dei diversi Enti coinvolti dalla progettualità Servizio Sport, Politiche Educative e Familiari,
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comune di Ferrara, Azienda Usl, Casa Circondariale di Ferrara Provveditorato della amministrazione penitenziaria Ufficio Esecuzione Penale Esterna ASL ASP Ufficio Garante delle persone private della libertà personale Terzo Settore CPIA
Referenti dell'intervento	Tommaso Gradi - Settore Servizi alla Persona Comune di Ferrara Fabio Ferraresi Azienda Usl Dipartimento di Salute Mentale
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 117.589,40**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **17.000,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **7.000,00 €**
- Carcere:**51.512,58 €**
- Quota di cofinanziamento del Comune sede di carcere: **22.076,82 €**

Risorse comunali: **20.000,00 €** di cui:
- Ferrara:**20.000,00 €**

Indicatori locali:4

1°: Iniziative Pubbliche Carcere / Città
Descrizione: Spettacoli di teatro carcere, sabati in famiglia presso la casa circondariale organizzati dal Centro per le famiglie, iniziative sportive, mostre ed iniziative di sensibilizzazione pubblica
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:20 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:25
- Obiettivo 2019:25
- Obiettivo 2020:25

2°: interventi di inclusione lavorativa attivati
Descrizione: Inserimenti lavorativi, percorsi di accompagnamento e reinserimento sociale attivati
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:21 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:22
- Obiettivo 2019:22
- Obiettivo 2020:22

3°: detenuti coinvolti nelle attività del Carcere
Descrizione: Laboratori ed attività presenti presso l'Istituto penitenziario: colloqui di mediazione culturale ed orientamento, corso di teatro, attività sportive, redazione Giornale del Carcere, laboratorio di pittura e fotografia, giardinaggio.
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:400 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:400
- Obiettivo 2019:400
- Obiettivo 2020:400

4°: Costituzione Tavolo Dimittendi
Descrizione: Inizio attività del Tavolo Interistituzionale sui Dimittendi
Tipo:S | N
Situazione di partenza:N - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:s
- Obiettivo 2019:s
- Obiettivo 2020:s

MEDICINA DI GENERE . METODOLOGIE E STRUMENTI DI EQUITÀ NELLE POLITICHE DI SALUTE. "HEALTH LITERACY".

Approvato

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere
11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Ambito territoriale	**Aziendale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**AUSL della Romagna**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**B;**

Razionale	Molte sono le evidenze oggi disponibili sul ruolo che hanno i determinanti sociali (comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali; fattori genetici.) nel determinare le diseguaglianze di salute. Pertanto è opportuno porre l'attenzione ai meccanismi generatori di iniquità all'interno delle organizzazioni di cura, di prevenzione e di assistenza sociale e sanitaria. Fondamentale diventa la capacità, nei processi di organizzazione dei servizi, di considerare la pluralità delle differenze di cui gli utenti sono portatori (di età, genere, abilità, lingua, provenienza …), al fine di produrre uguaglianza nel diritto alla salute (Governance for helth Equity OMS 2003). L'Health Literacy può essere definita come l'insieme di conoscenze, capacità e motivazioni che mettono in grado le persone di accedere, selezionare e capire le informazioni sulla salute ed agire adeguatamente nel sistema sanitario. Un'informazione non adeguata ed una bassa health literacy mettono a rischio la capacità dei pazienti di capire ed utilizzare le informazioni sulla propria salute; di seguire le necessarie procedure ed indicazioni di cura e di orientarsi nel sistema sanitario. Ciò produce effetti negativi non solo sull'accessibilità e sull'uso dei servizi, ma anche sulla qualità delle cure, sulla soddisfazione del paziente e sui risultati di salute. Questo problema risulta particolarmente grave quando si considera la comunicazione come parte del processo diagnostico e di cura. In questo contesto diventa estremamente importante che le informazioni siano comprese dal paziente in modo corretto ed appropriato. La scarsa comprensione fra paziente e operatore sanitario può portare infatti a errori di tipo diagnostico, a trattamenti inappropriati, ad alti livelli di ospedalizzazione, ad una tendenza a non servirsi dei servizi di prevenzione ed ad una minore capacità del paziente di gestire la propria salute.
Descrizione	Per favorire un approccio strutturale al tema dell'equità, inteso come rispetto ed inclusione delle differenze, è necessario intervenire sia con azioni di sistema volte ad agire sul complesso dei servizi, sia con azioni puntuali all'interno delle singole organizzazioni che guardino agli operatori così come gli utenti. Alla luce delle esperienze già attuate in questi anni si procederà nel dare nuovo impulso al coordinamento dell'Azienda USL al fine di assicurare la pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi: programmazione, gestione e d erogazione dei servizi. Si prevede di sviluppare l'adozione di strumenti orientati all'equità (ad esempio l'Health Equity Audit), per garantire maggiore coerenza tra i dati di iniquità e le azioni messe in campo. Per l'Health Literacy I servizi sanitari possono intervenire in due modi: - predisponendo percorsi, messaggi ed informazioni semplici e comprensibili da persone con abilità diverse; - organizzando iniziative formative per migliorare negli operatori sanitari le competenze

	comunicative rivolte alle persone con bassa health litteracy
Destinatari	Cittadini, pazienti e familiari, caregiver e professionisti del sistema sanitario e socio-sanitario
Azioni previste	Le azioni che si intendono attuare a livello distrettuale nel triennio 2018-20 sono: - attivazione del coordinamento Aziendale sull'equità; - adozione aziendale di un piano di azioni sull'equità; - utilizzo di specifici strumenti e metodologie per valutare interventi e programmazione (es. Equality Impact Assessment); - programmazione e formazione dei professionisti per fornire competenze sulla valutazione e il contrasto delle diseguaglianze; - coinvolgere gli operatori dei servizi sociali all'interno dei percorsi individuati e nel percorso formativo sugli strumenti; - organizzare corsi di formazione per operatori dei servizi; - rivedere con l'ottica della semplificazione e facilitazione all'utilizzo i percorsi, i materiali informativi e gli altri strumenti di comunicazione rivolti agli utenti e loro familiari, con la consapevolezza che la comunicazione costituisce parte integrante del percorso di cura. Il percorso di qualificazione per alcuni di questi interventi comprende anche la partecipazione al gruppo di lavoro regionale per la condivisione di obiettivi concreti e perseguibili nel triennio. Si prevede il coinvolgimento del CCM per la valutazione integrata della documentazione a supporto dei consensi informati e delle campagne di promozione sugli stili di vita
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi per favorire l'equità e il contrasto alle disuguaglianze di salute e accesso ai servizi Interventi previsti dal piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 Politiche per promuovere l'Health Literacy ossia il grado di capacità degli individui di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni con modalità utili a promuovere e a mantenere un buono stato di salute.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Agenzia Sanitaria regionale, Ausl della Romagna, IRST Meldola, già coinvolto negli anni passati, Amministrazioni comunali, Istituzioni scolastiche, volontariato.
Referenti dell'intervento	Direttore del Distretto Cesena-Valle Savio
Risorse non finanziarie	Formatori dipendenti dell'Ausl della Romagna

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

Medicina di genere

Approvato

Riferimento scheda regionale

9 Medicina di genere

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**AUSL di Ferrara in tutti gli interventi (in collaborazione con il Comune di Argenta per il progetto sull'ospedale locale). Università degli Studi di Ferrara per il Centro di Studi di Medicina di Genere Per il progetto "oltre il binario": Comune di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**B;**

Razionale	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. Dal 2015 l'Ospedale di Argenta con i suoi 270 professionisti è protagonista del progetto Argenta Gender Oriented Hospital: sperimentazione in una struttura sanitaria di prassi diffuse, attente alle differenze di genere nella diagnosi, cura e relazione con il/la paziente. Il progetto pilota consiste in un modello di sviluppo di comunità in ambito sanitario, attivando l'ospedale come centro propulsore del cambiamento culturale e di pratica sanitaria attraverso azioni partecipate con i professionisti della salute, con esempi di prassi innovative e di health and disease literacy alla cittadinanza, sulle differenze sessuali e di genere e le conseguenze per la salute e malattia. Gli obiettivi del progetto possono essere così sintetizzati: costruzione di una comunità scientifica e professionale competente sulla Medicina di Genere, attraverso l'aggiornamento su temi di sanità gender oriented ed il coinvolgimento nell'individuazione dei problemi di diagnosi e assistenza sanitaria gender oriented; informazione/educazione della cittadinanza su questi temi. Nella prima applicazione circa due terzi dei Professionisti dell'Ospedale sono stati coinvolti in almeno un momento formativo; 60 di essi hanno partecipato a focus group con individuazione di azioni progettuali attuabili in Ospedale, con: redazione ed invio via mail di una newsletter ai professionisti dell'ospedale; allestimento dell'area di sito su homepage aziendale; redazione di materiale informativo a supporto delle indicazioni dei professionisti su: indicazioni posturali in ambito fisioterapico per il proseguo di una vita sessuale attiva; suggerimenti di tipo estetico per le donne operate al seno; volantini informativi, focalizzati sui sintomi dell'infarto diversi nella donna e nell'uomo; momenti informativi e di incontro con la cittadinanza, sul territorio, anche toccando piccole frazioni. 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 stato progettata la creazione di un Centro di Studi di Medicina di Genere presso l'Università di Ferrara. Fin dal 2015 è stato 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 progetto sull'Ospedale di Argenta: professionisti della salute e pazienti dell'Ospedale di Argenta; 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 LBGT+)
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 Prosecuzione del progetto Argenta Gender Oriented Hospital. Il progetto proseguirà grazie alla realizzazione di corsi di formazione in presenza e a distanza per favorire la condivisione e l'applicazione delle evidenze scientifiche più aggiornate; focus group per l'individuazione partecipata di nuove prassi; incontri rivolti alla cittadinanza; adeguamento della cartellonistica di Ospedale. Le principali azioni previste sono: Formazione ai Professionisti della salute – almeno il 40% del totale dovrà aver maturato almeno 6 crediti ECM sui temi della Medicina di genere con programma formativo permanente che accumuli ogni anno crediti formativi inerenti la materia (su singola patologia o alfabetizzazione generale). In un arco di tempo di tre anni si dovrà raggiungere il 100% dei professionisti della salute operanti nell'Ospedale di Argenta, con almeno 6 crediti ECM di formazione sulla medicina di genere Incontri divulgativi con la popolazione - proseguo degli incontri già tenuti in frazioni del territorio comunale sui temi della cardiologia di genere Rilevazione dei dati di conoscenza della popolazione sulle conoscenze inerenti le differenze sessuali e di genere Il modello sperimentale potrebbe essere asportabile in altre realtà sanitarie simili 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, Direttrice Distretto Sud Est Az.Usl di Ferrara.mail: dd.codigoro@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità

Approvato

Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Altro**
Specifica soggetto capofila	**ASP Ferrara- ASSP Copparo- SER.D Ferrara-Comune di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**Sì**
Aree	**B;**

Razionale	I servizi sociale territoriale del Distretto Centro Nord in relazione alla crisi economica iniziata nel 2008 e in considerazione dell'utenza di cui si fanno carico, interessata da percorsi di vita connotati per forte fragilità e complessità delle problematiche incontrate, si trovano a dover fronteggiare un crescente numero di casi di nuclei familiari fragili, in situazione di estrema povertà, del tutto sprovvisti di soluzioni alloggiative a fronte di: uscita da strutture di accoglienza per la conclusione di percorsi di tutela, sfratto dal libero mercato o decadenza dall'assegnazione di alloggi di ERP. Questi nuclei presentano fragilità multiple: mono-genitorialità, mancanza di reddito, problemi di salute, difficoltà di integrazione che rappresentano elementi di rischio per la tutela dei minori in essi presenti. Inoltre l'impoverimento di varie categorie sociali e la condizione di homeless è in aumento sensibile. La condizione di povertà ha colpito anche fasce di popolazioni in passato meno esposte al fenomeno, come quelle anziane, e che invece oggi vivono sempre più un disagio socio/economico estremo. Il Servizio sociale si propone di individuare soluzioni di accoglienza alloggiativa temporanea per rispondere alla fase emergenziale e costruire con le famiglie un percorso volto all'autonomia e all'inclusione sociale. Il Servizio sociale ha inoltre attivato un servizio di inserimento lavorativo per utenti non disabili appartenenti alla "fragilità", "nuove povertà, con prossimità al lavoro. L'aumento dell'utenza Ser.D. con gravi patologie invalidanti, senza risorse familiari e sociali, difficilmente collocabili in un contesto di lavoro in libero mercato in concomitanza anche della crisi economica comporta la realizzazione di progetti con l'obiettivo di garantire a questi utenti un impegno quotidiano che favorisca il mantenimento e/o l'acquisizione di abilità residue attraverso l'attività lavorativa favorendo in tal modo l'inclusione sociale e consentendo il mantenimento di condizioni di vita accettabili per un'esistenza equa e dignitosa. Questa categoria di utenti difficilmente rientrano, per mancanza di requisiti, nei percorsi attivabili con in nuovi fondi previsti dalla normativa della L. 14 e L. 68. Aumenta anche il numero di persone che a causa della perdita del lavoro o di un reddito insufficiente, ma anche per il sopravvenire di eventi come una malattia propria o di un familiare, una separazione, pur avendo le competenze e le capacità di essere autonome, hanno visto svanire le loro certezze e si trovano oggi in una condizione grave di vulnerabilità economica, sociale e psicologica Stiamo parlando dei cosiddetti nuovi poveri a volte chiamati "gli invisibili", poiché non facilmente intercettati dai Servizi e dal Volontariato storicamente impegnato nel contrasto alle povertà. In risposta a queste situazioni sono nati progetti innovativi fra cui quello dell'Emporio Solidale "Il Mantello".
Descrizione	Continuità e implementazione delle attività di rete tra istituzioni e privato sociale, per la realizzazione di servizi anche a bassa soglia che non rispondano soltanto a situazioni di logiche contingenti ma che sappiano coniugare la risposta ai bisogni primari ad un'azione di ascolto, presa in carico e investimento sulle capacità residue della persona.

	In continuità: 1) l'accoglienza in dormitorio e comunità: - Accoglienza Donne - Accoglienza Uomini - Accoglienza Uomini Emergenza Freddo 2) Progetti verso l'autonomia (tirocini, borse lavoro fondi Sociali e Sanitari etc…) 3)Protocollo Welfare ACER e Protocollo Hera 4) Emporio solidale "Il Mantello", Banco alimentare, Accoglienza nuclei famigliari in stato di disagio
Destinatari	Nuclei familiari fragili, in situazione di estrema povertà, del tutto sprovvisti di soluzioni alloggiative a fronte di: uscita da strutture di accoglienza per la conclusione di percorsi di tutela, sfratto dal libero mercato o decadenza dall'assegnazione. Nuclei che presentano fragilità multiple: mono-genitorialità, mancanza di reddito, problemi di salute, difficoltà di integrazione, che rappresentano elementi di rischio per la tutela dei minori in essi presenti. Persone in situazione di emarginazione spesso caratterizzate da condizioni di fragilità - utenti al termine di un percorso terapeutico residenziale con capacità e risorse personali, con un buon compenso clinico e autonomia che necessitano di essere supportati nella fase del reinserimento nel mondo lavorativo - utenti in trattamento ambulatoriale presso il Ser.D., con una lunga storia di dipendenza con o senza certificazione di invalidità, con limitate esperienze formative e di lavoro, con poche risorse personali, sociali e familiari con difficoltà relazionali e di adeguamento ad un contesto lavorativo strutturato. - persone in una condizione grave di vulnerabilità economica, sociale e psicologica. I cosiddetti nuovi poveri a volte chiamati "gli invisibili", poiché non facilmente intercettati dai Servizi e dal Volontariato storicamente impegnato nel contrasto alle povertà.
Azioni previste	1 - Sviluppo di un sistema coordinato di accoglienza nelle diverse realtà del terzo settore per nuclei familiari mono-genitoriali e/o in situazione di grave fragilità "multipla" che permetta l'accoglienza di nuclei familiari. 2 - Definizione di progetti condivisi con le associazioni del terzo settore accoglienti, volti a definire tempi e modalità con cui perseguire e raggiungere l'autonomia dei nuclei familiari accolti. 3 - Progetto di inserimento lavorativo per utenti non disabili in carico ad Area Minori e Adulti, appartenenti alla "fragilità", "nuove povertà", con prossimità al lavoro. 4 - Diversificazione delle accoglienze a seconda delle esigenze e problematiche sia di carattere sociale che sanitarie degli ospiti. 5 - Laboratorio di valorizzazione delle competenze, generativo di risorse ed empowerment (parole chiave: vedere "l'altro" come portatore di saperi e competenze): Obiettivo: attraverso un percorso laboratoriale/formativo avviare uno studio di fattibilità per la possibile costituzione di una Cooperativa di Comunità di Servizi. Rivolto a: A. il percorso proposto è rivolto per la parte Laboratoriale/Formativa sia ad operatori sociali/ sanitari/ educativi sia del Pubblico che del Privato Sociale (linguaggio condiviso, buone prassi, scambio di competenze) sia per beneficiari/utenti seguiti dalle Istituzioni e dal Terzo Settore considerati "vulnerabili/invisibili" attualmente tagliati fuori dalle risposte istituzionali; B. Sperimentazione in "micro" della cooperativa di Comunità ove protagonisti sono i beneficiari/utenti coinvolti nella fase A (coloro quindi che rimangono fuori dagli strumenti attualmente utilizzati dai servizi es. utenti che sono senza residenza ma con domicilio, persone che hanno concluso percorsi di autonomia/accoglienza, ex beneficiari dell'Emporio Solidale/percorsi di tutela/comunità ecc…). 6 - Potenziamento della ricerca di nuovi contesti di lavoro protetti e non al fine di promuovere e incentivare la collaborazione nei percorsi di reinserimento sociale dei pazienti Ser.D. attraverso l'attività lavorativa. - Sostegno a percorsi di formazione e attivazione di tirocini formativi 7 Il Mantello - Emporio Solidale E' un progetto di comunità nato per costruire un nuovo modello di prossimità a singoli e nuclei

	familiari fragili. Stiamo parlando dei cosiddetti nuovi poveri a volte chiamati “gli invisibili”, poiché non facilmente intercettati dai Servizi e dal Volontariato storicamente impegnato nel contrasto alle povertà. E’ strutturato con una cabina di regia (coordinata dal Comune di Ferrara) che unisce istituzioni (Azienda USL e ASP) e Terzo Settore ed un gruppo operativo che fa riferimento ad Agire Sociale capofila della rete dei soggetti promotori composta da: Associazione di volontariato Anche Loro, Associazione Badanti Nadiya, Caritas Diocesana, Associazione Centro Donna Giustizia, Associazione C’è vita e vita, Servizio Accoglienza alla Vita, Associazione Viale K. Le principali realtà imprenditoriali coinvolte sono Bper Banca, Coop Alleanza 3.0, Gruppo Hera, Telestense, Coop Camelot. Il Mantello si caratterizza come una forma di sostegno al reddito per un periodo da 6 a 18 mesi, per rendere il più possibile dignitosa la distribuzione di beni di prima necessità. Ad ogni beneficiario sono abbinati dei volontari, con i quali è possibile svolgere dei colloqui, con l’obiettivo di accompagnamento ed orientamento alle risorse della comunità. Il Mantello,quindi, si propone come strumento capace di attivare servizi diversi supporti alla persona per valorizzarne le potenzialità attraverso: - opportunità formative, - orientamento al lavoro e ai servizi socio-sanitari, - gestione del bilancio familiare, - riduzione sprechi alimentari ed educazione al consumo consapevole, - promozione della cittadinanza attiva - opportunità ricreative, artistiche e sportive Un patto di corresponsabilità tra la persona e Il Mantello impegna entrambi in un percorso non solo assistenziale, ma capace di condividere e monitorare reciprocamente obiettivi e risultati. La commissione di valutazione - costituita da Agire Sociale, ASP Azienda Servizi alla Persona Ferrara e Comune di Ferrara - ha il compito di valutare le domande di accesso all’Emporio. Nel 2017 sono state accolte 67 famiglie, a cui se ne sono aggiunte altre 52 a cavallo del 2018 per un totale di 119 nuclei familiari (in tutto 466 persone). 8 Azioni a contrasto della crisi - Banco alimentare Il contributo economico per le attività del Banco Alimentare, ha permesso di sviluppare le attività di raccolta e distribuzione di generi alimentari predisposte dal Centro di Solidarietà-Carità, per rispondere in maniera sempre più adeguata ed efficace ai bisogni di quelle persone, in costante aumento, che si vivono in condizioni di povertà, in particolare famiglie, giovani ed anziani in gravi ristrettezze economiche. A livello provinciale i bisognosi registrati nel 2017 dall’associazione sono circa 12.000, di cui 630 assistiti direttamente e il rimanente sostenendo e approvvigionando 75 enti caritatevoli della provincia (Caritas, Croce Rossa, Parrocchie, Associazioni, Cooperative Sociali, Comunità, etc.) che a loro volta distribuiscono alimenti a 11.400 persone. Sono stati distribuiti oltre 800.000 kg di alimenti per un controvalore commerciale stimato in 1.800.000,00 euro. Gli alimenti distribuiti provengono da tre grandi linee di approvvigionamento del magazzino: Agenzia Europea, Colletta Alimentare, donazioni di eccedenze da parte di industria agroalimentare e grande distribuzione della provincia. Inoltre sono stati raccolti e distribuiti 3200 farmaci per un valore di 20.000 €. L’associazione ha svolto l’attività attraverso la presenza stabile di 60 volontari. Durante l’anno sono stati coinvolti numerosi giovani dell’età compresa tra i 18 e 35 anni nelle fasi della distribuzione e della gestione della sede in qualità di volontari. Tale ricchezza ha permesso di svolgere: 1. attività di consegna delle derrate alimentari dai punti di consegna e successivamente agli Enti beneficiari ed alle famiglie bisognose; 2. la prosecuzione della ricerca di nuove convenzioni con industrie alimentari e catene di distribuzione per sfruttare e valorizzare le eccedenze alimentari; 3. un percorso a forte valenza educativa che coinvolge adulti e giovani nel contribuire quotidianamente, attraverso questa opera, al bene comune del territorio. Nel 2017 è stata svolta la colletta alimentare che ha coinvolto in totale 1400 volontari di tutte le età. A fianco di questa attività è stata svolta un’azione di coinvolgimento degli studenti delle scuole primarie e secondarie di Ferrara organizzando una giornata in cui gli stessi studenti hanno portato a scuola gli alimenti da donare, coinvolgendo così anche le proprie famiglie. I ragazzi hanno potuto essere protagonisti della gratuità e della carità attraverso le esperienze che i volontari (giovani e meno giovani) hanno loro testimoniato. Il 2017 ha visto l’allargamento della base sociale che collabora con l’associazione, migliorando e sviluppando la partecipazione della comunità e di conseguenza la dinamica del dono e del numero di kg

	raccolti. 9 Accoglienza nuclei famigliari in stato di disagio Progetti realizzati dalle Associazione di volontariato “Anche Loro” e “Comitato Alba Nuova” in collaborazione con l’ASP Settore Minori e il Centro Solidarietà e Carità -Banco Alimentare, con il principale intento di assistere alcune famiglie in difficoltà economiche, sostenendole nel percorso di integrazione sociale verso il raggiungimento dell’autonomia. L’accoglienza si rivolge a famiglie senza lavoro, con minori a carico, in situazione di grave disagio abitativo e/o colpite da sfratto esecutivo. Si offrono azioni di supporto ai giovani nella ricerca di un autonomia sia psicologica che lavorativa mediante esperienze socializzanti, di assistenza ai minori durante il percorso scolastico, interventi di pagamento delle utenze, accompagnamento ai servizi e ricerca di occupazione lavorativa. Il Comitato Alba Nuova , con circa 15 volontari attivi, fornisce alle famiglie straniere con bambini un alloggio in comodato gratuito, nonché gli strumenti e i mezzi per inserirsi e vivere del proprio lavoro per raggiungere progressivamente l’autonomia, per un totale di 3 famiglie (17 persone, 6 genitori e 11 minori). Inoltre nell’ambito del progetto è stata svolta un’attività di doposcuola ai bambini delle famiglie assistite cui hanno partecipato altri minori, figli di famiglie assistite in passato e bambini stranieri in difficoltà. L’Associazione Anche Loro che fornisce sostegno economico e psicologico alle famiglie: per gli adulti in modo da facilitare l’inserimento lavorativo, per i minori aiuto nelle attività scolastiche. Nel corso del 2017 l’associazione ha seguito 7 nuclei famigliari con minori e 3 persone fragili, accompagnando nel percorso 4 inserimenti lavorativi collaborando con ASP.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Collegamento scheda pdz N. 24 “CASA”
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ASP Ferrara, ASSP Copparo, SER.D Ferrara, Assessorato Politiche Abitative, ACER Ferrara, Agire Sociale, SAV, Viale K, Comitato “Albanuova”, Coop. “Ballarò”, Caritas.
Referenti dell'intervento	Federica Rolli (ASP), Norma Bellini (ASSP)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 838.536,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **74.954,07 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **249.695,93 €**
- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 4-: **93.386,00 €**
- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC…): **420.500,00 €**

Indicatori locali:6

1°: persone senza fissa dimora prese in carico
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:90 - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:80
- Obiettivo 2019:80
- Obiettivo 2020:80

2°: tirocini attivati
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:81 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:80
- Obiettivo 2019:80

- Obiettivo 2020:80

3°: utenti dell'Emporio "Il Mantello"

Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:229 - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:229
- Obiettivo 2019:229
- Obiettivo 2020:229

4°: persone assistite dal Banco Alimentare

Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:12000 - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:12000
- Obiettivo 2019:12000
- Obiettivo 2020:12000

5°: nuclei famigliari in stato di disagio accolti

Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:68 - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:70
- Obiettivo 2019:70
- Obiettivo 2020:70

6°:volontari coinvolti in azioni di contrasto alla vulnerabilità sociale

Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:50 - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:60
- Obiettivo 2019:60
- Obiettivo 2020:60

Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Approvato

Riferimento scheda regionale

11 Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Az.Usl di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**B;**

Razionale	Diversi si nasce, disuguali si diventa Sennet (2003) 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 principali strategie 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 prevedo 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 managemente) 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 diseguaglianze (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 diseguaglianze 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 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, evidenzia 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)1 o Equality and diversity rapid impact screening checklist2 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 diversity management, 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	A livello aziendale 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 monitoraggiodelle 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. A livello regionale: 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) Strumenti di lavoro: http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-5/intro http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-3/intro http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-6/intro
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	A livello aziendale 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 monitoraggiodelle 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. A livello regionale: 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) Connessioni con le seguenti Schede n. 9, 14, 27, 32.
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.feit
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Approvato

Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità
23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
25 Contrasto alla violenza di genere
38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali

Riferimento scheda distrettuale: Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**Comune**
Specifica soggetto capofila	**Comune di Ferrara - Capofila**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**B;**

Razionale	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 2006 il Comune di Ferrara ha aderito ai progetti SPRAR per l'accoglienza e protezione di

	richiedenti asilo e rifugiati in ottica di integrazione sociale e culturale. Ad oggi sono tre i progetti attivi: 1) 84 posti ordinari nei Comuni di Ferrara, Cento, Masi Torello, Tresigallo, Jolanda di Savoia, Argenta, Fiscaglia e Comacchio 2) 8 posti per persone con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata o con disagio mentale e/o psicologico a Ferrara 3) 36 posti per minori di cui 18 per accoglienza minori, 11 per neo maggiorenni, 7 accoglienza in famiglie di neo maggiorenni (in fase di attivazione) a Ferrara. Rispetto alla gestione dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) ASP : • garantisce la pronta accoglienza ai MSNA individuati sul territorio. • favorisce la presa in carico educativa e progettuale dei minori accolti, finalizzata alla definizione di percorsi d tutela giuridica, legale, amministrativa e alla definizione di percorsi volti all'inclusione sociale dei MSNA sul territorio. • costruisce e consolida una filiera istituzionale dell'accoglienza e dell'inclusione, promuovendo la definizione di un modello di accoglienza integrato a livello territoriale tra interventi statali, regionali e locali con la definizione di procedure e protocolli condivisi. CSII centro servizi integrati per l'immigrazione- Servizio di mediazione culturale ed accompagnamento amministrativo in Questura di Ferrara 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: ANCI, Ministero dell'Interno, 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 CPIA, 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 per i beneficiari del progetto SPRAR, il progetto del Ministero dell'Interno per l'accoglienza, la protezione e l'integrazione di richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale o umanitaria. 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. SPRAR L'Ente Locale e l'Ente Attuatore si incontrano, come da convenzione, in riunioni di équipe a cadenza bimestrale, dedicate alla discussione condivisa sui casi in accoglienza e sull'andamento dei percorsi individualizzati. Ogni due mesi l'Ente Attuatore si impegna inoltre a fornire all'Ente Locale una relazione aggiornata sull'andamento del progetto nella sua globalità. A cadenza variabile vengono infine organizzati incontri fra l'Ente Locale e l'Ente attuatore di tutti i progetti SPRAR del Comune di Ferrara per confrontarsi su tematiche di interesse comune e condiviso. Periodicamente vengono eseguite verifiche dal Servizio Centrale per monitorare l'attuazione dei progetti attivati. Servizi Erogati: - Accoglienza materiale - Mediazione linguistica-culturale - Orientamento e accesso ai servizi del territorio - Formazione e riqualificazione professionale - Orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo - Orientamento e accompagnamento all'inserimento abitativo - Orientamento e accompagnamento all'inserimento sociale - Orientamento e accompagnamento legale - Tutela psico-socio-sanitaria
Descrizione	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 servicies 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 o 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 o giovani e società multiculturale: scambi giovanili internazionali o interventi di prevenzione dell'abbandono scolastico o area giovani e G2 • diritto alla salute o attività per la promozione della salute femminile o coordinamento con Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria o attività di elaborazione di specifici accordi in tema sanitario • sicurezza e solidarietà o progetto Città Solidale e Sicura, patto per Ferrara Sicura • diritto al lavoro o collaborazione con il Centro per l'Impiego e le Agenzie per il lavoro

	o partecipazione al Consiglio Territoriale per l'Immigrazione • lotta alla discriminazione o partecipazione alla rete regionale antidiscriminazione o rapporto con UNAR – ufficio nazionale per la promozione delle parità di trattamento e la rimozione delle discriminazioni fondate sulla razza o sull'origine etnica o nodo di raccordo rete regionale antidiscriminazione • partecipazione e rappresentanza o partecipazione alla Consulta dei rappresentanti degli immigrati dei Comuni di Portomaggiore e Argenta o supporto al Comune di Ferrara per i lavori del Consiglio delle Comunità straniere e partecipazione agli incontri o promozione dell'associazionismo dei migranti o progettazione con il Centro Servizi per il Volontariato • programmazione o partecipazione ai tavoli di area dei piani di zona dei tre distretti o partecipazione agli incontri di coordinamento provinciali o partecipazione al Consiglio Territoriale per l'Immigrazione o 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 consulte 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
Destinatari	Cittadini stranieri Minori Stranieri Non Accompagnati, cioè privi di figure esercenti la responsabilità genitoriale, individuati nel territorio di Ferrara e collocati in emergenza. ATTIVITA' CSII -cittadini stranieri, Comunitari e di Paesi terzi residenti nel territorio della provincia di Ferrara; - richiedenti e titolari asilo, rifugio, protezione internazionale ed umanitaria presenti sul territorio della provincia di Ferrara; - operatori dei servizi dei Comuni della provincia di Ferrara - operatori delle Organizzazione del terzo settore operanti in area integrazione sociale, dell'inclusione e dell'immigrazione;
Azioni previste	Continuità del progetto di area vasta di mediazione interculturale attivo nei presidi sanitari territoriali e ospedalieri della provincia. Il progetto, nato come azione interaziendale nel 2007, si è consolidato con una rete articolata per sedi, funzioni e tipologia di prestazioni. Dal 2014 la mediazione interculturale è diventata , a seguito di gara, materia di area vasta. Partecipano sia la AUSL che la Azienda Ospedaliero Universitaria. Attualmente è stato deliberata anche dalla AUSL la proroga della assegnazione del servizio di mediazione interculturale, aggiudicato nel 2014 dalla Coop Camelot, per un anno dal 1 aprile 2018 per un importo (definito sulla tipologia dei bisogni) di euro 74.591. Questo intervento interagisce anche con altre schede non essendo rivolto solo ai minori. Prosecuzione attività di promozione dello strumento dei tutori volontari al fine di identificare nuove figure, non istituzionali, che prendano in carico le situazioni dei minori stranieri non accompagnati. Messa in rete di progetti già attivi sul territorio promossi dalla cooperazione sociale quale Progetto Vesta e Progetto Never Alone. AZIONI PREVISTE CSII Dal 2016 il CSII per lo svolgimento delle attività centralizzate si colloca all'interno della Casa della Salute "Cittadella S. Rocco" che consente agli utenti un accesso facilitato e la fruizione di servizi maggiormente integrati. 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 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 Questura e Prefettura, oltre che con gli altri Enti competenti, 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
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche Sociali, Sanitarie, Educative Politiche di genere e delle pari opportunità Servizi Sport, Decentramento del Comune di Ferrara
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	n. 23 Comuni della provincia di Ferrara; Uffici: URP relazioni con il pubblico; InformCittà; Anagrafe; Servizi sociali; Uffici Scuola, APS associazioni di promozione sociali , OdV organizzazioni del terzo settore, OO.SS organizzazioni sindacali, UTG Prefettura, Questura, AzUSL, AzOspedalieroUniversitaria, DTL direzione territoriale del lavoro, Ufficio Scolastico VI Ferrara; CPIA centro territoriale istruzione permanente degli adulti, ANCI ER, Servizio Centrale SPRAR
Referenti dell'intervento	Lucia Bergamini Dirigente Settore Servizi alla Persona Comune di Ferrara Mauro Vecchi Responsabile Ufficio di Piano Distretto Centro Nord
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 14.190.407,80**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **70.000,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **84.000,00 €**
- AUSL (*Costo medio Mediatore Interculturale***)**: **74.591,00 €**
- Altri fondi statali/pubblici(*Prefettura di Ferrara***)**: **13.831.216,80 €**

Risorse comunali: **130.600,00 €** di cui:

- Ferrara:**29.500,00 €**
- Distretto Ovest - contributo CSII:**30.000,00 €**
- Distretto Sud Est - contributo CSII:**71.100,00 €**

Indicatori locali:4

1°: cittadini stranieri coinvolti
Descrizione:

Tipo: Numerico
Situazione di partenza:33000 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:30000
- Obiettivo 2019:30000
- Obiettivo 2020:30000

2°: richiedenti e titolari asilo, rifugio, protezione internazionale ed umanitaria presenti sul territorio della provincia di Ferrara

Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:1000 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:800
- Obiettivo 2019:800
- Obiettivo 2020:800

3°: operatori dei servizi coinvolti

Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:255 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:200
- Obiettivo 2019:200
- Obiettivo 2020:200

4°: Posti SPRAR

Descrizione: posti ordinari nei Comuni di
Ferrara, Cento, Masi Torello,
Tresigallo, Jolanda di Savoia, Argenta, Fiscaglia e Comacchio
posti per persone con necessità di assistenza sanitaria, sociale e
domiciliare, specialistica e/o prolungata o con disagio mentale e
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:128 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:100
- Obiettivo 2019:100
- Obiettivo 2020:100

PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ E VALORIZZAZIONE DELLE DIFFERENZE DI GENERE, INTERGENERAZIONALI, INTERCULTURALI E DELLE ABILITÀ

Approvato

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
16 Sostegno alla genitorialità

Riferimento scheda distrettuale:PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ E VALORIZZAZIONE DELLE DIFFERENZE DI GENERE, INTERGENERAZIONALI, INTERCULTURALI E DELLE ABILITÀ

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Comune**
Specifica soggetto capofila	**Istituzione dei Servizi Educativi, Scolastici e per le Famiglie del Comune di Ferrara (Servizio Integrazione Scolastica – Ufficio Alunni Stranieri e Coordinamento Servizi Educativi Integrazioni) ASP Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**B;**

Razionale	Nelle scuole ferraresi sono presenti un numero crescente di minori di origine straniera. Con riferimento ai dati dell'ultimo anno scolastico, a Ferrara la percentuale degli alunni stranieri presenti nelle scuole secondarie di II grado è stata pari al 9,54%, del 13,01 nelle scuole secondarie di I grado, del 15,7% nella scuole primarie ed ha superato il 27% nelle scuole d'infanzia e nei nidi comunali. Il luogo di nascita varia molto in ragione dell'età degli alunni perché mentre solo il 20% dei ragazzi di nazionalità non italiana iscritti alle scuole Superiori ferraresi è nato in Italia, tale percentuale supera il 42% tra gli studenti delle medie, raggiunge il 70% tra gli allievi della scuola primaria ed è ancora superiore tra i bambini frequentanti i servizi educativi 0/6 anni. Nel corso degli ultimi anni sono stati inoltre tra i 70 e i 90 i bambini e ragazzi che ogni anno ogni anno scolastico per ricongiungimento familiare nelle scuole ferraresi senza una conoscenza pregressa della lingua italiana. La popolazione Sinti presente attualmente sul territorio ferrarese è composta da circa 90 persone tra cui 36 minori. In particolare nel Campo Nomadi di via delle Bonifiche sono presenti 13 nuclei familiari composti da 47 persone di cui 19 minori. Altre 18 persone vivono in appartamenti ACER mentre 23 persone vivono su due terreni di proprietà.
Descrizione	In generale tutte le azioni e gli interventi si propongono di promuovere parità di trattamento e inclusione scolastica e sociale delle famiglie straniere e Sinti presenti nella comunità locale ferrarese. Molti degli interventi hanno come target prioritario bambini e ragazzi e trovano quindi attuazione in ambito scolastico, ma esistono anche azioni specifiche volte a creare all'interno delle classi le premesse per esperienze positive di accoglienza, inclusione e scambio interculturale, nonché azioni specifiche mirate alle figure genitoriali e all'insegnamento della lingua italiana alle madri straniere che non la conoscono. Per le persone della comunità Sinti oltre ad interventi di accompagnamento scolastico dei minori sono inoltre previste cure mediche e odontoiatriche per i minori, accompagnamento a percorsi di fuoriuscita dei nuclei familiari dal campo nomadi e tirocini lavorativi.
Destinatari	Bambini e genitori di origine straniera residenti a Ferrara Popolazione Sinti e Rom presenti sul territorio comunale ferrarese
Azioni previste	1. ALUNNI STRANIERI: UNA RETE PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA

	- Interventi di mediazione interculturale - Laboratori Italiano L2 - Accoglienza minori neo-arrivati e Scuola Estiva italiano - Implementazione attività laboratori ali e di documentazione della scuola estiva 2. FAMIGLIE STRANIERE, EDUCAZIONE INTERCULTURALE, E VALORIZZAZIONE CULTURALE DEI PATRIMONI LINGUISTICI - Progetti per genitori e famiglie straniere e sportello "TI ASCOLTO" - Laboratori teatrali e azioni di educazione interculturale e di contrasto al razzismo - Progetti formativi per educatori e insegnanti su tematiche interculturali - Corsi di italiano per madri di allievi delle scuole d'infanzia e dell'obbligo (+ nursering) - Valorizzazione della lingua madre 3. IMMIGRAZIONE LINGUAGGI GENITORIALITA' - Realizzazione del corso di italiano per madre con bambini 0-3 anni presso il Centro Elefante Blu - Potenziamento di proposte di accoglienza e socialità per le madri straniere con bambini piccoli - Realizzazione dei corsi di lingua madre della Scuola dell'Incontro e sua estensione ai ragazzi delle Medie 4. LACIO DROM - Accompagnamento percorso scolastico e supporto doposcuola pomeridiano - Cure mediche dei minori , aspetto odontoiatrico e prevenzione - Accompagnamento all'uscita dal campo e per favorire l'autonomia - Promozione di tirocinii lavorativi e progetti autonomi nella ricerca del lavoro - Progetto transizione abitativa 5. PROGETTO TUINA - Labotori di prevenzione primaria per donne cinesi che si prostituiscono 6. COMUNI-CARE - Percorso formativo per operatori sanitari sulla relazione d'aiuto nel lutto prenatale 7. COME STANNO ZET@ E ALPH@ - Indagine sul Profilo di salute dei minori nati a Ferrara tra il 2004 e il 2017 8. PARI OPPORTUNITA' E VALORIZZAZIONE DIFFERENZE DI GENERE - Progetto di ASP Ferrara
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi di accoglienza e di sostegno nelle fasi di ricongiungimento familiare per i quali nel corso della primavera 29017 è stato sottoscritto un apposito Protocollo d'intesa inter-istituzionale Progetti interculturali di educazione e di contrasto a discriminazione e razzismo Percorsi di formazione di insegnanti ed operatori dei servizi
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Istituti Comprensivi Agire Sociale – e associazioni del terzo Settore che operano con bambini e famiglie straniere Servizio Sociale Minori
Referenti dell'intervento	MONINI TULLIO (Istituzione Servizi Educativi, Scolastici e per le famiglie) Altri Referenti : MONINI TULLIO, LAURA LEPORE (Azione 1 e 2) DONATELLA MAURO, ORSONI BIANCA, MONINI TULLIO (Azione 3) ANGELA MAMBELLI (Azione 4) TELLOLI ELEONORA (Azione 5) ZANI
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 141.788,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **21.600,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **97.700,00 €**
- Altri fondi regionali(*Progetto di semi autonomia, mediazione culturale nel Campo Nomadi*): **8.391,00 €**

Risorse comunali: **14.097,00 €** di cui:
- Ferrara:**14.097,00 €**

Indicatori locali:4

1°: bambini e ragazzi di origine straniera che frequentano corsi di lingua italiana nel periodo scolastico ed estivo
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:90 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:90
- Obiettivo 2019:90
- Obiettivo 2020:90

2°: donne straniere che frequentano corsi di italiano
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:38 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:38
- Obiettivo 2019:38
- Obiettivo 2020:38

3°: insegnanti ed operatori partecipanti a corsi di formazione interculturale
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:500 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:450
- Obiettivo 2019:400
- Obiettivo 2020:400

4°: minori di origine Sinti scolarizzati e assistiti sul piano sociale e sanitario
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:36 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:30
- Obiettivo 2019:30
- Obiettivo 2020:30

POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI DI ACCUDIMENTO FAMILIARE E NEI SERVIZI

Approvato

Riferimento scheda regionale

12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi
16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Altro**
Specifica soggetto capofila	**Istituzione per i servizi Educativi, Scolastici e per le Famiglie del Comune di Ferrara, Azienda Usl di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**B;**

Razionale	I primi mesi di vita e più in generale i primi tre anni di vita sono fondamentali per assicurare le stesse opportunità di crescita a tutti i bambini e, in particolare, appare senz'altro decisivo sostenere a questo fine le figure genitoriali e la relazione che essi instaurano con i figli, tanto più in una realtà territoriale come quella ferrarese caratterizzata da un indice di natalità tra i più bassi d'Italia e dell'intera Europa e una percentuale crescente di bambini nascono da madri immigrate.
Descrizione	Il Punto d'Ascolto Ben Arrivato è uno spazio aperto ai neo genitori (famiglie con bambini a 0 a 6 mesi) che ha come obiettivi principali quelli di prevenire la solitudine e la depressione delle madri dopo il parto; realizzare un intervento pluriprofessionale finalizzato a sostenere i genitori in difficoltà a prendersi cura e accudire il neonato; orientare i genitori ad un efficace utilizzo dei servizi territoriali, sanitari, sociali ed educativi soprattutto riguardo alle famiglie straniere. Nel corso del 2018 ci si propone un ampliamento innovativo del progetto finalizzato a raggiungere una fascia di popolazione nuova, quali le famiglie di recente immigrazione o i nuclei monogenitoriali che vivono situazioni di estrema fragilità e isolamento sociale. Il progetto Nido Aperto nasce per togliere dall'isolamento i bambini che per ragioni sanitarie, di handicap o altre difficoltà rilevanti di salute o socio-relazionali non possono fruire dell'esperienza educativa del nido nelle forme consuete. Nel Distretto Sud Est l'Azienda Asl insieme a coop Camelot ha attivato un percorso formativo di promozione della saluta e sostegno alla genitorialità per un gruppo di donne profughe inserite nel progetto SPRAR di Argenta che potrebbe essere esteso a partire dal 2019 anche sul territorio del Distretto Ferrara Centro-Nord
Destinatari	- Madri sole (lontano dalla famiglia d'origine, madri straniere, nuclei monogenitoriali), madri con parti gemellari, madri in età inferiori a 18 aa e superiori a 40 aa, madri di nati con prematurità lieve (tra la 34 e la 37 settimana di gestazione), nuclei con problematiche sanitarie del bambino e della madre stessa e nuclei con fragilità sociali e/o culturali o con poca rete sociale e amicale. - Bambini di età inferiore ai 3 anni con problematiche sanitarie rilevanti, disabilità o altre difficoltà che ne sconsigliano l'inserimento al nido
Azioni previste	1. PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO DELLE MADRI DOPO IL PARTO - Sostenere le mamme nel periodo perinatale attraverso visite domiciliari e colloqui presso il Cbf Piccola Casa - Conduzione di momenti in piccolo gruppo per neo genitori

	- Sostenere le neo mamme straniere attraverso il supporto di interventi di mediazione linguistico/culturale 2. NIDO APERTO - Frequenza al nido di bambini malati assieme ai loro genitori - Attuazione Protocollo di accoglienza nei servizi educativi di bambini e famiglie in difficoltà 3. BEN ARRIVATO… PICCOLO MIO - Contributo del Tavolo Salute Donne
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Programmi di promozione dell'allattamento materno Interventi di home visiting per nuclei familiari a rischio Promozione della rete dei servizi per bambini 0/3 e famiglie
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Ospedaliero-Universitaria – Clinica Ostetrico-Ginecologica Servizio di Pediatria di Comunità Pediatri di base Servizi educativi comunali 0-6
Referenti dell'intervento	MONINI TULLIO (Istituzione Servizi Educativi, Scolastici e per le famiglie) CORAZZA FABIO (Azienda USL) Altri Referenti: VECCHI MAURO, ANTONELLA BATTAGLIA (Azione 1) MONINI TULLIO, MAURO DONATELLA (Azione 2) CORAZZA FABIO, BECCATI ANTONELLA (Azione 3)
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 30.400,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **3.400,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **27.000,00 €**

Indicatori locali:2

1°: madri di neonati prese in carico
Descrizione: madri di neonati prese in carico nel corso dei primi 6 mesi di vita del bambino
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:164 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:160
- Obiettivo 2019:160
- Obiettivo 2020:160

2°: Interventi per bambini inseriti nei servizi 0/3
Descrizione: Interventi per bambini inseriti nei servizi 0/3 dal progetto Nido Aperto
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:250 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:250
- Obiettivo 2019:250
- Obiettivo 2020:250

SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

Approvato

Riferimento scheda regionale

8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale
12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
16 Sostegno alla genitorialità

Riferimento scheda distrettuale:SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Comune**
Specifica soggetto capofila	**Istituzione dei Servizi Educativi Scolastici e per le Famiglie del Comune di Ferrara ASP Ferrara - Servizio Sociale Minori Unione Terre e Fiumi ASSP di Copparo (FE)**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**Sì**
Aree	**B;**

Razionale	Per effetto della prolungata crisi economica non diversamente dal resto del territorio nazionale e regionale (ma semmai in forme particolarmente accentuate a causa della fragilità del sistema produttivo locale) anche sul territorio ferrarese si è verificato negli ultimi anni un aumento della povertà economica, educativa e relazionale dei bambini e parallelamente una crescente difficoltà nell'esercitare le competenze genitoriali che ha richiesto la messa in campo di interventi di aiuto e sostegno da parte di una pluralità di servizi. A fronte di una crescita dell'instabilità e della conflittualità familiare e di crescenti difficoltà di inserimento nel tessuto cittadino da parte delle famiglie straniere, l'impegno del Centro per le Famiglie comunale in particolare prevede servizi di counselling, la formazione di gruppi di mutuo-aiuto e interventi di rinforzo delle reti sociali e familiari mentre il servizio sociale professionale di ASP e ASSP Copparo prendono in carico attraverso lo Sportello di Segretariato Sociale le richieste di aiuto che vengono spontaneamente avanzate dalle famiglie (900 i casi seguiti nel 2017 a Ferrara città e 504 nei comuni del Copparese) oltre che di quelle esperienze di genitorialità, come quelle adottive ed affidatarie, che richiedono attenzioni peculiari. L'Unione Terre e Fiumi promuove una cultura più matura della genitorialità su di un territorio come quello copparese nel quale coesistono approcci differenti all'infanzia e alla genitorialità cercando di offrire servizi ed occasioni di incontro ed approfondimento alle famiglie che condividono le medesime difficoltà dovute alla crescita dei figli e di responsabilità che ne consegue.
Descrizione	Gli interventi previsti sono organizzati in piani di azione tra loro diverse che valorizzano competenze ed approcci dei servizi e degli operatori che se ne fanno concretamente promotori e carico. Caratterizza fortemente l'operatività del Centro per le famiglie l'obiettivo di intervenire in senso preventivo a supporto dei nuclei familiari più fragili ove vivono minori fornendo con il counselling, l'affiancamento familiare e il lavoro di gruppo un sostegno al nucleo familiare che aiuti a sviluppare competenze e responsabilità dei genitori. Valorizzare le risorse dei singoli e dei nuclei nello svolgere il compito genitoriale mira infatti a "normalizzare" le difficoltà e a co-costruire risposte più adeguate ed articolate ai diversi problemi del ciclo familiare. Parallelamente il Servizio Sociale Minori di ASP e ASSP è attivo nella definizione di progettualità multiple che sappiano coniugare la lettura del bisogno con risposte più articolate e flessibili da parte del contesto secondo un'operatività orientata alla definizione di progetti individualizzati a beneficio dei minori e al sostegno di tutte le forme di genitorialità fragile. L'impegno dell'Unione Terre e fiumi è volto d'altra parte a favorire la costruzione di un'alleanza educativa tra i genitori e le diverse agenzie educative e di servizio che sul territorio copparese

	si occupano di infanzia e adolescenza, un'alleanza che concretizzi nel tempo una "cultura dell'Infanzia" realmente condivisa e partecipata capace di superare le esperienze di genitorialità isolate e frammentarie che oggi soffrono di una carenza di dialogo e scambio
Destinatari	Genitori con figli minori e con problematiche tra loro, sia educative che relazionali e sociali: genitori separati, padri carcerati, genitori con figli disabili, nuclei familiari in forte difficoltà sul piano educativo e/o economico
Azioni previste	1. SOSTEGNO ALLE COMPETENZE GENITORIALI (Cpf) - Colloqui di counselling genitoriale - Colloqui di mediazione familiare - Conduzione incontri di gruppo per padri detenuti - Promozione e gestione di gruppi di genitori su temi legati alla genitorialità - Promozione e gestione di gruppi ai mutuo aiuto per genitori separati - Consulenza legale in diritto di famiglia 2. PROMOZIONE E SVILUPPO DELL'AFFIANCAMENTO FAMILIARE - Attivazione di 10/15 progetti di affiancamento - Due formazioni per famiglie affiancanti - Attivazione gruppo di auto mutuo aiuto per famiglie affiancanti - Attivazione gruppo di supervisione dei tutor - Attività di monitoraggio/valutazione dei progetti - Formazione nuovi tutors - Attività di promozione nelle scuole - Focus-group con famiglie che hanno concluso i progetti di affiancamento da almeno un anno 3. SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (ASP) - Attività di servizio sociale professionale c/o lo sportello di segretariato sociale del Settore volto all'accoglienza, all'ascolto e alla decodifica del bisogno - Facilitazione per l'accesso delle famiglie ai Servizi Educativi per l'Infanzia, agli Sportelli Informativi e all'erogazione dei Benefici previsti (bonus, esenzioni, accesso facilitato, ecc) - Consulenza informale e disponibilità al confronto per operatori dei Centri per le Famiglie, Sanità, Scuola, ecc, in relazione a situazioni di minori con relazioni familiari disfunzionali e disagio sociale - Inserimento in attività educative pomeridiane di gruppo per bambini e ragazzi in situazioni di rischio e/o di emarginazione sociale presso Centri Pomeridiani Convenzionati - Attività educative Domiciliari a favore di nuclei familiari particolarmente fragili, con funzione di sostegno delle competenze genitoriali e facilitazione all'inserimento sociale dei nuclei e dei minori - Attivazione di progetti di Volontariato Accogliente - Attivazione di Progetti di Affiancamento Familiare - Definizione di progetti e percorsi mirati al mantenimento delle abilità residue per minori disabili, sostegno alle famiglie nei compiti di cura e percorsi di sollievo al nucleo nei casi di gravissima disabilità in collaborazione con UONPIA - Partecipazione professionale attiva per la gestione del progetto "Extrascuola" volto alla copertura dei tempi estivi e pomeridiani per minori disabili e/o per situazioni di disagio sociale 4. PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA GENITORIALITA' (Unione Terre e Fiumi) - Presi nella rete: genitori e figli nell'epoca di WhatsApp - Prima la musica poi le parole - Cyberbullismo - Primo soccorso pediatrico per genitori nidi d'infanzia - Implementazione consulenza educativa - SOS dislessia – sportello informativo gratuito per genitori - SOS dislessia – corso di formazione per genitori - Protocollo libri "letti e riletti" - Equipe coordinatori dell'Unione

	- Integrazione Scolastica 5. SOSTEGNO AI GENITORI DEL COPPARESE (ASSP) - Attività di servizio sociale professionale c/o lo sportello di segretariato sociale del Settore volto all'accoglienza, all'ascolto e alla decodifica del bisogno - Facilitazione per l'accesso delle famiglie ai Servizi Educativi per l'Infanzia, agli Sportelli Informativi e all'erogazione dei Benefici previsti (bonus, esenzioni, accesso facilitato, ecc) - Consulenza informale e disponibilità al confronto per operatori dei Centri per le Famiglie, Sanità, Scuola, ecc, in relazione a situazioni di minori con relazioni familiari disfunzionali e disagio sociale - Inserimento in attività educative pomeridiane di gruppo per bambini e ragazzi in situazioni di rischio e/o di emarginazione sociale presso Centri Pomeridiani Convenzionati - Attività educative Domiciliari a favore di nuclei familiari particolarmente fragili, con funzione di sostegno delle competenze genitoriali e facilitazione all'inserimento sociale dei nuclei e dei minori - Attivazione di progetti di Volontariato Accogliente - Attivazione di Progetti di Affiancamento Familiare - Definizione di progetti e percorsi mirati al mantenimento delle abilità residue per minori disabili, sostegno alle famiglie nei compiti di cura e percorsi di sollievo al nucleo nei casi di gravissima disabilità in collaborazione con UONPIA - Partecipazione professionale attiva per la gestione del progetto "Centri estivi" ed "Attività post scuola" volto alla copertura dei tempi estivi e pomeridiani per minori disabili e/o per situazioni di disagio sociale - Azioni di promozione della responsabilità genitoriale attraverso l'organizzazione di momenti di confronto, sessioni di discussione guidata, con le famiglie in difficoltà sui temi di gestione delle conflittualità tra genitori e genitori figli - Attivazione di un tavolo per le conflittualità genitoriali, nell'ambito della Casa della salute, tavolo Minori - Progetto di counselling 0-11 per la conflittualità familiare e il rapporto genitori-figli-scuola per genitori di minori in età della scuola d'infanzia e dell'obbligo
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Gli interventi sono sviluppati in stretta correlazione operativa con i servizi comunali per l'infanzia e le famiglie, il servizio Integrazione scolastica minori disabili e stranieri, le direzioni degli Istituti Comprensivi e i servizi sanitari dell'Azienda Usl (UONPIA e Pediatria di Comunità)
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Scuole d'infanzia e dell'obbligo Servizi di Integrazione scolastica Azienda Usl (Case della salute e UONPIA) Direzione Casa Circondariale Agire Sociale – Centro Servizi per il Volontariato Associazioni e cooperative sociali del Terzo Settore
Referenti dell'intervento	MONINI TULLIO (Istituzione Servizi Educativi, Scolastici e per le famiglie) Altri Referenti: VECCHI MAURO, ANTONELLA BATTAGLIA, (Azione 1) VECCHI MAURO, ANTONELLA BATTAGLIA e ALESSANDRA GOBERTI (Azione 2) FEDERICA ROLLI e ANGELA MAMBELLI (Azione 3) CRISTI
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 802.532,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **51.396,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **61.604,00 €**
- Centri per le Famiglie: **21.076,00 €**
- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC…): **568.456,00 €**

Risorse comunali: **100.000,00 €** di cui:
- Ferrara:**100.000,00 €**

Indicatori locali:5

1°: genitori che accedono a colloqui di counselling, mediazione e sostegno attivate dai servizi
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:780 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:700
- Obiettivo 2019:700
- Obiettivo 2020:700

2°: minori in carico al servizio sociale di ASP e ASSP
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:60 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:60
- Obiettivo 2019:60
- Obiettivo 2020:60

3°: nuclei familiari sostenuti dal progetto affiancamento familiare e volontariato accogliente
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:8 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:7
- Obiettivo 2019:7
- Obiettivo 2020:7

4°: genitori che partecipano a corsi ed incontri sulla genitorialità
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:150 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:150
- Obiettivo 2019:150
- Obiettivo 2020:150

5°: padri che partecipano a gruppi di sostegno in carcere
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:16 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:20
- Obiettivo 2019:20
- Obiettivo 2020:20

Progetto adolescenza:interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti

Approvato

Riferimento scheda regionale

15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi
16 Sostegno alla genitorialità
17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Riferimento scheda distrettuale: Progetto adolescenza:interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**Comune**
Specifica soggetto capofila	**Comune di Ferrara - Capofila**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**B;**

Razionale	Note: Per una accurata analisi vedere la scheda allegata n.17 contenente tutti i dati della Provincia di Ferrara e la specifica del Distretto Centro Nord Descrizione sovra distrettuale 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. 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% (5258/15510 x100= 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 misson 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.
Descrizione	A Ferrara opera un Area Adolescenti e giovani che ha la dimensione di Tavolo Adolescenza distrettuale. Si articola per gruppo tecnici, seleziona le priorità e analizza la efficacia nel tempo delle prassi operative formali e informali. Le principali priorità: -attenzione e propositività nei confronti dei giovani NEET che stanno raggiungendo livelli elevati anche nel Distretto Centro Nord, accompagnandosi a un tasso di disoccupazione giovanile in crescita -attenzione sull'uso dei social network e della rete da parte degli adolescenti, il cui dimensionamento è tale che non si possano definire "strumenti" bensì stili di vita e modalità relazionali nuove che vanno comunque supportate da una formazione sul loro uso consapevole e responsabile -attenzione alle nuove modalità partecipative dei giovani maggiormente riconducibili all'adesione e alla fattiva presenza nelle associazioni che propongono iniziative artistiche e culturali; da qui la necessità di sostenere questa forma di partecipazione attraverso la sussidiarietà -collaborazione costante con le scuole e con le situazioni di difficoltà che fanno presente, supportandole anche con attività e metodologie non tradizionali (linguaggio teatrale, laboratori di creatività, progetti di lavoro comune e concorsi di idee) - presenza costante nelle scuole di operatori che siano soprattutto capaci di intercettare difficoltà negli adolescenti offrendo loro un supporto fattivo. Tali operatori nell'ambito del progetto "Punto di Vista" fungono anche da ponte e intermediazione tra servizi territoriali e scuola, offrendo quindi un supporto agli adulti significativi siano essi insegnanti e genitori - dopo la approvazione delle Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso e la approvazione della raccomandazione regionale denominata "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti", tra le priorità sono entrati i processi di integrazione sia con i Servizi Sociali- area minori-, sia con la U.O UONPIA per allargare il mandato del tavolo adolescenza dalla promozione del benessere, anche alla prevenzione del disagio e alla attenzione ai determinanti sociali che interagiscono con la cura di adolescenti con problematiche psicologiche e psichiche. - Consolidamento dell'attività di prevenzione presso Istituti scolastici del territorio -Ampliamento dell'attività di prevenzione in ambito extra-scolastico (corsi prof.li, cooperative..) - Progetto integrato Spazio Giovani – Sert - Attivazione di percorsi clinici per adolescenti in condizioni di disagio psicologico e sociale - Interventi di sostegno agli adulti del contesto - Ulteriore ampliamento del PROGRAMMA INTEGRATO ADOLESCENZA a casi complessi con

	diagnosi di DISTURBO GRAVE DI PERSONALITA'
Destinatari	Adolescenti in primis. Giovani. Associazioni giovanili Docenti Dirigenti scolastici Genitori di adolescenti Operatori sociali Operatori sanitari Educatori e operatori del terzo settore
Azioni previste	Ambito di prevenzione, cura e promozione della salute svolto da 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. Lo Spazio Giovani sperimenta la metodologia della PEER EDUCATION 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 . In riferimento ai temi della violenza di genere, gli operatori di S.G. si interfacciano con le operatrici 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). Gli Spazi Giovani partecipano ad attività di ricerca sul mondo giovanile in collaborazione con l'Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara. Ambito promozione del benessere psico-sociale -collaborazione alle iniziative organizzate dalle associazioni giovanili, dal punto di vista organizzativo - presentazione alle dirigenze scolastiche delle attività di supporto alla programmazione scolastica con il progetto ragazzi digitali e calendarizzazione degli incontri - presentazione alle famiglie degli alunni dell'Istituto secondario di I grado del laboratorio teatrale e dell'obiettivo di integrazione (essendo la scuola inserita in un contesto a forte incidenza migratoria) - organizzazione della terza edizione dei seminari formativi per gli operatori che lavorano con

	gli adolescenti “Essere adolescenti oggi” - continuazione con le necessarie ricalibrature del progetto “Punto di Vista” in tutte le scuole secondarie di I e II grado di Ferrara e provincia -organizzazione della nuova edizione del progetto per i NEET con la costruzione e divulgazione del bando, la raccolta e la verifica di congruità delle domande, della selezione e del calendario degli incontri teorici-rimotivazionali. Infine, inserimento prelavorativo per due mesi in azienda, dopo aver fatto il matching tra potenzialità del singolo giovane e le mansioni dei soggetti ospitanti Ambito della cura/ obiettivi UONPIA 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..). A livello provinciale il nuovo modello si sta spostando da interfaccia tra servizi a attività integrate tra servizi e dipartimenti. Alcuni esempi: • Le problematiche psichiatriche genitoriali sono gestite in team interdipartimentale • La prevenzione dell’abbandono scolastico è funzione integrata • La gestione della conflittualità familiare è funzione integrata • Abuso,maltrattamento,affidi,adozioni sono oggetto di team integrato socio sanitario 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.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Politiche del lavoro Programmazione delle singole scuole Piano attuativo dell’Azienda Sanitaria di Ferrara Piano dell’Ufficio Scolastico Territoriale Programmazione dell’Istituzione dei servizi educativi e scolastici Piano Regionale della prevenzione Emilia Romagna Programmazione culturale e giovanile dell’Assessorato a Cultura, Turismo e Giovani Progetto Adolescenza della Regione Emilia Romagna Tavolo Provinciale Adolescenza Tavolo della Prefettura sui comportamenti a rischio
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Servizio Manifestazione culturali del Comune di Ferrara, ASAFE, Dirigenze scolastiche, UST, Agire Sociale, Istituzione dei servizi educativi e scolastici, Ausl Ferrara, Tavoli distrettuali,

	UNIBO, UNIFE, Comuni di Codigoro e di Cento come capofila dei Distretti Sud Est e Ovest, associazioni del terzo settore, Prefettura, Forze dell'Ordine
Referenti dell'intervento	Sabina Tassinari s.tassinari©comune.fe.it PAOLA Castagnotto p.castagnotto@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 120.000,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **100.000,00 €**

Risorse comunali: **20.000,00 €** di cui:
- Ferrara:**20.000,00 €**

Indicatori locali:6

1°: copertura della popolazione adolescenziale
Descrizione: % di copertura della popolazione adolescenziale
(n° di soggetti coinvolti rispetto alla popolazione target)
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:5000 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:6000
- Obiettivo 2019:6000
- Obiettivo 2020:6000

2°: adulti significativi coinvolti
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:600 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:600
- Obiettivo 2019:600
- Obiettivo 2020:600

3°: tipologia di iniziative attivate
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:10 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:10
- Obiettivo 2019:12
- Obiettivo 2020:12

4°: giovani coinvolti nelle iniziative promosse dalle associazioni
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:500 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:500
- Obiettivo 2019:500
- Obiettivo 2020:500

5°: Punti di accesso dedicati agli adolescenti

Descrizione: 2 per ciascun Distretto
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:3 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:4
- Obiettivo 2019:5
- Obiettivo 2020:6

6°:attivati
dagli Spazi Giovani tra cui di prossimità
Descrizione: 2 per ciascun Distretto
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:3 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:4
- Obiettivo 2019:5
- Obiettivo 2020:6

Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità

Approvato

Riferimento scheda regionale

18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**ASL DI FERRARA- DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE INTEGRATO ASL ED AO**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**B;**

Razionale	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). Tabella "Tasso standardizzato di natalità (anni 2010-2016)" per 1.000 ab: Vd Scheda 18 allegata 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 Vd Tabella di sintesi contenuta nella Scheda 18 allegata 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. Nel distretto Centro Nord le azioni del progetto Spazio Giovani PIU' consistono nell'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. Dopo una prima accoglienza, da parte di un medico ginecologo e un'ostetrica, sarà possibile attivare consulenze: - nutrizionali, - psicologiche, - ginecologiche, - urologiche Il centro potrà provvedere anche all'attivazione di percorsi con i servizi sanitari e sociali del territorio.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	La programmazione e realizzazione di questi interventi richiede coordinamento e sinergia tra i Consultori Familiari ed i servizi dei 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	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Approvato

Riferimento scheda regionale

19 Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**AUSL DI FERRARA - DISTRETTO CENTRO NORD**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**B;**

Razionale	Il Gioco d'azzardo patologico rappresenta una forma di dipendenza che evidenzia le principali caratteristiche dell'addiction: l'intenso e persistente desiderio di giocare d'azzardo e l'impossibilità di resistervi (craving), l'insorgenza di una serie di sintomi quali irrequietezza, ansia, disforia, disturbi del sonno, quando si è impossibilitati a giocare (astinenza), infine la necessità di giocare somme di denaro sempre più ingenti e con maggiore frequenza per riprodurre il medesimo vissuto di euforia e gratificazione (tolleranza). 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 coping 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 indirizzo della D.R.G. 2098/2017.
Descrizione	Coordinamento provinciale dei SerD che si occupano di ludopatia. Accoglienza, gestione dei gruppi, prevenzione all'interno delle scuole e dei centri per anziani, collaborazione con

	l'Associazione “Fuori dal Gioco” di Ferrara.
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 a) 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: • formazioni specifiche dirette ai team progettuali al fine di promuovere la conoscenza e la consapevolezza dei rischi correlati alle pratiche del gioco d’azzardo attraverso • attivazione di interventi di prossimità fisica sulla base delle specificità e delle priorità progettuali emerse dai team distrettuali in collaborazione con le Associazioni • organizzazione di 1 Evento pubblico in collaborazione con Enti Locali, Ausl, Associazioni, Terzo Settore. Ogni evento sarà il prodotto del lavoro fatto dai team progettuali distrettuali, accompagnato da esperti e testimonial b) Interventi di informazione e sensibilizzazione diretta ai cittadini e agli esercenti: - Utilizzo della Mappa dei locali con gioco d’azzardo al fine di proporre le iniziative di sensibilizzazione sui rischi legati alla dipendenza da gioco - Formazione/informazione/sensibilizzazione esercenti sui danni del GAP e sulla normativa vigente - Distribuzione di materiale informativo per la sensibilizzazione degli esercenti predisposto dalla Regione E-R (locandine, vetrofanie) c) Sostegno e consulenza alle famiglie dei giocatori in collaborazione con Associazione Fuori dal Gioco presso il Punto di Ascolto Grattacielo 183 ed invio al SerD 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 Centro Nord, Tavolo della Prefettura, Promeco, Ausl, Comune e Scuola: - 1 percorso formativo diretto ai docenti sul fenomeno del gioco d’azzardo finalizzato alla predisposizione di percorsi curriculari (4 ore); - 1 percorso formativo diretto ai genitori (4 ore) I percorsi formativi prevedono: 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. - percorsi didattici e laboratori diretti agli studenti sui temi dell’educazione alla legalità e del contrasto della diffusione del gioco con le scuole che aderiscono al progetto. 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: - Punto informativo c/o le Case della Salute di Ferrara e di Copparo in collaborazione con le Associazioni; - Incontri informativi nei Centri Sociali per Anziani; - Promozione di inchieste sul territorio con un esperto di media in accordo con la progettazione dell’Ufficio Comunicazione dell’Azienda Usl 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: - Potenziamento dei percorsi di cura del Centro di cura del gioco patologico a valenza provinciale con sede a Ferrara: Accoglienza e analisi dei bisogni, Diagnosi, Progettazione percorso terapeutico integrato tra vari professionisti (assistente sociale, psichiatra, psicologo), Conduzione gruppi terapeutici per giocatori, Conduzione gruppi di sostegno per familiari, Psicoeducazione, Sostegno alle associazioni che gestiscono gruppi di auto aiuto, Formazione operatori SerD e delle Comunità Terapeutiche;

	- Punto di accoglienza e lettura dei bisogni nei SerD periferici, con accompagnamento alla presa in carico attraverso colloqui motivazionali e sostegno psicologico finalizzati all'invio al SerD di Ferrara per i trattamenti terapeutici specifici.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Professionisti sanitari dell'Ausl e professionisti delle Asp, volontari Punto d'ascolto – Grattacielo 183, studenti, insegnanti, operatori di strada, Promeco
Referenti dell'intervento	Referente dell'Intervento (nominativo, mail e recapiti): Dott.ssa Cinzia Veronesi, cinzia.veronesi@ausl.fe.it tel. 0532/760166; Responsabile di Scheda: Dott.ssa Luisa Garofani Direttore UO SerD, Dott.ssa Doriana Beltrami Responsabile M.O. SerD Centro Nor
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 184.285,00**

- Programma gioco d'azzardo patologico: **184.285,00 €**

Indicatori locali:0

AZIONI PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO E IN SALUTE E DI TUTELA DELLA FRAGILITÀ NELL'ANZIANO INNOVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI PER ANZIANI NELL'AMBITO DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Approvato

Riferimento scheda regionale

20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Az. Usl di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**No**
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	**A;**

Razionale	Il progressivo invecchiamento della popolazione costituisce un trend demografico caratterizzante l'Emilia-Romagna, così come l'Italia e in generale i Paesi occidentali. In Emilia-Romagna nel 2015 l'indice di vecchiaia è pari a 175,5, valore superiore a quello nazionale e di altri Paesi europei. Nella provincia di Ferrara questo valore sale ulteriormente (valore medio di poco inferiore a 250), raggiungendo il suo massimo proprio all'interno del Distretto Centro Nord (277,3 nel 2017), con punte straordinariamente elevate in alcuni comuni del territorio dell'unione Terre e Fiumi (valore massimo 400), dove si assiste anche all'accentuazione dei fenomeni di isolamento sociale indotti dalla bassa densità abitativa con conseguente accentuazione della fragilità individuale. 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 spettanza 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 proiezione 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 determinar il benessere individuale. L'analisi dell'utenza anziana e adulta fragile in carico con servizi di sostegno alla domiciliarità ha rilevato una quota superiore al 20% di persone che necessitano di un supporto leggero di aiuto domiciliare volto a mantenere idonee condizioni degli ambienti di vita. L'utenza parzialmente autonoma tende sempre più a trascurare il proprio ambiente domestico e la propria alimentazione (anche per difficoltà nell' approvvigionamento nei territori a maggior dispersione di popolazione) concentrandosi prevalentemente sulla cura della salute e l'igiene personale. Questo fenomeno è frequente soprattutto negli anziani soli, in particolare dopo un periodo di acuzie di malattia, e può determinare un severo deterioramento dell'igiene ambientale ed un ulteriore scadimento dello stato generale, che rischiano di vanificare ogni intervento più specialistico e professionale indirizzato alla cura della persona. In queste condizioni la preservazione del benessere individuale può essere ulteriormente complicata dalla difficoltà di accesso ai servizi sanitari, soprattutto nelle aree più disagiate e periferiche. 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 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. 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.
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. In questo ambito è stata realizzata un'analisi delle azioni innovative che costituiscono punto di riferimento di buone pratiche (es. gruppi di teatro con anziani, che diventano opportunità anche per i loro familiari e giovani studenti/tirocinanti; gruppi di anziani per la narrazione delle loro storie di vita/o canzoni e, quindi, mantenere viva la memoria). 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 un accesso ed una risposta ai bisogni della popolazione anziana, integrati, multidisciplinari, e 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. Dal 2007 ad oggi sono intervenuti molti cambiamenti, ben descritti nello scenario socio-demografico ed economico alla base del nuovo PSSR; l'andamento demografico e l'invecchiamento della popolazione; la struttura della famiglia che si riduce; la fragilità delle famiglie e la povertà che cresce; il crescente disagio abitativo, le nuove cronicità. Da qui la necessità di uno sforzo di riprogettazione del sistema di welfare, che, ferma restando l'esigenza di consolidare ed integrare la rete dei servizi, punti anche ad una profonda innovazione sociale, per mettere in campo nuove risorse e nuove modalità di presa in carico delle persone. Nel 2017 ASP Ferrara ha iniziato la sperimentazione di progetti innovativi, individuando un nucleo di utenti in carico nei settori adulti e anziani con caratteristiche di fragilità che si

	esprimevano con un pericoloso livello di trascuratezza dell'igiene domestica. Su questo target di utenza si è concentrato l'intervento dell'assistente sociali e dell'oss per attivare gruppi di operatori di base che grazie ad un "pacchetto di interventi domiciliari" dedicati all'igiene hanno ripristinato condizioni igieniche appropriate intervenendo anche su aspetti di organizzazione della quotidianità. ASSP Unione Terre e Fiumi sta progettando l'attivazione di forme facilitate di trasporto a prenotazione, per permettere agli anziani soli o impossibilitati a muoversi in autonomia di essere accompagnato a visite mediche, cure periodiche, appuntamenti per commissioni sanitarie. Vengono ribaditi i principi su cui fondare i progetti di innovazione: universalismo, governo del pubblico, valorizzazione del lavoro di cura, migliore integrazione socio-sanitaria, partecipazione attiva e diffusa di cittadini singoli o associati.
Destinatari	tutta la popolazione anziana (autosufficienti, fragili, non autosufficienti), utenza adulta con disabilità o a rischio di disabilità, caregivers/famiglie
Azioni previste	- 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. □ Promuovere la 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. Nel triennio 2018-20, visto un primo riscontro positivo sia dell'utenza sia dei caregiver, dovranno essere stabilizzati i "pacchetti di interventi domiciliari" personalizzati previsti dalla progettualità ASP-FE a favore delle persone fragili. Andrà sostenuto lo sviluppo delle progettualità di ASSP volte al miglioramento e allo sviluppo della collaborazione con le Ass. di Volontariato del territorio, valutando l'ampliamento dei servizi per la tipologia di utenza definita "fragile". In particolare andrà valutata la strutturazione di interventi "SAD leggeri", di natura sociale (accudimento casalingo, cura della casa/spesa), per sostenere gli anziani fragili a domicilio, soprattutto nelle situazioni temporanee di perdita dell'equilibrio dello stato di salute. -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 sollievo 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, con inserimenti in setting appropriato (Nucleo Residenziale Demenze ASP FE) in condizioni che garantiscano l'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 forma 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 storicizzazione 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 rendere omogenei i regolamenti all'interno del Distretto e 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. Promuovere un metodo di confronto permanente sull'utilizzo del FRNA: risorse, priorità nell'utilizzo dei residui, compartecipazione alla spesa, strumenti di gestione.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	scheda 39 (livelli essenziali delle prestazioni sociali) scheda 5 (caregiver) DGR 771/2015 – Piano Regionale di Prevenzione
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ASL ASP ASSP Soggetti accreditati, Terzo Settore
Referenti dell'intervento	Franco Romagnoni f.romagnoni@ausl.fe.it DASS
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 282.824,75**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **3.000,00 €**
- FRNA: **279.824,75 €**

Indicatori locali:6

1°: progetti
innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia
Descrizione: NSD a sostegno del mantenimento a domicilio,
SAD regolamento provinciale, progetti SAD ASP e
ASSP
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:2 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:2
- Obiettivo 2019:2
- Obiettivo 2020:2

2°: monitoraggio della
compartecipazione alla spesa dei cittadini ai servizi socio sanitari
Descrizione:
Tipo:S | N
Situazione di partenza:n - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:S
- Obiettivo 2019:S

- Obiettivo 2020:S

3°: Approvazione
di un regolamento regionale per le Case famiglia e linee guida per i regolamenti comunali
Descrizione: adeguamento a LG RER, tavoli di confronto con OOSS (tutela del lavoro/QdV nelle CF)
Tipo:S | N
Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:S
- Obiettivo 2019:S
- Obiettivo 2020:S

4°: Realizzazione
di iniziative di promozione di stili di vita salutari, con particolare riferimento all'attività fisica
Descrizione: es. gruppi di cammino, corsi di attività fisica adattata. come da Piano Attuativo Locale dei progetti RER di Prevenzione
Tipo:S | N
Situazione di partenza:N - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:S
- Obiettivo 2019:S
- Obiettivo 2020:S

5°: .
Realizzazione della nuova edizione dell'indagine "Passi d'Argento" sulla popolazione di età >= 64 anni
Descrizione:
Tipo:S | N
Situazione di partenza:N - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:S
- Obiettivo 2019:S
- Obiettivo 2020:S

6°:Realizzazione
di iniziative di confronto locale sulle buone pratiche
Descrizione:
Tipo:S | N
Situazione di partenza:N - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:S
- Obiettivo 2019:S
- Obiettivo 2020:S

Misure a contrasto della povertà

Approvato

Riferimento scheda regionale

22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**ASP**
Specifica soggetto capofila	**ASP Ferrara, ASSP, Coordinamento tecnico territoriale**
In continuità con la programmazione precedente	**No**
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	

Razionale	Per fronteggiare il fenomeno di povertà che nell'anno 2015 ha raggiunto i 4 milioni di individui, si è individuata da parte della RER una misura di contrasto e sostegno al reddito (RES) che si è avviata a Settembre 2017. In Emilia-Romagna, nei primi due mesi di avvio si sono registrate 6.059 domande per ottenere il Reddito di solidarietà. Partito a metà settembre, quasi 2.000 richieste hanno già ottenuto il via libera dall'Inps, che ne ha giudicate 1.692 idonee al finanziamento del Res e 225 al Sia (Sostegno all'inclusione attiva), la misura nazionale riservata a nuclei familiari con minori. Sulle restanti 4.000 domande sono tuttora in corso i controlli. In sostanza, senza il Reddito di solidarietà voluto dalla Regione sarebbero state poco più di un decimo le persone ad aver avuto un sostegno contro la povertà. I richiedenti si dividono pressoché alla pari fra uomini (50,6%) e donne (49,4%), persone con più di 45 anni (65,7%) e nella gran parte dei casi (69%) senza minori a carico. E' la fotografia di chi è stato ammesso al Res, persone che vivono in situazione di grave povertà, che faticano ad arrivare a fine mese, spesso con in comune il dramma della disoccupazione. A livello territoriale, le richieste arrivate ai Servizi sociali sono state: 1.556 per la provincia di Bologna, 912 a Modena, 591 a Rimini, 573 a Ravenna, 571 a Reggio Emilia, 514 a Ferrara, 497 a Parma, 477 a Forlì-Cesena e 368 a Piacenza. A livello nazionale, dal 1gennaio 2018, il REI che è anch'essa misura di contrasto alla povertà ha sostituito il Sia che era nato nel Maggio 2016. Il servizio è a domanda individuale In particolare, dai dati presentati lo scorso 3 Aprile 2018 da INPS emerge che le misure di contrasto alla povertà hanno raggiunto il 50% della platea potenziale coinvolgendo 870 mila persone. La maggior parte dei benefici vengono erogati al Sud: sette beneficiari su dieci vivono infatti nelle regioni meridionali, con in testa Campania, Calabria e Sicilia. L'importo medio mensile e' di 297 euro e risulta variabile a livello territoriale con un minimo di 225 euro per la Valle d'Aosta fino ai 328 per la Campania; complessivamente le regioni del Sud hanno valore medio più alto di quelle del Nord e del Centro. Quanto alla composizione dei nuclei, quelli con minori risultano essere 57.000, rappresentando il 52% dei nuclei beneficiari e coprendo il 69% delle persone interessate. I nuclei con disabili rappresentano invece il 20% dei nuclei beneficiari, coprendo il 20% delle persone interessate. Ad oggi i Servizi Sociali del Distretto Centro Nord di Ferrara, hanno istruito e inoltrato complessivamente quasi 1000 domande tra Sia, Rei e Res di cui 721 su Ferrara, Masi Torello e Voghiera e 230 sui 6 Comuni dell'Unione Terre e Fiumi. L'attuazione a livello regionale del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà'" sarà declinata identificando l'ordine di priorità degli interventi e servizi necessari a rafforzare il sistema distrettuale per il contrasto alla povertà.
Descrizione	L'attivazione delle Misure RES REI determina certamente un'opportunità per avvicinare e sostenere le diverse forme di povertà che si determinano nella società. Le misure previste escono dalla logica storica del mero assistenzialismo per tentare di collegare

	la misura economica ad un patto di condizionalità del soggetto fragile e bisognoso, al fine di riattivarne le competenze e le funzioni sociali, condividendo con esso un progetto di attivazione.
Destinatari	RES: nuclei familiari, anche unipersonali, di cui almeno 1 componente sia residente nella Regione da 24 mesi REI: residente in Italia in via continuativa da almeno 2 anni al momento della presentazione della domanda; i nuclei familiari devono avere almeno 1 delle seguenti condizioni: presenza di un minorenne " " persona con disabilità " " donna in gravidanza accertata " " persona con età pari o superiore a 55 anni e con valore ISEE non sup. a 6000 euro un valore ISRE non superiore a 3000 euro un valore del patrimonio immobiliare non sup. a 20.000 euro, diverso dalla casa di abitazione un valore del patrimonio mobiliare, non sup. a 10.000 euro non ci devono essere altri ammortizzatori sociali o prestazioni di assicurazione sociale per l'impiego non deve possedere auto o motoveicoli immatricolati la prima volta nei 24 mesi antecedenti la richiesta
Azioni previste	Le persone interessate si rivolgono allo sportello in ASP/ASSP e formulano la richiesta in base ai requisiti posseduti e richiesti dalle singole misure; le domande raccolte, vengono inserite in apposito portale INPS che elaborerà poi le stesse e formulerà l'accesso ad una delle singole misure. I servizi sociali territoriali, sulla base di valutazione multidimensionale dei bisogni e delle potenzialità di ciascuna famiglia o singolo individuo, dovranno garantire interventi personalizzati di presa in carico, orientamento, monitoraggio e attivazione di interventi sociali in rete con altri servizi pubblici e privati del territorio. Attuazione delle misure previste all'art.7 comma 1 dlgs 147/2017 secondo il seguente ordine di priorità: rafforzamento servizio sociale territoriale, elaborazione progetto personalizzato per nuclei in cui si presenti una situazione di bisogno complesso (anche con bambino nei primi 1000 giorni di vita), potenziamento punti di accesso/sportelli sociali.
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	L.R.14 del 2015 Bonus Energia Elettrica Bonus Rifiuti Bonus Nidi/Asilo Bonus Baby sitter Protocollo Hera RETE ATTIVA PER IL LAVORO servizi sono rivolti a persone disoccupate da almeno quattro mesi e senza il sostegno di ammortizzatori sociali, che si rivolgono ai centri impiego per il supporto alla ricerca di lavoro. Se decidono di avvalersi di operatori privati accreditati dalla Regione a tal fine , accedono ai seguenti servizi: supporto nella ricerca di opportunità lavorative, incontro domanda/offerta di lavoro o consulenza per l'avvio di impresa, tirocini, servizio di formalizzazione/certificazione delle competenze. La misura non è compatibile con la l.r.14/15 FONDO REGIONALE DISABILITA' l'invio alle attività avviene esclusivamente attraverso l'Agenzia Regionale Lavoro, ed è riservato alle persone con disabilità iscritte al collocamento mirato(L.68/99) alla effettiva ricerca di un lavoro. Le misure possibili sono : orientamento specialistico, formazione breve o a qualifica, tirocinio con indennità e se del caso certificazione delle competenze, attività di sostegno nel contesto formativo-lavorativo. La misura non è compatibile con la l.r.14/15 FORMAZIONE PERMANENTE per persone prive di lavoro che necessitano di rafforzare le proprie competenze per l'inserimento nel lavoro: corsi brevi di vari livelli di alfabetizzazione informatica , alfabetizzazione linguistica (inglese ed italiano per stranieri), competenze

	trasversali per stare nelle organizzazioni di lavoro. La misura è compatibile con la l.r.14/15. FORMAZIONE PER IL CONTRASTO ALLA DISPERSIONE rivolta a giovani neet tra i 18 e 24 anni, sulle qualifiche della formazione professionale (600 ore con 240 di stages). I corsi possono essere proposti alla regione dagli Enti soltanto con utenza già individuata. G.G. - GARANZIA GIOVANI attività riservate a giovani 18-29 anni , neet : - dopo la did online, il giovane deve recarsi al cpi per il patto di servizio e si avvarrà poi di -orientamento specialistico (fino al 30 giugno) - promozione tirocini e certificazione competenze. - finanziamenti agevolati senza interessi per iniziative di auto impresa/auto impiego. - formazione online sulle competenze per le imprese ("Crescere in digitale") -Incentivo neet : per le imprese che assumono a tempo indeterminato o con un contratto di apprendistato professionalizzante, decontribuzioni fino a 8.000 euro annui.
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	RER, Comune, ASP FE/ASSP Unione, INPS
Referenti dell'intervento	Federica Rolli Direttrice ASP Ferrara f.rolli@aspfe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 400.856,56**

- Fondi FSE PON inclusione -Avviso 3-: **400.856,56 €**

Indicatori locali:2

1°: domande presentate e accolte per SIA e REI e RES
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:1230 - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:1200
- Obiettivo 2019:1200
- Obiettivo 2020:1200

2°: assistenti sociali per abitanti
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:0 - **Riferita al:**31/12/2016
- Obiettivo 2018:5
- Obiettivo 2019:5
- Obiettivo 2020:5

Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili – L.R. 14/2015

Approvato

Riferimento scheda regionale

23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Altro**
Specifica soggetto capofila	**Agenzia per il Lavoro, ASL, ASSP Copparo, Asp Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**C;**

Razionale	La situazione di crisi economica protrattasi in questi ultimi anni ha avuto ricadute importanti anche sulla nostra Provincia aumentando le situazioni di disagio socio economico e facendo emergere in maniera importante una fascia sociale di fragilità, che trasversalmente accomuna giovani e adulti e che di fatto ne impedisce la ricollocazione nel mercato del lavoro e ritarda le opportunità e tempi per una gestione in autonomia della propria esistenza. Il Distretto Centro Nord, a seguito dell'avvio a fine anno 2017 del primo Piano attuativo dell'Accordo di programma 2017, in attuazione della prima fase della legge regionale 14/2015, sta già raccogliendo dati significativi e utili per la programmazione 2018. In particolare ad oggi sul Distretto Centro Nord si rileva come la profilazione eseguita dai tre servizi di accesso della legge 14 (Sociale, Sanitario e Lavoro) consegni un dato quantitativo superiore al previsto di coloro che mostrano condizioni di fragilità in ingresso che permettono il passaggio alla scheda di profilazione successiva. Ad oggi, dopo 4 mesi di attivazione delle Equipe multi professionali del distretto Centro Nord, i servizi sociali, sanitari e del Lavoro hanno profilato 890 persone, 470 sono state inviate al secondo livello di profilazione e 170 sono risultate " fragili e vulnerabili " con invio all'EMP: 120 sono state validate dall'Equipe, che ha attivato le misure di intervento approvate per il territorio e gestite dall'Ente di formazione attuatore del piano di interventi. Situazione al 10/02/2018 Interventi attivati da Equipe Multi Prof.le Progetti partiti * 24 28 52 Tirocini in corso di svolgimento 8 14 22 Partecipanti previsti formazione lunga** 4 0 4 Partecipanti previsti formazione permanente** 0 5 5 Maschi 21 29 50 Femmine 53 17 70 Italiani 53 32 85 Stranieri 21 14 35 Tutoraggi previsti nei progetti 5 6 11 Orientamento previsti nei progetti 7 28 35 Tirocinio tipo D 64 31 95 Tirocinio tipo C 4 14 18 Corso sicurezza 68 46 114 *persone contattate dagli Enti di Formazione per primo colloquio. I restanti ad arrivare a 120 validati da EMP, entro 60gg devono ricevere Programma personalizzato per la firma. ** nessun corso è partito perché non è stato raggiunto il numero minimo di partecipanti La tipologia di utenza fragile ad oggi profilata e vagliata in equipe è soprattutto in carico congiunto all'Agenzia per il lavoro e ai Servizi Sociali delle due ASP. Al momento più contenuti numericamente risultano i casi di prevalente componente sanitaria del caso in carico. Promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità –programmazione e attuazione integrata tra servizi sanitari sociali e lavoristi è quindi una priorità di questo intervento

	progettuale. Si accede al servizio dopo una specifica profilatura da parte di equipe multi-professionali che valutano il bisogno della persona ed associno il servizio da attivare (inserimento lavorativo o percorso professionale formativo). dei tecnici predisposti. Il distretto centro nord di Ferrara ha presentato di recente in Regione il Programma attuativo per l'anno 2018 e previsionale per il triennio 18-20 relativo agli interventi della legge 14/2015 prevedendo una programmazione di risorse fra tirocini di inserimento lavorativo tip. D e C, formazione permanente, misure di accompagnamento al lavoro, orientamento alle progettualità, tutoring nei contesti di inserimento, pari ad € 750.426.000 per l'annualità 20018.
Descrizione	Attraverso l'istituzione di una equipe multi professionale (ASSP Copparo, Asp Ferrara, Agenzia per il lavoro e ASL) che si incontra 2 volte al mese vengono attività le misure disponibili sul catalogo dell'offerta distrettuale legge 14/15, finalizzate alla progettualità discussa e validata dall'equipe. La collaborazione con la Formazione Prof.le soggetti attuatori delle misure del progetto è costante e garantita da una figura di segreteria distrettuale della legge 14/15 che monitora e definisce l'agenda lavori delle equipe.
Destinatari	Cittadini in carico ai servizi sociali e/o all'ASL e all'Agenzia per il lavoro che hanno perso il lavoro e si trovano in condizione di fragilità socio-economica
Azioni previste	Mantenimento delle operazioni previste per ogni distretto; linee di programmazioni triennali regionali che definiscono gli obiettivi, le risorse e i criteri di riparto dell'intervento
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	2 Tavoli Equipe Multi-professionali al mese in integrata con servizi sanitari e lavoristi Misure di contrasto alla povertà di natura regionale e nazionale : Res/Rei Misure di sostegno economico e/o di accompagnamento educativo al reinserimento socio lavorativo Misure di intervento del Fondo regionale Disabili
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Agenzia regionale per il lavoro, Regione, ASL, Aziende servizi sociali, Comuni, CFP, terzo settore
Referenti dell'intervento	Federica Rolli f.rolli@aspfe.it Direttrice ASP Ferrara
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 825.926,00**

- Fondi FSE POR - LR 14/2015: **750.426,00 €**
- Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie LR14/15: **75.500,00 €**

Indicatori locali:3

1°: profilazioni
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:890 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:2000
- Obiettivo 2019:2000
- Obiettivo 2020:2000

2°: progettualità avviate
Descrizione:
Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:260
- Obiettivo 2019:260
- Obiettivo 2020:260

3°: . inserimenti lavorativi post percorsi formazione o tirocinio

Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:215
- Obiettivo 2019:230
- Obiettivo 2020:250

La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Approvato

Riferimento scheda regionale

24 La casa come fattore di inclusione e benessere sociale

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Comune**
Specifica soggetto capofila	**Comune di Ferrara - Capofila**
In continuità con la programmazione precedente	**No**
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	**C;**

Razionale	Comune di Ferrara PREMESSA- ANALISI DEL CONTESTO Il Comune di Ferrara sostiene da sempre le politiche dell'abitare con varie tipologie di azioni volte a creare una filiera dell'abitare come aspetto dell'inclusione e del benessere sociale; le azioni poste in essere riguardano: IL SOSTEGNO ALL'ABITAZIONE STABILE - con un patrimonio di oltre 3.300 alloggi erp; si rammenta che da quest'anno sarà operativa anche per la gestione delle graduatorie erp la piattaforma Gradus, che consentirà agli utenti non solo di presentare le domande online, ma anche di verificare direttamente con la propria password la posizione della domanda in graduatoria, nonché di dialogare con lo Sportello casa; Gradus sarà in grado di comunicare con la altre banche dati del Comune (lavorando su Sosia) in modo da monitorare le prestazioni sociali agevolate che ad ogni famiglia vengono riconosciute; - con 43 alloggi ers di nuova realizzazione (via G. Bianchi) altamente performanti dal punto di vista dell'efficientamento e del risparmio energetico - con l'intervento edilizio delle Corti di Medoro (ers privato con il partnernariato pubblico in cui si favorisce anche l'acquisizione in proprietà: locazione con patto di riscatto); - con il fondo affitto, cofinanziato per oltre il 15% con risorse del Comune; - con l'acquisizione al patrimonio erp ed ers di alloggi acquisiti tramite POC, tramite federalismo demaniale e con beni confiscati alle mafie. IL SOSTEGNO ALL'ABITAZIONE TRANSITORIA - con n.2 studentati (via O. Putinati e via Mortara) per studenti di Unife appartenenti a fasce di redito medio basse - con n. 11 alloggi destinati a studenti/ricercatori (C.so P.ta Mare e Via M.M. Boiardo); - con l'Agenzia per la casa modulo studenti che si vuole attivare quest'anno con le risorse residuate dallo stanziamento regionale di cui alla DGR 817/2012. IL SOSTEGNO ALL'EMERGENZA ABITATIVA - con il relativo Regolamento approvato da ultimo nel 2017 (Dcc 67387 del 10/07/2017) che ha ampliato i requisiti per l'accesso all'emergenza abitativa - con l'Agenzia per la Casa; - con il fondo per la morosità incolpevole, sia statale sia regionale; - con i progetti di welfare generativo, dove, in cambio del sub comodato (fatto da ASP) dell'alloggio si chiede al nucleo ammesso al progetto di svolgere attività a favore della collettività - con i progetti di Cohousing seguiti dai Servizi socio sanitari - con il protocollo morosità tra Comune, ACER ASP e DAI DSM; - contributi morosità nuclei fragili assegnatari di erp. Unione dei Comuni Terrre e Fiumi Politiche abitative quali elemento portante del piano sociale e sanitario; generare nuove prospettive e collaborazioni in relazione a tutti i soggetti istituzionalmente coinvolti e spesso

	slegati tra loro. L'integrazione tra i diversi soggetti coinvolti nelle politiche richiamate è relativamente "giovane" in quanto la funzione è stata trasferita dai Comuni in Unione solamente dal 2015. l'intervento ad oggi può considerarsi in continuità con gli anni precedenti ma in evidente "cambio di prospettiva"
Descrizione	COMUNE DI FERRARA 1.MONITORAGGIO DEGLI ACCESSI ALL'ERP Per dare maggiore efficacia e trasparenza all'accesso all'erp è stata ritenuta opportuna l'acquisizione di un software in grado di consentire agli operatori una migliore gestione delle domande di assegnazione e agli utenti un accesso diretto ed immediato alla propria posizione in tempo reale. L'acquisizione del programma è stata decisa nel 2017 am il software è stato acquistato solo nel 2018. Si sta procedendo ora alla progressiva alfabetizzazione degli utilizzatori con affiancamento degli operatori tramite lo Sportello dedicato comunale (anche qui potrebbero aiutare ASP, le Associazioni Terzo settore e i Sindacati). Soggetto capofila intervento(comune, Unione dei comuni, altra forma associativa) Comune di Ferrara Ambito territoriale di realizzazione (di norma Distrettuale, sub distrettuale, provinciale) Comune Destinatari Richiedenti assegnazione alloggio erp Azioni previste Personalizzazione del software alle esigenze del Comune di Ferrara; progressiva alfabetizzazione degli operatori e dell'utenza per l'utilizzo del solo sistema on line per la gestione delle domande erp al fine di facilitare l'inserimento delle domande e degli aggiornamenti, il loro aggiornamento e al presentazione dei ricorsi. Istituzioni/attori sociali coinvolti ASP, DAI DSM nel momento in cui vogliano maggiori ragguagli sulla posizione dei propri assistiti 2.OTTIMIZZAZIONE DELL'UTILIZZO DEL PATRIMONIOP ERP Si tratta di attuare e di completare la riforma regionale in atto che prevede la facilitazione del turnover e la ridefinizione dei canoni di locazione. L'utilizzo del patrimonio può essere razionalizzato anche mediante la Matrice sociale della Assegnazioni, la gestione della mobilità ed in particolare quella da sottoutilizzo. Si tratta di recuperare la disponibilità degli alloggi di grandi dimensioni attraverso l'approvazione del piano di mobilità per sottoutilizzo e di razionalizzare la composizione dei fabbricati erp attraverso l'applicazione della matrice sociale. Soggetto capofila intervento Comune di Ferrara Ambito territoriale di realizzazione (di norma Distrettuale, sub distrettuale, provinciale) Comunale Destinatari Assegnatari alloggi erp Azioni previste 1. approvazione del piano delle mobilità per sottoutilizzo 2. definizione concordata con ACER delle priorità degli interventi di recupero degli alloggi 3. mappatura e controllo delle assegnazioni con la matrice sociale Istituzioni/attori sociali coinvolti ASP, DAI DSM, ACER 3.MONITORAGGIO TASSO DI TURN OVER Monitoraggio sociologico ed economico dei nuclei fragili che entrano in erp e di quelli che ne escono per decadenza favorendo per i primi l'obiettivo del mantenimento della case a per i secondi un "passaggio da casa a casa" a tutela de i nuclei piu' fragili. Nella formazione delle graduatorie di assegnazione si cerca di mappare i richiedenti l'alloggio erp per cercare di capire situazioni di fragilità che possono essere aiutate proponendo alla Giunta la formazione di sottograduatorie. Soggetto capofila intervento(comune, Unione dei comuni, altra forma associativa) Comune di Ferrara Ambito territoriale di realizzazione (di norma Distrettuale, sub distrettuale, provinciale) Comunale Destinatari Assegnatari erp Azioni previste Mappatura richieste assegnazioni Eventuale proposta alla Giunta di sottograduatorie per coprire le situazioni più difficile

Trasformazione delle locazioni da erp ad ers per quegli assegnatari che abbiano perduto i requisiti per la permanenza in erp ma che per motivi di notevole fragilità (età avanzata, gravi motivi di salute, …) non riescano ad abbandonare il proprio alloggio.
Istituzioni/attori sociali coinvolti
ASP, DAI DSM, ACER
4.AGENZIA PER I SERVIZI ABITATIVI E SOCIAL HOUSING
Si tratta di promuovere nuove forme dell'abitare, incoraggiando la collaborazione tra pubblico e privato (Corti di Medoro) per rispondere, a partire dal mutato contesto economico sociale, alla domanda abitativa che non trova soluzioni nei tradizionali interventi pubblici. Cio' contribuisce a rafforzare un approccio strutturato a tutta la "filiera" delle politiche abitative (emergenza abitativa, ERP, ERS, Agenzia Casa) sia tramite lo strumento dell'incentivazione alla locazione che anche favorendo l'acquisizione in proprietà (es.: pensiamo alla locazione con patto di riscatto Corti di Medoro).
L'intervento del Comune nell'ers è legato alla realizzazione dei 43 alloggi di Gustavo Bianchi; questo è il primo intervento di ers a totale partecipazione pubblica. L'intervento denominato Corti di Medoro è una continuazione dell'ers ma in una veste nuova, ponendosi come forma di collaborazione fra pubblico e privato.
Descrizione
L'ers rappresenta la soluzione abitativa per la c.d. fascia grigia, ovvero quella fascia di popolazione che non è in grado da sola di rimanere sul libero mercato ma che non ha un reddito così basso da poter entrare in erp. L'ers, con i suoi affitti a metà strada tra libero mercato/accordi territoriali e canone oggettivo dell'erp e la sua significativa durata (3+2 con possibilità di proroga di altri 3 anni) rappresenta per questa fascia di famiglie una valida soluzione abitativa. Accanto all'ers si valuta come dare prosecuzione al progetto di Agenzia Casa modulo zona grigia volto appunto a garantire, in modo diverso ma con gli stessi risultati dell'ers, una soluzione abitativa per la fascia grigia.
Soggetto capofila intervento(comune, Unione dei comuni, altra forma associativa)
Comune di Ferrara
Ambito territoriale di realizzazione (di norma Distrettuale, sub distrettuale, provinciale)
comunale
Destinatari
Nuclei familiari appartenenti alla cd fascia grigia
Azioni previste
1. mantenere aggiornata la graduatoria per l'accesso all'ers
2. individuare insieme ad ACER delle azioni concrete per dare continuità all'Agenzia Casa modulo zona grigia.
Istituzioni/attori sociali coinvolti
ACER
5.AGENZIA PER I SERVIZI ABITATIVI E SOCIAL HOUSING
Si tratta di promuovere nuove forme dell'abitare, incoraggiando la collaborazione tra pubblico e privato (Corti di Medoro) per rispondere, a partire dal mutato contesto economico sociale, alla domanda abitativa che non trova soluzioni nei tradizionali interventi pubblici. Cio' contribuisce a rafforzare un approccio strutturato a tutta la "filiera" delle politiche abitative (emergenza abitativa, ERP, ERS, Agenzia Casa) sia tramite lo strumento dell'incentivazione alla locazione che anche favorendo l'acquisizione in proprietà (es.: pensiamo alla locazione con patto di riscatto Corti di Medoro).
L'intervento del Comune nell'ers è legato alla realizzazione dei 43 alloggi di Gustavo Bianchi; questo è il primo intervento di ers a totale partecipazione pubblica. L'intervento denominato Corti di Medoro è una continuazione dell'ers ma in una veste nuova, ponendosi come forma di collaborazione fra pubblico e privato.
Descrizione
L'ers rappresenta la soluzione abitativa per la c.d. fascia grigia, ovvero quella fascia di popolazione che non è in grado da sola di rimanere sul libero mercato ma che non ha un reddito così basso da poter entrare in erp. L'ers, con i suoi affitti a metà strada tra libero mercato/accordi territoriali e canone oggettivo dell'erp e la sua significativa durata (3+2 con possibilità di proroga di altri 3 anni) rappresenta per questa fascia di famiglie una valida soluzione abitativa. Accanto all'ers si valuta come dare prosecuzione al progetto di Agenzia Casa modulo zona grigia volto appunto a garantire, in modo diverso ma con gli stessi risultati dell'ers, una soluzione abitativa per la fascia grigia.
Soggetto capofila intervento(comune, Unione dei comuni, altra forma associativa)
Comune di Ferrara
Ambito territoriale di realizzazione (di norma Distrettuale, sub distrettuale, provinciale)
comunale
Destinatari

	Nuclei familiari appartenenti alla cd fascia grigia Azioni previste 1. mantenere aggiornata la graduatoria per l'accesso all'ers 2. individuare insieme ad ACER delle azioni concrete per dare continuità all'Agenzia Casa modulo zona grigia. Istituzioni/attori sociali coinvolti ACER UNIONE DEI COMUNI TERRE E FIUMI Gestione integrata ed innovativa delle politiche abitative specificatamente del patrimonio erp dei Comuni ed in gestione ad Acer; gestione delle liste welfare (liste di protezione) innovativa attraverso il coinvolgimento diretto del servizio sociale con monitoraggio condiviso dei nuclei famigliari indicati dallo stesso; accompagnamento dei nuclei famigliari coinvolti, applicazione di strumenti innovativi per diminuire le morosità (non solo quelle dei nuclei famigliari seguiti ma di tutti gli assegnatari erp). Omogeneizzazione dei regolamenti a livello di Unione ed applicazione delle stesse norme; creazione di un'unica graduatoria d'accesso (suddivisa per comune) Soggetto capofila intervento(comune, Unione dei comuni, altra forma associativa) Unione dei Comuni Terre e Fiumi Ambito territoriale di realizzazione (di norma Distrettuale, sub distrettuale, provinciale) Sub-distrettuale coincidente con Unione
Destinatari	Richiedenti assegnazione alloggio erp Assegnatari alloggi erp Nuclei familiari appartenenti alla cd fascia grigia Cittadini dell'Unione che accedono al servizio erp e privati destinatari di sfratto esecutivo
Azioni previste	Personalizzazione del software alle esigenze del Comune di Ferrara; progressiva alfabetizzazione degli operatori e dell'utenza per l'utilizzo del solo sistema on line per la gestione delle domande erp al fine di facilitare l'inserimento delle domande e degli aggiornamenti, il loro aggiornamento e al presentazione dei ricorsi. 1. approvazione del piano delle mobilità per sottoutilizzo 2. definizione concordata con ACER delle priorità degli interventi di recupero degli alloggi 3. mappatura e controllo delle assegnazioni con la matrice sociale Mappatura richieste assegnazioni Eventuale proposta alla Giunta di sottograduatorie per coprire le situazioni più difficile Trasformazione delle locazioni da erp ad ers per quegli assegnatari che abbiano perduto i requisiti per la permanenza in erp ma che per motivi di notevole fragilità (età avanzata, gravi motivi di salute, …) non riescano ad abbandonare il proprio alloggio. 1. mantenere aggiornata la graduatoria per l'accesso all'ers 2. individuare insieme ad ACER delle azioni concrete per dare continuità all'Agenzia Casa modulo zona grigia. 1. mantenere aggiornata la graduatoria per l'accesso all'ers 2. individuare insieme ad ACER delle azioni concrete per dare continuità all'Agenzia Casa modulo zona grigia. AZIONI PREVISTE UNIONE DEI COMUNI TERRE E FIUMI Diminuzione Emergenze abitative: individuate strategie condivise che consentono una significativa diminuzione dei casi in oggetto Maggior interazione con sportelli Acer: Individuate strategie condivise con la sportellista che consentono maggior flusso di informazioni e azioni condivise Diminuzione contrasti con Assp: Individuate strategie condivise che consentono una significativa diminuzione dei casi complessi, riorganizzazione servizio che consenta un accompagnamento vero al nucleo, al fine di mantenere la casa Ricognizione patrimonio pubblico esistente, per avere un quadro aggiornato specificatamente del patrimonio di E.r.p., per una migliore razionalizzazione e per poter estrapolare gli alloggi da destinare: - Alienazione alloggi perché ubicati in zone non servite dai servizi di base o non più appetibili per gli utenti; - Vendita alloggi, accantonati per costi alti di recupero, che però hanno ancora un valore commerciale ma non vengono utilizzati nel patrimonio E.rp. Sarebbe necessario individuarli

	fare una lista degli stessi e passare poi per la procedura del tavolo di concertazione provinciale, per rinvestire il ricavato nell'E.r.p.. - alloggi di emergenza abitativa: individuare un alloggio per comune da destinare all'istituto di emergenza; - alloggi per nuclei monoparentali: individuare alcuni alloggi per una categoria penalizzata nelle graduatorie E.r.p.. Si riferisce a persone separate, single, che possono aver perso anche l'attività lavorativa. Creazione di una rete di mediazione sociale (oltre che culturale) seppur privata che collabori con i servizi coinvolti
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Riorganizzazione del Servizio Sociale competente per territorio in una logica di accompagnamento e monitoraggio delle famiglie seguite; Maggior condivisione tra tutti gli attori istituzionali coinvolti in primis l'Ente gestore Acer; Politiche socio-sanitarie visto l'elevata età degli assegnatari Integrazione con i servizi SERT e DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE Interazione quotidiana con Servizio Sociale: servizio interno dedicato alle politiche abitative Politiche attive del Lavoro e misure di contrasto alla povertà RES/REI
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Acer Servizio Sociale Ausl (per attività socio-sanitarie innovative da sviluppare) Privato sociale (Coop. Camelot con Progetto fAMI)
Referenti dell'intervento	Alessandra Genesini , Monica Chiarini Ufficio Abitazioni Comune di Ferrara a.genesini@comune.fe.it Benetti Cristiano, Unione cbenetti@unioneterrefiumi.fe.it 348.5297801
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 882.314,00**

- Altri fondi regionali(*Progetto cohousing*)**:** **33.000,00 €**
- Altri fondi statali/pubblici(*Fondo Morosità incolpevoli*)**:** **476.197,00 €**
- Unione di comuni (*Unione dei Comuni Terre e Fiumi*):**65.600,00 €**

Risorse comunali: **307.517,00 €** di cui:

- Ferrara:**307.517,00 €**

Indicatori locali:5

1°: Mappatura delle assegnazioni per verificare le caratteristiche dei nuovi assegnatari; mappatura del turn over per sottoutilizzo.

Descrizione:

Tipo:S | N

Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017

- Obiettivo 2018:s

- Obiettivo 2019:s

- Obiettivo 2020:s

2°: alloggi
erp comunali disponibili per le assegnazioni
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:0 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:0
- Obiettivo 2019:0
- Obiettivo 2020:0

3°: Tasso
di turn over annuale
Monitoraggio domande ampliamento/subentro in deroga
Descrizione:
Tipo: Testuale
Situazione di partenza:u - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:u
- Obiettivo 2019:u
- Obiettivo 2020:u

4°: familiari appartenenti
alla cd fascia grigia
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:0 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:0
- Obiettivo 2019:0
- Obiettivo 2020:0

5°: Mappatura e monitoraggio
esperienze cohousing
Descrizione:
Tipo: Testuale
Situazione di partenza:o - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:o
- Obiettivo 2019:o
- Obiettivo 2020:o

Contrasto alla violenza di genere

Approvato

Riferimento scheda regionale

25 Contrasto alla violenza di genere

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Comune**
Specifica soggetto capofila	**Comune di Ferrara - Capofila**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**C;**

Razionale	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 legge n. 77 del 27 giugno 2013 entrata in vigore il 1 agosto dell'anno successivo 2014 • il decreto legge n. 93 del l4 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") convertito 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. 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 pub¬blici e privati di cui sopra il fenomeno della violenza contro le donne è rilevante anche nel nostro territorio.

DATI LOCALI

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.
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 "Io 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 culture 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 prostituivo, per strada e al chiuso e alla mediazione della conflittualità sociale.
Destinatari	- Donne vittime di violenza e loro eventuali figli minori, uomini maltrattanti - Donne vittime di tratta e sfruttamento
Azioni previste	- Consolidamento delle azioni di contrasto della violenza sulle donne - Consolidamento dell'attività formative di prevenzione nelle scuole e con la cittadinanza - Azioni formative rivolte ad operatori e professionisti pubblici e privati - Consolidamento della rete - Prosecuzione e rafforzamento dei programmi d'intervento e trattamento degli uomini autori di violenza
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 Collegamento scheda pdz n.: 10 –Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità 12 - Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
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	Per il Comune di Ferrara MONIA MINGHINI m.minghini@comune.fe.it 0532 419664
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 669.104,55**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **11.597,08 €**

- Fondo sociale locale - Risorse statali: **14.500,00 €**
- Lotta alla tratta:**20.830,00 €**
- AUSL (*Progetti Luna Blu e Contrasto alla violenza di genere***)**: **109.336,26 €**
- Altri fondi regionali(*Progetto rompiamo il silenzio***)**: **60.000,00 €**
- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC…): **7.500,00 €**
- Altri fondi statali/pubblici(*Dipartimento pari opportunità progetti: oltre la strada, centro antiviolenza, casa dolce casa, Verso l'autonomia***)**: **336.329,94 €**

Risorse comunali: **109.011,27 €** di cui:

- Ferrara:**67.606,27 €**
- Distretto Ovest Distretto Sud est contributi Uscire dalla violenza:**41.405,00 €**

Indicatori locali:5

1°: Osservatorio regionale sulla violenza di genere
Descrizione: attività
e dati Osservatorio regionale sulla violenza di genere; con graduale
sistematizzazione dei dati locali
Tipo: Testuale
Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:s
- Obiettivo 2019:s
- Obiettivo 2020:s

2°: avvio sistema informativo per monitoraggio presidi di accoglienza donne vittime di violenza (Cen-tri antiviolenza e case rifugio
Descrizione: avvio sistema informativo per monitoraggio
presidi di accoglienza donne vittime di violenza (Cen-tri antiviolenza e case
rifugio
Tipo:S | N
Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:s
- Obiettivo 2019:s
- Obiettivo 2020:s

3°: monitoraggio attività e diffusione centri per il trattamento degli uomini maltrattanti
Descrizione:
Tipo: Testuale
Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:s
- Obiettivo 2019:s
- Obiettivo 2020:s

4°: utilizzo fondi regionali a sostegno della rete regionale dei Centri antiviolenza e delle case rifugio
Descrizione:
Tipo:S | N
Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:s
- Obiettivo 2019:s
- Obiettivo 2020:s

5°: progetti formativi per gli operatori
Descrizione: progetti formativi per gli operatori
Tipo: Numerico
Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:2
- Obiettivo 2019:2
- Obiettivo 2020:2

Community lab Vulnerabilità e fragilità come attivatori di risorse in un percorso di prossimità territoriale attorno e con le case della salute

Approvato

Riferimento scheda regionale

10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
16 Sostegno alla genitorialità

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Comune**
Specifica soggetto capofila	**Comune di Ferrara - Capofila**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**Sì**
Aree	**D;**

Razionale	La realizzazione degli interventi e delle attività del percorso di welfare partecipativo "Vulnerabilità e fragilità come attivatori di risorse in un percorso di prossimità territoriale "attorno" e "con" le case della salute" si inseriscono negli obiettivi strategici del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale e del Distretto centro Nord. In particolare la finalità della lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà va perseguita anche attraverso strumenti nuovi di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali, in una logica di trasversalità delle politiche, centralità della persona e partecipazione della comunità. Ripensare, quindi, alle modalità partecipate con cui realizzare la pianificazione sociosanitaria rinnovando la collaborazione dei cittadini verso l'azione istituzionale, diventa un punto cruciale per la ridefinizione dei sistemi di welfare. L'esperienza maturata in questi anni attraverso la partecipazione al percorso Regionale "Community Lab" ha già permesso di sperimentare metodologie in questo ambito attraverso i progetti partecipativi "Porte A.Per.Te" e "Future lab - Quali facce ha la precarietà". La lettura dei bisogni reali e le successive azioni autogestite dai cittadini confermano la possibilità di generare un positivo modello di welfare comunitario. Il percorso oggetto della presente scheda presente è in continuità con l'esperienza precedente che assume una rilevanza distrettuale. Nell'ambito delle progettazioni dei Piani di Zona per la Salute e il Benessere sociale risultano fondamentali le azioni di rete in collaborazione con il Terzo Settore che, ove sostenute, hanno dimostrato il valore aggiunto creato dalle reali condivisioni di obiettivi ed interventi nell'ottica di una continua innovazione dei servizi per rispondere in modo adeguato al mutare dei bisogni. L'attivazione delle risorse presenti nella comunità comporta un impegno istituzionale per "agganciare" soggetti e gruppi solitamente più distanti da una relazione diretta con la programmazione partecipata. L'avvio del processo partecipativo vede una sperimentazione localizzata in 2 aree territoriali dove lo sfaldamento-deterioramento dei legami sociali è percepito con maggior rilievo. Si tratta del quartiere Pontelagoscuro/Barco per il Comune di Ferrara e del Comune di Berra per l'Unione dei Comuni Terre e Fiumi. Per entrambi i territori si prevede un coinvolgimento diretto delle Case della Salute. Si ritiene necessario promuovere una Governance Istituzionale per facilitare il percorso partecipativo proponendo incontri di focus group e formazione condivisa, incontri di progettazione, momenti conviviali attraverso l'aiuto del percorso Community lab Regionale
Descrizione	IL PERCORSO "Vulnerabilità e fragilità come attivatori di risorse in un percorso di prossimità territoriale attorno e con le case della salute"

Gli obiettivi del percorso sono:

- Avviare pratiche di ascolto di prossimità per creare un sistema operativo sperimentale di welfare generativo di comunità, collegato con le Case della Salute di Ferrara/Pontelagoscuro/Copparo insieme alle ASP/ASSP – Aziende Servizi alla Persona.
- Favorire interventi volti a valorizzare le risorse comunitarie di gruppi associativi e singoli cittadini, promuovere una consapevolezza collettiva delle fragilità e del bisogno di benessere.
- Un welfare che nasce dal basso per favorire l'inclusione dei più fragili attraverso l'attivazione di "agenti di comunità e prossimità" capaci di agganciare le situazioni di difficoltà e di agire da "ponte" tra le istituzioni e i cittadini.

Gli elementi fondanti del processo da attivare sono:
-la valorizzazione delle risorse pre-esistenti, disponibili a mettersi in gioco nei nuovi percorsi;
-l'individuazione di opportune metodologie partecipative per agganciare nuovi attori;
-l'utilizzo di modalità di invito, informazione e comunicazione inconsuete e capillari;
-la ricerca e stimolo di una forte motivazione dei partecipanti, sia del settore pubblico che privato;
-la cura dei legami di fiducia che si costruiscono lavorando intorno alla progettualità.
Per questo è necessario attivare nuove forme di comunicazione sociale con la finalità di allargare il giro e di coinvolgere anche coloro che sono lontani o che non si credono in grado di co-progettare.
Ulteriore fase è la manutenzione del processo messo in atto: si tratta di gestire la tenuta del percorso partecipativo che viene attuato. E' molto importante che chi ha la responsabilità di gestire questi processi sia capace di riformulare continuamente l'organizzazione temporanea con l'obiettivo di contattare movimenti sempre più larghi di persone.
Il processo partecipativo inoltre mira a riconoscere ed attivare dei volontari di comunità, figure capaci di intercettare situazioni di fragilità, individuando persone con bisogni non espressi, incapaci di chiedere aiuto rivolgendosi ai servizi istituzionali. Il talento sociale delle persone può essere scoperto e valorizzato in ogni cittadino che si mette a disposizione: parrucchieri, estetisti, tabaccai, baristi, sacerdoti, insegnanti…singoli cittadini.
Il percorso nei quartieri Pontelagoscuro/Barco per il Comune di Ferrara ha come titolo "Abitiamo il nostro quartiere".
Verrà avviato nel 2019 quello nel Comune di Berra per l'Unione dei Comuni Terre e Fiumi.
Dall'esito di 2 Focus group partecipati realizzati nel 2017:

- 23 ottobre Palazzo Savonuzzi, Sala Wunderkammer (Via Darsena)

Focus Group "Fragilità Familiari" condotto da M.Augusta Nicoli (Regione E.R.)

- 14 dicembre Centro Sociale il Quadrifoglio (Pontelagoscuro)

Focus Group "Per un percorso di prossimità territoriale per le Vulnerabilità e Fragilità attorno e con le Case della Salute" condotto da M.Augusta Nicoli (Regione E.R.)
Brevi premesse sul contesto e sulle situazioni individuate.

- Carenza di reti parentali o amicali, quindi di risorse relazionali, connessa ad una scarsa conoscenza delle opportunità che offrono i servizi
- Quello che la gente avverte è la carenza di luoghi a cui rivolgersi, la difficoltà di trovare qualcuno che ascolti
- Le famiglie sentono il peso della solitudine e della scarsa conoscenza delle reti e delle opportunità esistenti, le generazioni sono sempre più isolate tra loro, frammentate. Emerge uno stile di vita prevalente dove la fretta e la mancanza di tempo sono vissute dall'infanzia (nella scuola) all'età adulta (nel lavoro).
- I servizi sono percepiti come "ultima spiaggia", con diffidenza. Si nota un forte spaesamento sia nelle famiglie sia negli operatori.

Da qui la scelta di agire su un ambito circoscritto secondo il principio della prossimità territoriale: la necessità di intercettare e coinvolgere le persone che vivono in un determinato contesto locale, un quartiere.
Si condivide di mappare e osservare la vita in un quartiere, iniziando da luoghi classici/ strategici: la parrocchia, la scuola, la piazza.
Successivamente dall'approfondimento della conoscenza del territorio, moltiplicando le voci, (raccogliendo diversi vissuti e punti di vista, attraverso interviste e momenti conviviali) si svilupperanno ipotesi di micro interventi che promuovano il benessere collettivo attraverso il contributo di più protagonisti formali e informali.
Quali realtà coinvolgere?
- Tutte le realtà Istituzionali e i punti ascolto informali.
- Le Scuole innanzitutto, "antenne" principali di una comunità.
- Poi altre realtà informali, (promossi dai cittadini attivi od associazioni), in collegamento ad "oggetti/luoghi" conosciuti: medici di medicina generale, farmacie, attività commerciali e artigiane, centri sociali, ecc…

	In collaborazione con questi "punti fermi", si potrebbero promuovere forme di accompagnamento per un determinato arco temporale attorno ad un nucleo centrale individuato nella Casa della Salute. Eventi Partecipativi 2018 • 20 Aprile "AbitiAmo il nostro quartiere - Pontelagoscuro e Barco":La Camminata di Quartiere e il Teatro Sociale, condotto prof.ssa Vincenza Pellegrino (Università di Parma) • 31 Maggio presso Teatro Cortàzar Pontelagoscuro "AbitiAmo il nostro quartiere - Pontelagoscuro e Barco" laboratorio di programmazione locale partecipata - Future lab 1° Tappa - condotto dalla prof.ssa Vincenza Pellegrino (Università di Parma). • Settembre/Ottobre "AbitiAmo il nostro quartiere - Pontelagoscuro e Barco" laboratorio di programmazione locale partecipata - Future lab 2° Tappa - condotto dalla prof.ssa Vincenza Pellegrino (Università di Parma).
Destinatari	Cittadini, Organismi del terzo settore (volontariato, promozione sociale, cooperative sociali) Scuole, Centro per le Famiglie, Servizi Socio Sanitari educativi, Parrocchie In particolare persone in condizioni di fragilità e di svantaggio, marginalità e di esclusione sociale; persone in condizione di solitudine - popolazione anziana, persone con disabilità e non autosufficienti.
Azioni previste	1.METODO La creazione di legami di rete e la manutenzione dei rapporti già esistenti costituisce una parte imprescindibile del lavoro all'interno dei servizi. Le difficoltà che si possono presentare in determinati momenti e congiunture storiche, demografiche ed economiche portano alla necessità di ripercorrere pazientemente tutti i passaggi che sono necessari per rifondare legami di fiducia, di condivisione, di assunzione di una ottica pubblica e condivisa che va oltre all'interesse e alla mission specifica del singolo servizio. Il Community Lab nasce come metodo volto a creare opportunità e condizioni affinché i contesti locali possano sperimentare processi partecipativi finalizzati al cambiamento nelle politiche pubbliche e nelle organizzazioni che si occupano di servizi sociali e sociosanitari (Nicoli, Paltrinieri & Vivoli, 2016). Il metodo parte dal presupposto che i mutamenti avvengano accompagnando i processi complessi agendo in modo circolare, dal livello territoriale a quello regionale e viceversa. Il metodo procede attraverso l'analisi di casi sia con i soggetti protagonisti dei casi stessi, sia con gli altri soggetti di contesti locali che vivono o possono vivere esperienze similari, il tutto con l'ausilio di uno staff progettuale regionale che monitora il processo. Due sono i presupposti di tale percorso: il decentramento decisionale (autonomia nel trovare la soluzione più adeguata al contesto) e il coordinamento centralizzato del monitoraggio (ogni parte è stimolata a riflettere sul suo operato e contemporaneamente su quello delle altre, innescando potenzialmente un miglioramento continuo del sistema). Le diverse fasi che caratterizzano la metodologia del Community Lab ruotano attorno a casi concreti localmente situati. Il percorso operativo infatti alterna momenti plenari, di formazione/laboratoriali regionali, con la partecipazione di tutti i territori che si sono candidati al percorso, e momenti di istruttoria relativi agli specifici percorsi locali. La Cabina di regia dei Distretti della Provincia di Ferrara costituitasi ha iniziato a riunirsi, attraverso 3 modalità di incontri: -riunioni locali di Cabina di regia dei referenti dei Servizi coinvolti per condividere il progetto, - partecipando ai laboratori in sede Regionale assieme agli altri territori della Regione, in cui ogni parte è stimolata a riflettere sul suo operato e contemporaneamente su quello delle altre, innescando potenzialmente un miglioramento continuo del sistema -Consulenze locali tra Staff regionale del percorso e Cabina di regia sovradistrettuale. 2. Strumenti: Le tecniche da attivare sono: -strumenti web -sistemi di contatto non tradizionali (passa parola, porta a porta, feste di quartiere) -camminata di quartiere come strategia di ascolto e invito - laboratori teatrali -laboratori di pensiero e proposta (OST, Focus Group, Future lab)

	• Organizzazione e la conduzione di Focus Group come confronto e co-ideazione di strumenti e luoghi informali di ascolto. • Realizzazione di interviste e altri incontri di "aggancio", per il coinvolgimento di cittadini ai margini di percorsi istituzionali, non viste o autoescluse. • Organizzazione di un evento OST nello specifico Future lab il 31 maggio 2018. Il fine è duplice, approfondire la tematica con una modalità di coinvolgimento diretto della comunità ed elaborare proposte, agire una proposta di programmazione trasversale, in linea con il nuovo PSSR triennale 2018-2020 e proprio per questo occasione per costruire un allargamento della partecipazione. • Strumenti di coinvolgimento e facilitazione "caldi" quali Teatro Sociale, laboratori narrativi, scrittura e rappresentazione dei conflitti. • Formazione per cittadini attivi, volontari, operatori, educatori, insegnati e famiglie 3.INTERVENTI NEL QUARTERE PONTE BARCO 1. Interventi di promozione della coesione sociale in collegamento con le realtà associative formali ed informali del quartiere, in condivisione con i facilitatori del Servizio Salute e Politiche Socio Sanitarie del Comune di Ferrara.; 2. Iniziative di teatro sociale finalizzato a favorire la crescita comunitaria, la partecipazione e l'integrazione dei cittadini; 3. Realizzare forme di ascolto e interviste a singoli, a gruppi di cittadini e di associazioni 4. Organizzare e realizzare il percorso Future lab- il Futuro di un quartiere 1° tappa 31 maggio 2° tappa prevista tra ottobre e novembre 5. Manutenzione dei vari gruppi di lavoro che si formeranno; 6. Percorsi formativi rivolti agli "attivatori sociali" per cittadini volontari e operatori socio sanitari disponibili a intraprendere il percorso, in collaborazione con la Casa della Salute del territorio 7. Facilitare e organizzare Attività socio-assistenziali ed educative alle persone fragili e vulnerabili con la collaborazione di ASP e Azienda Usl .
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Piano di Sviluppo Casa della Salute Cittadella S.Rocco Ferrara Az.Usl Distretto Centro Nord Politiche , Educative, Urbanistiche, Edilizia Pubblica, Culturali, Ambiente
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comune di Ferrara (Servizio Politiche Sociali, Urban Center, Centro Idea, Servizio Giovani), ASP Centro Servizi alla Persona, Azienda Usl Ferrarara Organismi del Terzo Settore
Referenti dell'intervento	Tommaso Gradi Comune di Ferrara Servizio ala Persona 0532.419666 Patrizio Fergnani Comune di Ferrara Servizio ala Persona 0532.419618
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 38.000,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **38.000,00 €**

Indicatori locali:2

1°: partecipanti alle iniziative
Descrizione:

Tipo: Numerico
Situazione di partenza:100 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:200
- Obiettivo 2019:200
- Obiettivo 2020:200

2°: sistema operativo sperimentale

Descrizione: Creazione di un sistema operativo sperimentale, collegato con la Casa della Salute di Ferrara, intervento volto a valorizzare le risorse comunitarie di gruppi associativi e singoli cittadini per promuovere una consapevolezza collettiva e delle fragilità e del bisogno di benessere
Tipo:S | N
Situazione di partenza:n - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:s
- Obiettivo 2019:s
- Obiettivo 2020:s

CAPIRSI FA BENE ALLA SALUTE (HEALTH LITERACY)

Approvato

Riferimento scheda regionale

27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**No**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**D;**

Razionale	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 utilizza 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 (Health Related Quality of Life); 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 utilizza 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 cittadini e la comunità al mondo della prevenzione e della sanità.
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 libro ed un articolo contenente i risultati dello studio . 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 2018 .
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) - 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'ultilizzo 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 (Stakeholder)
Referenti dell'intervento	Dott.ssa Annamaria Ferraresi, Direttrice Distretto Ovest Az.Usl di Ferrara. mail:dd.cento@ausl.fe.it Dott.ssa Sara Castellari, responsabile URP Az.Usl di Ferrara. mail:s.castellari@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:5

1°: EVENTI FORMATIVI HL
Descrizione: numero di eventi di formazione sull'Health Literacy all'anno, con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari
Tipo: Numerico
Situazione di partenza: - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:1+
- Obiettivo 2019:1+
- Obiettivo 2020:1+

2°: FORMAZIONE PROFESSIONISTI
Descrizione: numero di professionisti sanitari e amministrativi formati per anno/totale dei dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi
Tipo: Numerico
Situazione di partenza: - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:1+
- Obiettivo 2019:1+
- Obiettivo 2020:1+

3°: MATERIALE INFORMATIVO

Descrizione: numero di materiale
informativo realizzato con il coinvolgimento di pazienti e familiari
Tipo: Numerico
Situazione di partenza: - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:1+
- Obiettivo 2019:1+
- Obiettivo 2020:1+

4°: ORIENTAMENTO NELLE STRUTTURE

Descrizione: numero di interventi per
favorire l'orientamento delle persone all'interno delle strutture sanitarie
Tipo: Numerico
Situazione di partenza: - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:1+
- Obiettivo 2019:1+
- Obiettivo 2020:1+

5°: SODDISFAZIONE SULLA COMUNICAZIONE

Descrizione: verifica del grado di
soddisfazione sulla comunicazione
Tipo:S | N
Situazione di partenza: - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:S
- Obiettivo 2019:S
- Obiettivo 2020:S

Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed enti del terzo settore

Approvato

Riferimento scheda regionale

28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Comune**
Specifica soggetto capofila	**Comune di Ferrara - Capofila**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**Sì**
Aree	**D;**

Razionale	A fronte della crescita di fragilità individuali e vulnerabilità sociali di diversa origine e genere le esperienze gruppali di auto-mutuo-aiuto possono costituire una risorsa di importanza decisiva per evitare isolamento e ridare prospettiva alle persone più in difficoltà o a chi, come i familiari o i caregivers, li affianca nella vita quotidiana o nel complesso percorso di uscita da una qualche forma di dipendenza. Accanto ad esperienze di gruppo in particolare per quanto concerne la dimensione familiare e le difficoltà di crescita tipiche dell'età adolescenziale e giovanile le esperienze di peer education e più in generale il sostegno e l'aiuto tra pari e tra persone con esperienze di vita similari costituisce inoltre un'altra pista di lavoro che si dimostra capace di affiancare ed arricchire in misura determinante gli interventi di aiuto di cattere professionale consentendo di raggiungere risultati individuali e sociali di grande rilievo. La Società a Teatro (LST) Progetto coordinato da Agire Sociale Centro Servizi per il Volontariato, realizzato in collaborazione con: - Assessorato alla Sanità e Servizi alla Persona e Assessorato alla Cultura del Comune di Ferrara; - Fondazione Teatro Comunale di Ferrara; - Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Azienda Usl; - Università degli Studi di Ferrara Dipartimento Studi Umanistici. LST promuove l'arte come luogo di incontro e occasione di conoscenza e cambiamento. La prima edizione, realizzata nel biennio 2007-2008, lascia in eredità culturale l'idea della pratica teatrale come strumento di benessere e di salute (con ricadute innanzitutto individuali), con diffusione della pratica artistica negli approcci educativi, riabilitativi, terapeutici, di integrazione e di socializzazione delle persone, in diversi ambiti e a vantaggio di varie tipologie di persone che incontrandosi, utilizzano il teatro come: 1. forma di ri-conoscimento territoriale; 2. forma di genere; 3. strumento di crescita e sviluppo personale, sociale, culturale. L'obiettivo generale è di sensibilizzare la comunità ed allargare la partecipazione, considerando l'arte al servizio delle persone e dei valori sociali, quali inclusione, integrazione, solidarietà. Le attività sono rivolte a persone in condizione di svantaggio sociale, in particolare con disabilità congenita o acquisita e con problematiche di salute mentale, ma anche all'infanzia, ai giovani, ai comuni cittadini. Si tratta quindi di un'azione che attraversa più aree tematiche, rivolgendosi alla dimensione sociale nella sua più ampia accezione, sempre però con un'attenzione marcata alle situazioni di fragilità o di potenziale svantaggio.
Descrizione	Le attività dei gruppi di auto-mutuo-aiuto sono da tempo al centri nel ferrarese di azioni mirate di sostegno da parte di servizi comunali (Centro per le famiglie e Servizio Integrazione Disabili)

che intervengono rispetto a problematiche familiari e scolastiche e di servizi sanitari dell'area della salute mentale, do contrasto alle dipendenze e per la popolazione anziana oltre che da singole associazioni e dal Centro Servizi per il volontariato Agire Sociale. A partire dal 2013 nell'ambito del Piano di Zona di Ferrara Centro Nord è inoltre presente una progettualità specifica che si propone di incrementare il senso di appartenenza e la partecipazione dei genitori in azioni di cura delle scuole e delle aree verdi scolastiche.
LST promuove l'arte come luogo di incontro e occasione di conoscenza e cambiamento. La prima edizione, realizzata nel biennio 2007-2008.
ESPERIENZE DI AUTO-MUTUO-AIUTO IN AMBITO FAMILIARE E SCOLASTICO:
Nell'ambito dell'Istituzione per i Servizi Educativi, Scolastici e per le Famiglie del Comune di Ferrara due servizi hanno più di altri investito nel sostenere e sviluppare esperienze di mutualità in ambito familiare e scolastico: il servizio Integrazione Scolastica Disabili e il Centro per le Famiglie.
Il servizio Integrazione Disabili ha da tempo attivato gruppi mensili di auto-mutuo-aiuto per i genitori con figli disabili che frequentano le scuole di ogni ordine e grado e dal 2018 è impegnato (Azione n. 1) a sviluppare esperienze di peer education per alunni in difficoltà delle scuole secondari di I e II grado e per genitori immigrati neo-arrivati sul territorio ferrarese.
Il Centro per le Famiglie oltre a promuovere ed ospitare incontri di gruppi auto-mutuo-aiuto tra genitori separati e per genitori che hanno subito la perdita di un figlio promuove da alcuni anni esperienze aggregative tra genitori di alunni di scuole di diverso ordine e grado (Azione n. 2) che si responsabilizzano rispetto alla manutenzione e ripristino di edifici scolastici e aree verdi cortilive.
CENTRI DI INCONTRO DEMENZE:
Negli ultimi cinque anni nel territorio ferrarese si è data la priorità al progetto "CaFE della Memoria", progressivamente implementato in tutto il territorio provinciale ed ormai fortemente radicato anche nel Distretto Centro Nord, dove sono attive ben tre esperienze: due nella città di Ferrara (c/o CRA ASP e centro Sociale Barco) ed una a Copparo. La strutturazione del progetto ferrarese permette di far rientrare a pieno titolo queste esperienza tra gli interventi di inclusione sociale e tra i programmi di valorizzazione dell'aiuto tra pari .
La DGR 990/2016 propone l'esperienza dei Centri di Incontro (Meeting Centers 4.3.4) come complementare a quella del Cafè Alzheimer pur configurandoli come una tipologia di approccio integrato con le medesime finalità: supporto e sostegno sia alla persona con demenza che ai suoi familiari/accompagnatori con l'obiettivo di fornire un aiuto stabile, un punto di riferimento utile a far fronte alla malattia.
L'attività del Meeting Center è specificatamente rivolta ad anziani con diagnosi di demenza di grado lieve/moderato. L'elevato indice di invecchiamento della popolazione ferrarese determina un'elevata prevalenza ed incidenza di malattia nel nostro territorio: è nota, infatti, una forte correlazione tra età e frequenza di malattia. La demenza interessa circa il 6.5 % della popolazione sopra i 65 anni di età, ma la sua prevalenza successivamente raddoppia ogni quattro anni, giungendo quindi a una percentuale pari a circa il 30 per cento all'età di 80 anni.
A livello locale sarà necessario valutare in modo integrato (Comuni, ASP e Centri per i Disturbi Cognitivi territorialmente competenti) la possibilità di promuovere esperienze di questo tipo nei diversi territori, partendo da un'analisi attenta delle risorse e delle esigenze locali, che si sono dimostrate non sempre uniformi, esprimendo diversa sensibilità verso iniziative di questo tipo.
Si ritiene che il processo debba essere programmato nel triennio di pertinenza del PSSR, sviluppandolo parallelamente alla promozione del nuovo Accordo di Programma Provinciale, che potrebbe costituire il luogo ideale per l'analisi del bisogno e per la programmazione congiunta degli interventi. In una seconda fase dorano essere promossi seminari rivolti ai responsabili di enti, organizzazioni e reti del volontariato potenzialmente interessati alla realizzazione e/o collaborazione. La DGR 990/2016 e le indicazioni contenute nel documento regionale saranno considerate la cornice di riferimento entro cui sviluppare la programmazione locale.
GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMILIARI:
Nella provincia di Ferrara importantissima è la sinergia di azione costruita tra Centri Alcologici aziendali e le associazioni di volontariato (Club Alcologici Territoriali, Alcolisti Anonimi, AL-Anon), che svolgono una preziosa attività di sostegno dei pazienti e delle loro famiglie e contribuiscono in maniera determinante al buon esito dei percorsi terapeutici.
In particolare a Copparo, Renazzo, Bondeno e Poggio Renatico sono attivi i Club alcologici territoriali (metodo Hudolin), comunità multifamiliari costituite da non più di dodici famiglie con problemi alcolcorrelati e complessi (bevande alcoliche associate all'uso di sostanze illegali, psicofarmaci, problemi psichiatrici, gioco d'azzardo, ecc.) e da un servitore insegnante, che si impegnano per la promozione e la tutele della salute, promuovendo stili di vita sani per la

	persona, la famiglia e la comunità. A Ferrara il Centro psicosociale di cura del gioco patologico 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 coping 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. I principali eventi previsti per La società a teatro sono: - XI edizione della Parata La Società a Teatro, evento a partecipazione libera di pubblico e performers; - una rassegna teatrale; - l'evento presso gli spazi del Teatro Comunale (Ridotto e Sala Grande), dal titolo " Giornata dentro e intorno al progetto LST: esperienze di arte nel sociale"; - percorso di formazione "Professioni sociali e arti performative: due mondi in alleanza per l'integrazione, l'educazione, la, e l'organizzazione di tre seminari; giornata dedicata alla proiezione di opere filmiche a tematica sociale presso il Cinema Boldini Risorse destinate alla promozione dell'Innovazione Sociale e quota Ufficio di Piano Il Comune di Ferrara, con la finalità di concretizzare maggiormente il principio di sussidiarietà ex art. 118 della Costituzione, migliorare quindi il livello di partecipazione ed iniziativa dei cittadini singoli e associati, ha incaricato un esperto consulente giuridico per predisporre un "Regolamento Comunale per la disciplina della co-progettazione nel rapporto fra amministrazione Comunale ed enti del terzo settore nell'ambito delle politiche sociali". Il Settore Servizi alla Persona ha adottato tutti gli atti amministrativi idonei a garantire un adeguato procedimento amministrativo di co-progettazione, dalla fase di elaborazione alla fase di concertazione e condivisione con le parti sociali.
Destinatari	Genitori con figli disabili; genitori immigrati; genitori separati o in corso di separazione; genitori che hanno conosciuto la perdita di un figlio. Adolescenti e giovani neo-arrivati; alunni in condizioni di difficoltà e a rischio di abbandono scolastico. Persone con demenza e loro familiari/caregiver Persone dipendenti da alcol Persone in cura per gioco patologico e loro familiari Cittadini, Persone con disabilità, le loro famiglie Bambini e ragazzi del Comune di Ferrara
Azioni previste	1. PEER EDUCATION PER STUDENTI E GENITORI - Formazione di studenti delle superiori ed universitari e sperimentazione di interventi di affiancamento di ragazzi più giovani in condizione di fragilità, a rischio insuccesso e abbandono scolastico e neo-arrivati (tutor di resilienza) - Sperimentazione interventi di affiancamento di genitori immigrati senior a genitori neo-arrivati Colloqui di mediazione familiare 2. SCUOLE COME BENI COMUNI - Attivazione di micro progetti partecipativi rivolti a: Nidi, Centri Bambini e Famiglie e Scuole dell'Infanzia, Scuole primarie, Scuole secondarie di 1° 3. La Società a Teatro 4. Promozione dell'Innovazione Sociale e quota Ufficio di Piano
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi di Integrazione scolastica e progetti anti-dispersione scolastica Progetti partecipativi dei cittadini (Urban center, Servizi sociosanitari, educativi, urbanistica. Politiche abitative
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Istituzione per i servizi Educativi, Scolastici e per le Famiglie del Comune di Ferrara - Azienda Usl di Ferrara, - Assessorato alla Sanità e Servizi alla Persona e Assessorato alla Cultura del Comune di Ferrara; - Fondazione Teatro Comunale di Ferrara;

	- Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Azienda Usl; - Università degli Studi di Ferrara Dipartimento Studi Umanistici. Dirigenti Scolastici, Coordinatori Pedagogici, Insegnanti Genitori, Comitati genitori e associazioni formali e informali di genitori Azienda Servizi alla persona e Centri per i disturbi cognitivi Club alcologici Territoriali, Alcolisti Anonimi e Al-Anon Agire Sociale – Centro Servizi per il Volontariato Organismi del Terzo Settore
Referenti dell'intervento	MONINI TULLIO (Istituzione Servizi Educativi, Scolastici e per le famiglie) Altri Referenti : MONINI TULLIO, LAURA LEPORE, ALESSANDRO VENTURINI (Azione 1) VECCHI MAURO, ANTONELLA BATTAGLIA, ALESSANDRA GOBERTI (Azione 2) MARCELLO DUO (Azione 3), MAURO VEC
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 78.862,21**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **45.862,21 €**
- FRNA: **20.000,00 €**
- Altri fondi statali/pubblici(*Fondazione teatro Comunale di Ferrara***)**: **13.000,00 €**

Indicatori locali:3

1°: alunni e genitori aderenti a progetti di peer education
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:0 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:20
- Obiettivo 2019:25
- Obiettivo 2020:35

2°: progetti partecipativi attivati nelle scuole
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:23 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:30
- Obiettivo 2019:25
- Obiettivo 2020:25

3°: Avvisi di co-progettazione
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:6 - **Riferita al:**
- Obiettivo 2018:5
- Obiettivo 2019:5
- Obiettivo 2020:5

Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita

Approvato

Riferimento scheda regionale

31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Az.Usl di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**E;**

Razionale	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. Vd Rapporto CEDAP con tasso standardizzato di natalità della provincia di Ferrara (anni 2008-2016) in Scheda 31 allegata. 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 Provincie 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.
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/neonatologo 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 DI FERRARA – 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	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

PROMOZIONE DELL'EQUITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Approvato

Riferimento scheda regionale

32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie

Ambito territoriale	**Aziendale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Azienda USL di Ferrara Dipartimento Cure Primarie**
In continuità con la programmazione precedente	**No**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**E;**

Razionale	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 obbiettivi 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 scarsezza 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 e 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 distribuite così come indicato dalla Tabella 1 (vd Scheda 32 allegata). 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 PRESIDIATE 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 obbiettivi 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 (Vd scheda 32 allegata, Tabella 2).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	
Referenti dell'intervento	Dr. Sandro Guerra, Direttore DCP Azienda Usl di Ferrara mail:dcp.segreteria@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza e urgenza

Approvato

Riferimento scheda regionale

33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Azienda Usl e Az.Ospedaliera di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**E;**

Razionale	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, 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 Pronto Soccorso in particolare riveste 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, sepsi, ictus ecc.) ma è anche uno snodo fondamentale tra l'ospedale e ilterritorio 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. Vd Tabella in Scheda 33 allegata. Per l'anno 2017 l'AUSL di Ferrara presenta una percentuale di ricoveri/accessi pari al 13,5%, in riduzione rispetto al dato Regionale (14,8%). 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. Oltre agli aspetti clinici si ritiene necessario porre attenzione ad aspetti di carattere organizzativo che presentano comunque un rilevante impatto sulla qualità e la sicurezza delle cure: la gestione dell'iperafflusso e del sovraffollamento, il triage, la funzione di osservazione breve intensiva (OBI) nonché i percorsi facilitati (es. fast-track). La qualificazione del ruolo del PS si completa con lo sviluppo e l'implementazione di percorsi di gestione di specifiche situazioni di fragilità (ad es. vittime di violenza e abuso) sviluppando anche sinergie con il sociale ed il volontariato. Per quanto riguarda l'intero sistema dell'emergenza urgenza, sia ospedaliera che territoriale, si prevede un impegno prioritario su due aspetti di carattere trasversale: la valorizzazione e sviluppo delle competenze professionali e la adozione di sistemi di monitoraggio volti a favorire un utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse afferenti al sistema, nonché a misurarne i risultati. 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). Nel PS dell'ospedale del Delta è attiva la funzione Osservazione Breve Intensiva, con 6 posti letto, 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. Per rafforzare questa funzione, dal mese di aprile 2018 sono state attivate tre postazioni di OBI funzione Osservazione Breve Intensiva anche al nuovo PS di Cento 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, BONDENO, PORTOMEGGIORE, ARGENTA, COMACCHIO, LAGOSANTO POSTAZIONI ALS DI CASUMARO, COPPARO, LAGOSANTO E ARGENTA 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 teletrasmettere l'ECG all'Utic 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 Direzione Sanitarie sono stati elaborati ed implementati precisi protocolli anche per l'attivazione del trauma team del Pronto Soccorso HUB. 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.
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 strumenti di monitoraggio dei percorsi in emergenza,

- individuazione di metodologie per garantire la sicurezza del personale e degli utenti.

AZIONI AUSL FE

AZIONI PER LA GESTIONE DELL'IPERAFFLUSSO E DEL SOVRAFFOLLAMENTO

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 prevde:

Piattaforma intensiva (Ospedale di Cento e del Delta), per pazienti ad alta intensità assistenziale, comprendente posti letto di terapia intensiva e sub- intensiva afferenti a diverse discipline;

Piattaforma medica (Ospedale di Cento, del Delta, di Argenta), 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 (Ospedale di Cento, del Delta, di Argenta), 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 dei tre ospedali 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.

E' stata elaborata una procedura che descrive la modalità di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso con riferimento specifico al blocco dell'uscita, cioè l'impossibilità di ricoverare i pazienti nei reparti dell' ospedale del Delta per indisponibilità di posti letto, dopo il completamento della fase di cura in PS.

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 prevedono 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 indicazione 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/reparto di medicina

e. attivazione della Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale nei due Distretti di riferimento per i casi complessi.

* Tra i diversi sistemi di misurazione del sovraffollamento descritti in letteratura, la RER ha scelto il National Emergency Department Over Crowding Study, più comunemente conosciuto come NEDOCS. La creazione di questo indicatore di affollamento è attribuita a Weiss et al. (2004).

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, visita urologica)

- possibilità di accedere direttamete alla neuoradiologia 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 TROUGHPUT

Il PS generale del DELTA 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 - istituzione della figura del flussista chirurgico ed internista - attivazione dell'Unità di crisi rappresentata dalla Direzione Medica di Presidio, Direttori delle UO di presidio e Direzione delle professioni: si riunisce 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. Applicazione di percorsi specifici, tra i quali vanno ricordati 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 della RER, 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 i nterventi 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. 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 reale situazione 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, i pronto 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	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	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).
Referenti dell'intervento	Az.Usl di Ferrara: Dr.ssa Adelina Ricciardelli
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

ITC - Tecnologie dell'informazione e della comunicazione come strumento per un nuovo modello di E-Welfare

Approvato

Riferimento scheda regionale

35 L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Az.Usl di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**No**
Inserito nel percorso Community Lab	**Sì**
Aree	**E;**

Razionale	I Servizi di Telemedicina, quali servizi di assistenza sanitaria erogati congiuntamente attraverso l'ICT e l'Ingegneria Clinica, appaiono la migliore soluzione per garantire alla popolazione che risiede in zone disagiate equità di accesso alle cure, miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente e appropriatezza delle prestazioni. Il Ministero della Salute definisce aree disagiate le zone "ubicate ad una distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di primo livello". E' riconosciuto che nelle aree geograficamente meno accessibili, soprattutto a causa delle difficoltà nei collegamenti, l'offerta dei servizi sanitari può risultare non adeguata rispetto alle necessità dei residenti, con il conseguente rischio di creare discriminazioni nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. L'implementazione dei Servizi di Telemedicina nelle zone disagiate permetterà di muovere le informazioni diagnostiche e i dati sanitari anziché il paziente, migliorandone la qualità di vita. I Servizi di Telemedicina che saranno implementati nelle aree disagiate saranno finalizzati prevalentemente all'attività di monitoraggio dei parametri vitali e bioindicatori. La connotazione territoriale dell'area interna Basso Ferrarese è il terreno adatto per l'utilizzo della telemedicina, che può rappresentare uno strumento innovativo per superare le barriere organizzative ed operative soprattutto per anziani e per malati cronici, con una netta riduzione dei disagi a carico di famiglia e parenti, nonché una netta riduzione delle spese sia pubblica che privata. Il progetto sarà finanziato con fondi Ministeriali relative al progetto "Aree Interne", in quanto la regione Emilia Romagna ha sviluppato una progettazione sulle aree disagiate con riferimento alle zone montane. Gli indicatori fanno riferimento al progetto stesso.
Descrizione	Il Progetto prevede che l'erogazione dei Servizi avvenga in via prioritaria per il tramite delle Case della Salute, quale luogo privilegiato in cui si realizza la presa in carico dei pazienti secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e la continuità assistenziale, e che tali Servizi siano erogati a favore dei pazienti con patologie croniche, più frequenti nella popolazione anziana e fragile. I Servizi di Telemedicina che verranno implementati nelle aree disagiate saranno finalizzati prevalentemente all'attività di monitoraggio dei parametri vitali, della scala del dolore e all' esecuzione dell' ECG al domicilio del paziente. Inoltre, l'erogazione dei Servizi di Tele assistenza si propone anche come facilitatore nell'attuazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per i pazienti cronici polipatologici e la gestione integrata di situazioni complesse in setting assistenziali più idonei come le 2 Case della Salute (Copparo e Codigoro) e Hospice /Ospedale di Comunità di Codigoro, seguendo il paradigma della medicina d'iniziativa e la continuità assistenziale.
Destinatari	Il progetto Tele assistenza prevede la selezione dei pazienti cronici in carico ai Medici di Medicina Generale e arruolati nei PDTA attivi (BPCO, diabete, scompenso) che saranno monitorati a distanza da specialisti.

Azioni previste	I servizi di telemedicina e teleassistenza saranno erogati soprattutto a favore dei pazienti cronici polipatologici in carico ai Medici di Medicina Generale e arruolati nei PDTA attivi con o senza patologia oncologica. Nello specifico saranno monitorate le seguenti patologie croniche: • Diabete mellito • Scompenso Cardiaco • Bronco pneumopatia cronica ostruttiva – BPCO I monitoraggi continui e programmati al domicilio dei pazienti cronici, i cui dati saranno trasmessi tramite i dispositivi medici loro assegnati (o in possesso degli infermieri) alla Casa della Salute e/o all'Ospedale di riferimento permetteranno ai pazienti cronici di essere assistiti presso la Casa della Salute di riferimento e di non doversi recare in Ospedale. Sempre nell'ottica di raggiungere la migliore qualità di vita possibile per i suddetti pazienti e le loro famiglie verranno ampliate anche le cure palliative, effettuate presso il domicilio, l'ambulatorio della Casa della Salute e Hospice di Codigoro, per il si prevede l'attivazione di una cartella informatizzata. Per garantire una risposta tempestiva e appropriata anche ai cittadini con problemi di salute reputati urgenti che si recano al pronto soccorso, diventa necessario che il Sistema Informatico dei 3 Pronto Soccorsi degli ospedali dell'Azienda Usl di Ferrara (ospedale del Delta, Cento ed Argenta) sia integrato con il software gestionale della specialistica ambulatoriale sul quale viene redatto il referto, il Dossier Sanitario aziendale su cui caricare tale referto e il FSE per rendere consultabili i risultati degli esami richiesti contestualmente all'episodio in corso e anche dei dati pregressi del paziente in esso contenuti. Per la realizzazione di questo progetto è necessario da una parte acquisire strumentazione per il monitoraggio dei pazienti cronici a domicilio riducendo i costi ed i tempi di rogazione del servizio. Dall'altro di dotare un ambulatorio dedicato presso le Case della Salute di strumentazione utile a ricevere ed elaborare le informazioni che arrivano dal sensore attivo presso il paziente. Premesso che l'Azienda dispone di un software per la gestione dei PDTA nativamente integrato con il modulo di gestione dell' ADI, da cui può essere direttamente attivato in modalità di consultazione dei dati del paziente. L'intervento consiste nello sviluppo sul gestionale dei PDTA di una nuova interfaccia software per l'inserimento delle misure acquisite mediante le modalità diagnostiche di cui sopra durante le visite domiciliari e la successiva visualizzazione in modalità "web responsive" per il tramite di dispositivi mobile di tipo tablet. CRONOPROGRAMMA: 2018 Definizione procedura acquisizione 2019 Acquisizione e sperimentazione 2020 Sperimentazione e monitoraggio
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Azienda Usl di Ferrara Az.Ospedaliera di Ferrara
Referenti dell'intervento	Ing Andrea Toniutti, Dirigente Servizio ICT dell'Az.Usl di Ferrara. mail: sysinfo@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

Consolidamento Servizio Sociale Territoriale

Approvato

Riferimento scheda regionale

36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**ASP**
Specifica soggetto capofila	**ASP Ferrara, ASSP, Coordinamento tecnico territoriale**
In continuità con la programmazione precedente	**No**
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	**E;**

Razionale	L'integrazione istituzionale è individuata dalla Regione come principio fondamentale di governance. La Regione e gli Enti locali (Unioni e Comuni) devono assicurare in modo unitario e integrato la funzione di governo del sistema, pertanto la finalità del Piano è sostenere l'estensione dell'esercizio associato delle funzioni sociali e sociosanitarie in quegli ambiti in cui esiste ancora la frammentazione. Il progetto della presente scheda prevede l'attuazione dei principi e delle indicazioni delle leggi regionali 21/2012 e 12/2013, che promuovono la realizzazione della gestione distrettuale in forma associata delle funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari. Nel Distretto Centro Nord agiscono due Aziende di servizi alla persona alle quale i Comuni o le Unioni dei Comuni dei rispettivi territori hanno assegnato le deleghe dei servizi sociali. L'ASP – Centro Servizi alla Persona è un'azienda pubblica costituita il primo gennaio 2008 dai Comuni di Ferrara, Masi Torello e Voghiera, secondo gli indirizzi legislativi regionali. Nasce dall'unione di due ex-IPAB, la Casa protetta per anziani di via Ripagrande e l'Istituto Conservatori e Orfanotrofi e con l'assegnazione del Servizio Sociale Professionale Minori, Adulti e Anziani, che ha la responsabilità della presa in carico di persone e nuclei familiari che vivono diverse forme di disagio. L'Azienda Speciale Servizi alla Persona (ASSP) dei Comuni di Copparo, Berra, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro e Tresigallo, ha avviato la propria attività a partire dal 1 gennaio 2008. Dal 1 gennaio 2010 i Comuni soci hanno costituito l'Unione dei Comuni "Terre e Fiumi", che per la gestione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitarie si avvale dell'ASSP. Dal I gennaio 2018 il Comune di Jolanda di Savoia ha ritirato la propria delega ad ASSP. Nel Comitato di Distretto del 30 novembre 2017 è stata approva la proposta per avviare lo studio di fattibilità per la fusione delle due ASP e ASSP, nell'ottica della costituzione di un'unica Azienda Servizi alla Persona Distrettuale.
Descrizione	Su mandato del Comitato di Distretto verrà elaborato uno studio di fattibilità per la realizzazione di un'ASP unica distrettuale.
Destinatari	Il Comitato di Distretto
Azioni previste	Elaborazione di uno studio di fattibilità per la creazione di un'unica ASP provinciale: _Individuazione delle variabili di analisi (forma statutaria, contratti di servizio, ambiti di attività, contratti di lavoro, patrimoni, flussi di cassa…) _Valutazione degli elementi di positività e criticità della fusione, aspetti di forza e debolezza sia nella prospettiva di governance che di gestione operativa _Simulazione struttura organizzativa
Eventuali interventi/Politiche	Correlazione con le schede che riguardano aspetti organizzativi dei servizi sociali

integrate collegate	
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Comuni, OOSS, ASUL
Referenti dell'intervento	Federica Rolli Direttrice ASP Ferrara Norma Bellini Direttrice ASSP Unione dei Comuni Terre e Fiumi
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 72.983,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **72.983,00 €**

Indicatori locali:1

1°: Elaborazione di uno studio di fattibilità
Descrizione:
Tipo:S | N
Situazione di partenza:N - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:s
- Obiettivo 2019:s
- Obiettivo 2020:s

Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela

Approvato

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi
16 Sostegno alla genitorialità
17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
25 Contrasto alla violenza di genere
37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**ASP**
Specifica soggetto capofila	**ASP Ferrara, ASSP, Coordinamento tecnico territoriale**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**E;**

Razionale	La presente scheda prende in esame vari aspetti correlati all'accoglienza e cura rivolta a bambini, adolescenti e neomaggiorenni, sia di sistema che di attività ordinaria. 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 tutto il territorio provinciale e una maggiore specializzazione degli operatori coinvolti, la Regione Emilia-Romagna già con la l.r. 14/08 ha previsto che in ogni territorio 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. Il Tavolo di Coordinamento tecnico territoriale monitora inoltre i dati quali -quantitativi dei minori in carico dai quali si evince un crescente disagio determinato da problematiche sia sociali che psicopatologiche. L'utenza in carico è composta prevalentemente da minorenni in difficoltà socio-economica, circa un terzo dei quali è segnalato da autorità (Autorità giudiziaria, Scuola…) per eventi legati a forme di trascuratezza e/o non adeguatezza genitoriale. Alcuni hanno subito forme di

	trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, altri sono allontanati dalla famiglia, in stato di abbandono, inseriti in percorsi di giustizia civile e/o penale, che presentano disagio psichico e/o fisico, anche in ragione dei traumi subiti, ecc. 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 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. L'analisi dei dati del Distretto Centro Nord mostra inoltre un aumento dei comportamenti disfunzionali degli adolescenti (età 12-18 anni): dai disturbi psicotici, disturbi comportamentali per abuso di sostanze, pronta emergenza per picchi di fragilità. Le esperienze di presa in carico del passato 2017 hanno messo in luce come spesso le comunità ove sono inseriti – anche fuori provincia- reagiscono espellendo questi utenti che iniziano così un odissea/pellegrinaggio tra diverse comunità, di fatto non sentendosi mai accettati. La mancanza di una comunità integrata nella provincia di Ferrara risulta un elemento negativo.
Descrizione	Ufficio Tutela dei Diritti dei Minori 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 affido 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 affido 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. SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE I bambini e ragazzi, in carico ad ASP Ferrara che sono stati in affidamento a tempo pieno e in comunità residenziale senza la presenza della madre nel corso del 2017 sono stati 152: 46 in affido + 106 in strutture di accoglienza (di cui 72 minori stranieri: 37 SPAR e 35 Minori stranieri non accompagnati). I bambini in carico a ASSP sono 9 in affido , 27 in struttura a cui si aggiungono 6 mamme. Le ragioni del collocamento protetto sono legate a gravi incapacità o inadeguatezza nello svolgimento delle funzioni protettive e di cura da parte del nucleo di origine e/o del contesto familiare e sociale allargato, come ad esempio nelle situazioni di minori vittime di violenza domestica, maltrattamento e abuso, grave trascuratezza, fino ad arrivare a situazioni estreme di "abbandono". Il numero è influenzato significativamente dalla componente dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) che meritano un'attenzione particolare. Si tratta principalmente di adolescenti di 14-17 anni, prevalentemente ragazzi prossimi alla maggiore età. Per molti neomaggiorenni l'esperienza di accoglienza educativa non ha consentito il completamento di un percorso verso l'autonomia. La nuova condizione giuridica di maggior età

	spesso comporta una interruzione degli interventi ma non corrisponde ad un reale esercizio di autonomia psichica, economica, sociale, relazionale. Tutto ciò espone i ragazzi ad un maggior rischio di vulnerabilità psico-sociale e di traiettorie disadattive. Ci si propone di mantenere e garantire la disponibilità di posti in pronta accoglienza per le situazioni di emergenza sul territorio; di favorire la presa in carico integrata tempestiva e la definizione di percorsi di tutela e di lavoro con le famiglie disfunzionali. Si intende proseguire nella collaborazione con il privato sociale che gestisce strutture educative e case-famiglia per l'accoglienza di minori, ai fini di qualificare il sistema dell'accoglienza per poter rispondere ai casi particolarmente complessi che richiedono un'intensità di cura, tempestività e alta specializzazione, con la definizione di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali, per la valutazione e la presa in carico, tra servizi sociali, educativi, sanitari (psicologia clinica, neuropsichiatria infantile, salute mentale, pediatra di libera scelta, medici di medicina generale, ecc.) Si intende dare corso all'applicazione della DGR 1102/14 attraverso il lavoro di ETi ed UVM volto alla presa in carico integrata socio-sanitaria dei casi complessi, alla definizione e al monitoraggio delle progettualità. Si vogliono valorizzare le esperienze, già avviate con LR 14/2008, di coordinamento provinciale in relazione a formazione e supervisione specialistica a favore degli operatori sociali, sanitari ed educativi che si occupano di tutela minori. Proseguire con l'attività delle Equipe specialistiche Sovra-Distrettuali Adozioni, Affido Familiare e Abuso, riconosciute come esperienze altamente qualificate, di secondo livello, per lo svolgimento di parte di attività nell'ambito della tutela dei minori coinvolti dalle tematiche adozioni, abuso, affido, su base provinciale.
Destinatari	Bambini e ragazzi che si trovano in situazione di disagio grave e vulnerabilità, minori che vivono in contesti familiari disfunzionali e multiproblematici e per questo a rischio evolutivo. Neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione. Genitori e adulti significativi in condizioni di vulnerabilità personale e sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura. Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi coinvolti nella tutela. Famiglie affidatarie, Enti gestori di comunità, Adulti Accoglienti, Enti del terzo settore.
Azioni previste	• Revisione periodica delle procedure di attuazione della DGR 1102/14 su tutto il territorio provinciale. • Monitorare l'attività dei servizi residenziali e semiresidenziali e l'aderenza dell'offerta alla evoluzione dei bisogni attraverso il Coordinamento tecnico territoriale. • Mantenere, per il tramite della CTSS, le Equipe specialistiche sovradistrettuali per il lavoro su Affido Familiare, Abuso e Adozione. • Realizzare una 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. • Promuovere la formazione di base e specialistica congiunta dei diversi operatori per 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. • Sperimentare approcci innovativi nel lavoro con le famiglie "negligenti" che favoriscono un loro protagonismo, sviluppino empowerment, promuovano la cura di situazioni di sofferenza psico-patologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie, (es. Family Group Conference, Famiglia aiutano Famiglie, ecc.). • Promuovere azioni di supporto e/o implementazione del protagonismo dei neomaggiorenni (Care Leavers Network), azioni a supporto dei bisogni di autonomia in collaborazione con i servizi territoriali, con il privato sociale e il volontariato. • 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.

- Realizzare uno studio finalizzato all'attivazione di posti letto sanitari per adolescenti che presentano disturbi psicotici e disturbi della condotta abbinate ad uso di sostanze.

* Realizzare una prima sperimentazione a livello distrettuale di un pronto intervento sociale dedicato ai minori.

Approfondimento a cura dell' Ufficio Tutela dei Diritti dei Minori:

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¬tagonismo, 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 volgono 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.

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 la¬voro 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. Verrò 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..
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Collegamento scheda pdz: 6, 10,12, 14,15,16,17,41, 22, 23, 25
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	ASP Ferrara, ASSP, AUSL (UONPIA, SERT, Salute Mentale), Pediatri, Privato Sociale gestore di Comunità e Case-Famiglia, Adulti accoglienti, Famiglie Affidatarie e Adottive, Istituzione scolastica, Centri per le Famiglie. 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, 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	Federica Rolli Direttore ASP Ferrara f.rolli@aspfe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 2.115.150,84**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **16.528,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **189.250,00 €**
- Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC…): **1.892.756,84 €**

Risorse comunali: **16.616,00 €** di cui:

- Contributi al progetto Tutela giuridica minori dal Distretto Ovest e Sud Est:**16.616,00 €**

Indicatori locali:4

1°: minori trattati
tramite Integrazione multiprofessionale con valutazione e progetto di intervento condiviso
Descrizione:
Tipo: Numerico

Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:0
- Obiettivo 2019:0
- Obiettivo 2020:0

2°: neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione

Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:0
- Obiettivo 2019:0
- Obiettivo 2020:0

3°: Nr di interventi formativi realizzati per l'adeguamento delle competenze degli operatori

Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:0
- Obiettivo 2019:0
- Obiettivo 2020:0

4°: % dei rientri in provincia dei minori attualmente inseriti in comunità

Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:0
- Obiettivo 2019:0
- Obiettivo 2020:0

Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali

Approvato

Riferimento scheda regionale

38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali

Ambito territoriale	**Provinciale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Azienda USL di Ferrara (Dipartimento di Sanità Pubblica)**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	**No**
Aree	**E;**

Razionale	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 armonizzazione 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. Vd il calendario vaccinale in vigore riportato nella scheda 38 allegata. 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 coma 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. Vedasi i grafici riportati nella Scheda 38 allegata.
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 Inadempienti 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. 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. mail: a.detogni@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 0,00**

Indicatori locali:0

Programmazione FRNA e FNA distrettuale

Approvato

Riferimento scheda regionale

5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
20 Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA
28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore
37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela

Riferimento scheda distrettuale: Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**AUSL**
Specifica soggetto capofila	**Az. Usl di Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	**A;B;C;D;E;**

Razionale	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 smi 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\ AAUUSSSLL, la definizione dell'importante ruolo dei Comuni all'interno dei Distretti, la Programmazione Distrettuale finanziata dal riparto distrettuale in base alla popolazione ultrasettantacinquenne) 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'abito 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, cafè 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 (TABELLE VISIBILI NELLA SCHEDA ALLEGATA) 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. Nel distretto Centro Nord è stata inoltre avviata una implementazione nell'erogazione di assegni di cura per riallineare i dati di attività a quelli degli altri due territori. Nel distretto Centro Nord, per l'area anziani, si osserva un minimo incremento della spesa, rispetto al 2016, nell'area anziani (+0.55%), sostenuta principalmente dalla maggior attivazione di progetti residenziali temporanei e di sollievo (+ 1.86%). Anche il dato relativo all'erogazione di assegni di cura appare in forte incremento, ma va segnalato che tale aumento non è stato

sufficiente ad utilizzare completamente la quota programmata per questa voce. Tuttavia, grazie ad azioni concordate con le ASP, si è assistito ad un progressivo incremento a partire dal secondo semestre 2017, fino a giungere ad un sostanziale allineamento con la programmazione (ultimo bimestre 2017), per ora confermato dai dati di monitoraggio del primo trimestre 2018.
Nell'area disabili si evidenzia un incremento spesa per assegni di cura, dato in parte riferito all'utilizzo della quota vincolata FNNA per le gravissime disabilità. In incremento la spesa per assitenza domiciliare e per CSO, quest'ultima, per l'adeguamento della percentuale a carico FRNA prevista dal "Decreto LEA".
Si realizza un incremento di spesa negli interventi cosiddetti "trasversali" (+ 48.69 % - progetti a favore della fragilità e dell'emersione del lavoro di cura, adattamento domestico).
BENEFICIARI E DATI DI ATTIVITA'
AREA ANZIANI
Dall'analisi sull'utilizzo dei fondi per la non autosufficienza emerge una sostanziale stabilità della spesa per l'area anziani e la tendenza al contenimento delle 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 flessione. Dal monitoraggio sui dati di attività emerge un leggero decremento degli utenti complessivi del servizio e delle ore di assistenza domiciliare socio-assistenziale sostenute con FRNA. Gli utenti assistiti sono stati 260
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 129 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 assitenza 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 697,75, le giornate di assistenza erogate in RSA sono state 3638.
Centri diurni anziani
Relativamente ai centri diurni, le giornate annue di frequenza nel loro complesso registrano una sostanziale stabilità rispetto al 2016.
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 incrementata 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), cosicchè la spesa 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. SI SPECIFICA CHE IL PREVENTIVO TOTALE FRNA/FNNA 2018 è DI € 20.920938; -CHE IL TOTALE DEL FRNA PREVENTIVO 2018 è € 19.151.185 -CHE IL TOTALE DEL FNNA PREVENTIVO 2018 è € 1.769.753 -CHE € 2.345.327,92 DEL FRNA PREVENTIVO 2018 SONO STATE INSERITE NELLE SCHEDE N. 1,2,5,6,20/21, 28/29 -NEL SITO "network.cup2000.it/progetti/piani-di-zona" IL PREVENTIVO 2018 FRNA INSERITO DELLA SCHEDA 40 è DI € 16.805.857,08. IN QUESTO MODO IL TOTALE PREVENTIVO FRNA 2018 è : € 16.805.857,08 +€ 2.345.327,92= € 19.151.185 I RESIDUI 2016 FRNA: 1.932.430; FNNA : 396.190
Destinatari	Popolazione anziana, disabile e fragile del territorio distrettuale
Azioni previste	Programmazione degli interventi residenziali e semiresidenziali per anziani e per disabili. Progammazioni 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 (ASP Ferrara e ASSP Copparo) Comuni del distretto
Referenti dell'intervento	DASS Azienda Usl Ferrara Franco Romagnoni f.romagnoni@ausl.fe.it
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 23.030.749,53**

- FRNA: **16.805.857,08 €**
- FNNA: **1.769.753,00 €**
- AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA: **4.455.139,45 €**

Indicatori locali:5

1°: Dimissioni protette
Descrizione: Implementare il servizio di dimissioni protette attraverso le CDCA presso i principali ospedali
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:3638 giornate - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018: Il servizio a fine 2017 era riferito a 4 mesi, si prevede di mantenere il risultato rapportato ad anno
- Obiettivo 2019: Mantenimento risultato 2018
- Obiettivo 2020: Mantenimento risultato 2018

2°: Ricoveri di sollievo per anziani e disabili
Descrizione: L'obiettivo regionale è il 2% del totale giornate di assistenza
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:2 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018: Mantenimento
- Obiettivo 2019: Mantenimento
- Obiettivo 2020: Mantenimento

3°: Applicazione DM 2016
Descrizione: Il decrete prevede il vincolo di utilizzo del 50% in favore di utenti gravissimi disabili
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:2,84% del totale delle giornate di assistenza - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018: Mantenimento
- Obiettivo 2019: Mantenimento
- Obiettivo 2020: Mantenimento

4°: Servizi accreditati per anziani
Descrizione: Il distretto centro Nord ha da tempo realizzato il percorso di accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.
Tipo: Testuale
Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018: Mantenimento
- Obiettivo 2019: Mantenimento
- Obiettivo 2020: Mantenimento

5°: Servizi accreditati per disabili
Descrizione: Anche in area disabili il percorso di accreditamento è compiuto.
Tipo: Testuale

Situazione di partenza: - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018: Mantenimento
- Obiettivo 2019: Mantenimento
- Obiettivo 2020: Mantenimento

Servizi Educativi Scolastici ed Extrascolastici

Approvato

Riferimento scheda regionale

6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi
16 Sostegno alla genitorialità
17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari

Ambito territoriale	**Distrettuale**
Soggetto capofila	**Comune**
Specifica soggetto capofila	**Istituzione dei Servizi Educativi, Scolastici e per le Famiglie del Comune di Ferrara (Servizio Integrazione Scolastica – Ufficio Alunni Stranieri e Coordinamento Servizi Educativi Integrazioni) ASP Ferrara**
In continuità con la programmazione precedente	**Sì**
Inserito nel percorso Community Lab	
Aree	**B;**

Razionale	1.UN SISTEMA DI LABORATORI PER LA QUALIFICAZIONE DELL'OFFERTA FORMATIVA Il progetto si colloca all'interno dell'AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE. In particolare, si tratta dell'attuazione di interventi mirati ad arricchire l'offerta formativa degli alunni frequentanti i servizi educativi per la prima infanzia e delle scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado, attraverso la realizzazione di laboratori e opportunità educative istruttive e formative. 2.INTERVENTI EDUCATIVI IN ORARIO PRE-SCOLASTICO Il progetto si colloca all'interno dell'AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE. In particolare, si tratta dell'attuazione di interventi mirati a garantire pari opportunità di diritto allo studio a tutti i minori frequentanti le scuole primarie, in particolare con famiglie che abbiano la necessità di un intervento educativo in orario pre-scolastico giornaliero un'ora prima dell'inizio delle attività . I bambini e ragazzi che hanno nell'anno scolastico 2017/2018, sono stati circa 1.250. 3.RAPPORTI TRA LE GENERAZIONI E PROMOZIONE DEL VOLONTARIATO DEI RAGAZZI Il progetto si colloca all'interno dell'Area POLITICHE PER LA RIDUZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, con particolare riferimento al POTENZIAMENTO DI INTERVENTI A SOSTEGNO DELL'INFANZIA E DELLA GENITORIALITA'. Da 25 anni vengono organizzate all'interno dei Centri Bambini e Famiglie (CBF) comunali o in stretta connessione ad essi, diverse manifestazioni per bambini e famiglie da maggio a settembre (Estate Bambini, Estate dei Piccoli, Maggio in Piazza Aperta) coinvolgendo centinaia di persone che partecipano ai diversi eventi. All'interno di queste proposte viene incentivato l'intervento e la collaborazione del volontariato, con la presenza e partecipazione di bambini, ragazzi ed adulti che, con la loro presenza forte, sostengono molte attività degli eventi sopra citati. Obiettivi importanti sono legati al sostegno ad una cittadinanza attiva, alla socialità ed alla crescita di un senso comunitario, di una valorizzazione del volontariato del singolo e dei gruppi. 4. BAMBINI IN OSPEDALE Il progetto si caratterizza per la collaborazione interistituzionale tra il Comune di Ferrara e l'Azienda Ospedaliera per le attività di supporto ai bambini e alle loro famiglie in situazione di

	ospedalizzazione. Si intende assicurare interventi di tipo ludico ed educativo con l'obiettivo di offrire sollievo ai piccoli ricoverati o in dh e ai loro familiari attraverso attività di gioco, lettura e attraverso piccoli laboratori di costruzione di giocattoli nella Stanza dei Bambini, spazio appositamente organizzato con arredi e materiali.
Descrizione	1.Il progetto UN SISTEMA DI LABORATORI intende rispondere alla necessità di poter offrire azioni migliorative dell'offerta formativa educativo- scolastica attraverso la realizzazione di : -laboratori artistici -laboratori di educazione naturale -laboratori di cittadinanza attiva Alle attività di laboratorio è affiancata un'attività permanente di formazione degli insegnanti in grado di garantire che le attività proposte dagli operatori esterni possano proseguire ed estendersi durante l'intero percorso educativo-scolastico. 2. Il progetto INTERVENTI EDUCATIVI IN ORARIO EXTRASCOLASTICO, intende rispondere all'esigenza di sempre più famiglie di poter conciliare i tempi di vita e di lavoro con gli orari delle istituzioni scolastiche. La presenza di un numero elevato di bambini e ragazzi che dalle 7.30 del mattino non avrebbero alcuna collocazione, necessita di un intervento atto a garantire la loro accoglienza all'interno dei plessi scolastici ed il loro coinvolgimento in attività educativo-ricreative e socializzanti , preludio del loro accesso all'attività scolastica dalle ore 8.30. Le attività proposte, sono in continuità e collegamento con le attività scolastiche curricolari. 3. Il progetto RAPPORTI TRA LE GENERAZIONI E PROMOZIONE DEL VOLONTARIATO si esplica prevalentemente tra il mese di maggio e la metà di settembre durante la quale si realizzano le attività "Maggio in Piazza Aperta", dall'inizio di luglio fino a ferragosto presso il CBF Mille Gru viene organizzata "l'Estate dei Piccoli" e in centro storico e nella piazza XXIV maggio viene organizzata la manifestazione "Estate bambini", ricca di proposte ludiche, di animazione, laboratoriali, di incontri per gli adulti e la rassegna teatrale per bambini "Festebà". In ogni manifestazione la partecipazione delle famiglie con bambini piccoli è molto alta, in particolar modo per la fascia d'età 0-5 anni. 4. Il progetto BAMBINI IN OSPEDALE prevede per tre mattine ed un pomeriggio alla settimana la realizzazione di interventi da parte di educatrici comunali, con l'affiancamento delle volontarie dell'associazione Circi ed in collaborazione con lo psicologo dell'associazione Giulia. Tali interventi vengono agiti all'interno dello spazio denominato la "Stanza dei bambini" o direttamente nelle stanze dei bambini ricoverati e diretti ad alleviare nei piccoli degenti e nei loro familiari, la fatica, la sofferenza ed il disagio del dolore e della malattia.
Destinatari	Bambini e ragazzi frequentanti le scuole dell'infanzia ,primarie e secondarie di primo e secondo grado Insegnanti dei servizi educativi per la prima infanzia e delle scuole primarie e secondarie di primo grado Genitori di bambini e ragazzi della fascia di età 0/14 anni. Alunni iscritti alle scuole primarie del territorio comunale. Famiglie con bambini 0-10 anni, - bambini, ragazzi e adulti dell' associazione di volontariato Circi – Bambini ricoverati in reparto di onco- ematologia pediatrica e pediatria dell' ospedale di Cona
Azioni previste	LABORATORI DI "INCONTRO CON L'ARTE" a sostegno e promozione delle offerte culturali del sistema museale cittadino rivolti a bambini e ragazzi (3-14 anni) Attività di formazione artistica rivolte agli insegnanti in supporto all'attività formativa degli alunni. Attività di laboratorio rivolte ai genitori sulle tematiche proposte agli alunni . Attività di laboratorio rivolte ad adulti del centro diurno IL CONVENTO LABORATORI DI EDUCAZIONE NATURALE rivolte ai bambini 3-6 anni frequentanti le scuole dell'infanzia del comune di Ferrara. ATTIVITA' DI CITTADINANZA ATTIVA per bambini e ragazzi 6-18 anni in collaborazione con il PROGETTO REGIONALE "CONCITTADINI" 2

	Attività di accoglienza delle famiglie e degli alunni -Organizzazione di attività per centri di interesse(piccoli gruppi) -Organizzazione di attività a tema, trasversali a tutte le attività di prescuola cittadine -Raccordo tra operatori del servizio e insegnanti / dirigenti scolastici - Consulenza educativa disponibile per insegnanti e genitori 3 Proposte di gioco e di animazione. Laboratorio pratici e creativi. Attività teatrali, musicali e cinematografiche. Incontri per genitori e approfondimenti tematici. 4 Attività di laboratorio, racconto, gioco e costruzione all'interno de LA STANZA DEI BAMBINI. Interventi nelle stanze del reparto, in supporto a bambini e alle loro famiglie. Colloqui di raccordo con il personale sanitario. Attività di formazione congiunta (volontari-educatori.sanitari).
Eventuali interventi/Politiche integrate collegate	Interventi mirati a garantire pari opportunità di diritto allo studio (PRE SCUOLA) Interventi di sostegno alla genitorialità (Centro per le famiglie del Comune di Ferrara) Progetti regionali di cittadinanza attiva Progetti per la promozione della salute
Istituzioni/Attori sociali coinvolti	Laboratorio delle ARTI dell'Istituzione dei servizi educativi, scolastici e per le famiglie del Comune di Ferrara Servizi educativi 0/6 anni Istituzioni scolastiche (Istituti comprensivi scuole dell'infanzia primarie e secondarie di primo grado e secondo grado, statali) Settore Cultura del Comune di Ferrara Regione Emilia Romagna AUSL e Azienda Ospedaliera di Ferrara Volontari Civili Istituzione Servizi Educativi, Scolastici e per le Famiglie – Servizi Integrativi –- Associazione CIRCI Coop.va Le pagine Ass.ne Giulia
Referenti dell'intervento	Donatella Mauro: d.mauro@edu.comune.fe.it Isabella Guidi (referente Laboratorio delle arti): i.guidi@edu.comune.fe.it Giuliano Fiorini (referente Istituzione per progetto Concittadini) : g.fiorini@edu.comune.fe.it Bianca Orsoni (referente progetto Bamb
Risorse non finanziarie	

Totale preventivo 2018:**€ 64.000,00**

- Fondo sociale locale - Risorse regionali: **54.000,00 €**
- Fondo sociale locale - Risorse statali: **10.000,00 €**

Indicatori locali:3

1°: Alunni coinvolti
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:2200 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:2000
- Obiettivo 2019:2000
- Obiettivo 2020:2000

2°: Genitori coinvolti
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:200 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:200
- Obiettivo 2019:200
- Obiettivo 2020:200

3°: Insegnanti coinvolti
Descrizione:
Tipo: Numerico
Situazione di partenza:200 - **Riferita al:**31/12/2017
- Obiettivo 2018:200
- Obiettivo 2019:200
- Obiettivo 2020:200

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	**Scheda regionale**	**Indicatore da monitorare**	**Indicatore DGR 1423/2017**	**Tipo indicatore**	**Situazione di partenza**	**Riferito al**	**Obiettivo 2018**	**Obiettivo 2019**	**Obiettivo 2020**	**Note**
2	1 Case della salute e Medicina d'iniziativa	N. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi della Casa della salute	1.3 Evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi	Numerico	1	31/12/2017	4	4	4	########## ########## ########## ########## ########## ########## ########## ########## ########## ########## ##########
3	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	N. iniziative di coinvolgimento della comunità nella realizzazione degli interventi negli Ospedali di Comunità, ove presenti, finalizzati al rientro il più possibile al proprio domicilio	3.2.A Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Numerico	1	31/12/2017	1	2	2	Dato riferito al contesto aziendale
4	3 Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità	Tipologia dei percorsi attivati	3.2.B Evidenza dei percorsi di raccordo fra ospedale e territorio	Testuale	attivazione Centrale Dimissioni e Continuità Assistenziale (CDCA)	31/12/2017	consolidamento CDCA	consolidamento CDCA	consolidamento CDCA	
5	4 Budget di salute	Tipologie di risorse (finanziarie, spazi, attrezzature, personale, ecc.) messe a disposizione da Enti locali	4.2 Risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali	Testuale	messa a disposizione di personale, spazi e risorse finanziarie da parte dell'Az.Usl di Ferrara e degli Enti Locali	31/12/2017	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	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	**Scheda regionale**	**Indicatore da monitorare**	**Indicatore DGR 1423/2017**	**Tipo indicatore**	**Situazione di partenza**	**Riferito al**	**Obiettivo 2018**	**Obiettivo 2019**	**Obiettivo 2020**	**Note**
6	4 Budget di salute	Pianificazione delle azioni per estendere l'applicazione dello strumento per altre tipologie di soggetti fragili	4.5 (in fase matura) N. Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre	S | N	N	31/12/2017	N	S	S	
7	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	Ricognizione degli enti di terzo settore e dei soggetti portatori di interesse disponibili per attività a sostegno del caregiver	5.1.A 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	S | N	S	31/12/2017	S	S	S	è previsto un aggiornamento periodico della ricognizione, utilizzando lo strumento validato RER nell'ambito del progetto Prevenzione comportamenti a rischio dei care giver (Piano della Prevenzione obiettivo 4.2)
8	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. enti di Terzo settore e dei soggetti portatori di interesse coinvolti in percorsi valorizzazione /sostegno del caregiver	5.1.B 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	Numerico	3	31/12/2017	3	3	3	AMA, Ancescao/centri sociali di Ferrara e Copparo
9	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-	N. progetti e iniziative per benessere e salute caregiver	5.3.A Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver	Numerico	3	31/12/2017	3	3	3	Situazione di partenza al 31/12/2017: Caffe della memoria di Ferrara c/o ASP, Barco, Copparo
10	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-	N. iniziative informative rivolte a professionisti sul ruolo del caregiver	5.4.A Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	0	31/12/2017	0	1	1	è prevista dal 2019 almeno una iniziativa informativa all'anno

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	**Scheda regionale**	**Indicatore da monitorare**	**Indicatore DGR 1423/2017**	**Tipo indicatore**	**Situazione di partenza**	**Riferito al**	**Obiettivo 2018**	**Obiettivo 2019**	**Obiettivo 2020**	**Note**
11	5 Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari	N. iniziative informative rivolte alla comunità sul ruolo del caregiver	5.4.B Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	situazione di partenza al 31/12/2017: care giver day negli anni 2018/2020 è prevista la realizzazione di almeno una iniziativa informativa all'anno
12	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie percorsi di uscita programmata dalla famiglia di origine o da struttura art. 5 lettera a) DM 23.11.2017	6.2.A N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui	Numerico	0	31/12/2017	3	3	3	
13	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi domiciliari in abitazioni per il Dopo di Noi art. 5 lettera b) DM 23.11.2018	6.2.B N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui	Numerico	0	31/12/2017	17	17	17	
14	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie programmi di abilitazione e sviluppo competenze art. 5 lettera c) DM 23.11.2019	6.2.C N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui	Numerico	0	31/12/2017	2	2	2	
15	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi strutturali art. 5 lettera d) DM 23.11.2020	6.2.D N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2019	Numerico	0	31/12/2017				è prevista la pubblicazione di un bando per la richiesta degli interventi di piccola ristrutturazione e messa in opera di impianti/interventi di domotica per ipotesi di co-housing
16	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	N. persone destinatarie interventi di ospitalità temporanea art. 5 lettera e) DM 23.11.2021	6.2.E N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	
17	6 Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi	Definizione e realizzazione di azioni sull'amministrazione di sostegno secondo Linee guida DGR 962/2014	6.3 N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-	S | N	N	31/12/2017	N	S	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	**Scheda regionale**	**Indicatore da monitorare**	**Indicatore 1423/2017 DGR**	**Tipo indicatore**	**Situazione di partenza**	**Riferito al**	**Obiettivo 2018**	**Obiettivo 2019**	**Obiettivo 2020**	**Note**
18	8 Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in	N. enti di Terzo settore coinvolti in percorsi di umanizzazione, promozione del benessere in carcere e di reinserimento sociale e lavorativo	8.6 N. enti di Terzo settore coinvolti	Numerico	10	31/12/2017	14	15	15	
19	10 Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di	N° persone senza dimora prese in carico a livello distrettuale (non incluse progetto Inside)	10.1 N. persone senza dimora prese in carico	Numerico	93	31/12/2016	90	90	90	
20	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per posti MSNA	12.3.B N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA	S | N	S	31/12/2017	S	S	S	
21	12 Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate	Partecipazione al bando Sprar per richiedenti e titolari di protezione internazionale	12.4.B N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione	S | N	S	31/12/2017	S	S	S	
22	14 Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali,	N. Centri interculturali attivi	14.4 N. Centri Interculturali attivi	Numerico	1	31/12/2017	1	1	1	
23	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento	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	15.1 Sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie,	S | N	s	31/12/2017	s	s	s	Situazione al 31/12/2017: progetto Ben arrivato piccolo mio
24	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento	Individuazione e attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di bisogni complessi	15.4.A N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	S | N	s	31/12/2017	s	s	s	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	**Scheda regionale**	**Indicatore da monitorare**	**Indicatore DGR 1423/2017**	**Tipo indicatore**	**Situazione di partenza**	**Riferito al**	**Obiettivo 2018**	**Obiettivo 2019**	**Obiettivo 2020**	**Note**
25	15 Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servi	N. donne per cui si è attivata valutazione complessa/totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	15.4.B N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse)	Numerico	184	31/12/2017	consolidamento	consolidamento	consolidamento	Situazione di partenza al 31/12/2017: 184 nuclei familiari con colloqui multidisciplinari nell'ambito del progetto Ben arrivato
26	16 Sostegno alla genitorialità	Attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni	16.3 Attività di rete dei Consultori 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 | N	S	31/12/2017	Consolidamento	Consolidamento	Consolidamento	
27	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	17.1 Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008)	S | N	S	31/12/2017	Consolidamento	Consolidamento	Consolidamento	
28	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	Costituzione del coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	17.2 Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza"	S | N	S	31/12/2017	Consolidamento	Consolidamento	Consolidamento	
29	17 Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti	N. punti di accesso dedicati agli adolescenti (almeno 1 per ambito distrettuale)	17.4 N. punti di accesso dedicati agli adolescenti	Numerico	1	31/12/2017	Consolidamento	Consolidamento	Consolidamento	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	**Scheda regionale**	**Indicatore da monitorare**	**Indicatore DGR 1423/2017**	**Tipo indicatore**	**Situazione di partenza**	**Riferito al**	**Obiettivo 2018**	**Obiettivo 2019**	**Obiettivo 2020**	**Note**
30	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della	N. progetti di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità (almeno 1 per ogni AUSL)	18.1 Realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione	Numerico	2	31/12/2017	3	minimo 1	minimo 1	
31	18 Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e	Apertura di uno spazio giovani per distretto	18.3 Apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto	S | N	n	31/12/2017	s	s	s	
32	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-	N. progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.A N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	E' prevista l'istituzione del gruppo di lavoro e la redazione del Regolamento provinciale per le case famiglia
33	21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza- FRNA	Tipologia progetti innovativi di rete domiciliare	21.1.B N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia	Testuale	necessità di regolamentazione provinciale delle case famiglia	31/12/2017	istituzione gruppo di lavoro per la redazione del Regolamento per le case famiglia	redazione e applicazione Regolamento provinciale per le case famiglia	applicazione Regolamento provinciale per le case famiglia	
34	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI,	N. assunzioni effettuate con l'avviso 3 fondi PON	22.5.A N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota	Numerico	3	31/12/2017	5	5	5	
35	22 Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)	N. assunzioni effettuate con la quota dedicata del Fondo Povertà	22.5.B N. assunzioni effettuate con i bandi PON. e la quota vincolata del Fondo	Numerico	N	31/12/2017	S	S	S	
36	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)	N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015	23.5.A N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	Numerico	16	31/12/2017	16	Consolidamento	Consolidamento	
37	23 Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R.	Monitoraggio e valutazione dei percorsi individuali di inserimento di pazienti DSM/DP nella LR 14/15	23.5.B N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi	S | N	S	31/12/2017	S	S	S	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	**Scheda regionale**	**Indicatore da monitorare**	**Indicatore 1423/2017 DGR**	**Tipo indicatore**	**Situazione di partenza**	**Riferito al**	**Obiettivo 2018**	**Obiettivo 2019**	**Obiettivo 2020**	**Note**
38	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di eventi di formazione sull'Health Literacy	27.1 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente	S | N	s	31/12/2017	s	s	s	Situazione di partenza al 31/12/2017: formazione realizzata presso l'Az.Ospedaliero Universitaria di Ferrara. Obiettivo 2018/2020 è la promozione di eventi formativi in entrambe le Aziende Sanitarie
39	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. professionisti sanitari formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti sanitari	27.2.A N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	530 professionisti formati (pari al 12,6% dei dipendenti sanitari e amministrativi delle 2 aziende sanitarie)	31/12/2017	+20	+30	+30	##########
40	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. amministrativi formati sull'Health Literacy in ogni azienda /totale dipendenti amministrativi	27.2.B N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi	Numerico	530 professionisti formati (pari al 12,6% dei dipendenti sanitari e amministrativi delle 2 aziende sanitarie)	31/12/2017	+10	+30	+30	##########

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	**Scheda regionale**	**Indicatore da monitorare**	**Indicatore DGR 1423/2017**	**Tipo indicatore**	**Situazione di partenza**	**Riferito al**	**Obiettivo 2018**	**Obiettivo 2019**	**Obiettivo 2020**	**Note**
41	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	27.3 N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari	Numerico	27	31/12/2017	2	2	2	Situazione al 31/12/2017: N eventi: 25 Az.Osp di Ferrara + 2 Az.Usl di Fe
42	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari	27.4 N. Aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di	S | N	S	31/12/2017	S	S	S	
43	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno strutture	27.5 N. Aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno	S | N	S	31/12/2017	S	S	S	
44	27 Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)	Realizzazione di attività di verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione	27.6 N. Aziende sanitarie con attività di verifica del grado di soddisfazione sulla	S | N	S	31/12/2017	S	S	S	
45	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. centri d'incontro sul territorio distrettuale	28.1 N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1	Numerico	1	31/12/2017	Consolidamento	Consolidamento	Consolidamento	
46	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.B N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	S	31/12/2017	S	S	S	
47	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. familiari di persone con demenza che frequentano i centri di incontro	28.2.C N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	80	31/12/2016	50	50	50	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	**Scheda regionale**	**Indicatore da monitorare**	**Indicatore DGR 1423/2017**	**Tipo indicatore**	**Situazione di partenza**	**Riferito al**	**Obiettivo 2018**	**Obiettivo 2019**	**Obiettivo 2020**	**Note**
48	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. posti disponibili nei centri di incontro	28.2.A N. familiari coinvolti/numero persone con demenza coinvolte = 0,5	Numerico	S	31/12/2017	S	S	S	
49	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	N. eventi formativi per volontari ed utenti	28.4 Realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti	Numerico	2	31/12/2017	3	4	4	
50	28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari	Tipologie di auto mutuo aiuto esistenti (GAP/SM/ALCOLISTI)	28.7 Mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto	Testuale	Gruppi di auto aiuto GAP (Associazione fuori dal gioco) e Alcolisti (Club Alcologici Territoriali)	31/12/2017	mantenimento della collaborazione con le associazioni	mantenimento della collaborazione con le associazioni	mantenimento della collaborazione con le associazioni	Mappatura aziendale dei Gruppi di auto aiuto esistenti al 31/12/2017: Associazione fuori dal gioco (GAP): valenza sovradistrettuale Club Alcologico Territoriale metodo Hudolin (CAT): Copparo, Bondeno, Renazzo, Poggio Renatico

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	**Scheda regionale**	**Indicatore da monitorare**	**Indicatore DGR 1423/2017**	**Tipo indicatore**	**Situazione di partenza**	**Riferito al**	**Obiettivo 2018**	**Obiettivo 2019**	**Obiettivo 2020**	**Note**
51	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	29.3 N. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali	Numerico	1	31/12/2017	Consolidamento	Consolidamento	Consolidamento	
52	29 Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore	Attivazione di interventi integrati e di forme stabili di collaborazione Enti Locali e terzo settore in attuazione del Patto regionale	29.4 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	S | N	S	31/12/2017	S	S	S	
53	31 Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti	Presenza di un documento aziendale di riorganizzazione della rete dei Punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati, condiviso con CTSS	31.1 Evidenza documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS	S | N	s	31/12/2017	s	s	s	
54	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	N. iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso)	33.3.A Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Numerico	0	31/12/2017	1	1	1	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	**Scheda regionale**	**Indicatore da monitorare**	**Indicatore DGR 1423/2017**	**Tipo indicatore**	**Situazione di partenza**	**Riferito al**	**Obiettivo 2018**	**Obiettivo 2019**	**Obiettivo 2020**	**Note**
55	33 Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza	Specificare le tematiche	33.3.B Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N. aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. Aziende sanitarie della RER	Testuale	no	31/12/2017	violenza di genere	violenza di genere	violenza di genere	continuità della formazione
56	36 Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST	Presenza di SST unificato, coincidente con ambito distrettuale	36.2 N. ambiti distrettuali con SST unificato/N. totale ambiti distrettuali	S | N	N	31/12/2017	Avviare studio di fattibilità per la fusione tra ASP e ASSP	S	S	
57	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della	Costituzione coordinamento tecnico a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	37.3 Costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19)	S | N	S	31/12/2017	S	S	S	
58	37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela	Numero minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM) con valutazione e progetto di intervento condiviso	37.4 monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM)	Numerico	188	31/12/2017	150	150	150	

DISTRETTO CENTRO NORD
DELLA PROVINCIA DI FERRARA

Comuni di Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Berra, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro, Tresigallo
Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
Azienda Servizi alla Persona e Azienda Speciale Servizi alla Persona

PIANO PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020

Capitolo II
Percorso svolto per la realizzazione del Piano

Incontri di Ufficio di Piano per condividere e approfondire la metodologia di lavoro, linee distrettuali della programmazione locale:
Nel 2017: 14 settembre, 26 settembre, 11 ottobre, 25 ottobre, 13 dicembre, 20 dicembre.
Nel 2018: 12 gennaio, 30 gennaio, 16 febbraio, 20 marzo, 11 aprile, 23 maggio

Comitato di Distretto: 30 novembre 2017, 2018: 16 gennaio, 22 febbraio, 14 marzo, 28 maggio
Incontro sovra distrettuale dei 3 distretti: 4 maggio, 25 maggio
Incontri dei tecnici delle istituzioni di Area

- Area C "Politiche per l'autonomia delle persone" mercoledì 21 marzo
- Area B "Politiche per la riduzione delle diseguaglianze" giovedì 22 marzo
- Area A "Politiche per la prossimità e la domiciliarità" mercoledì 28 marzo

Incontri Pubblici di Area:

Area C "Politiche per promuovere l'autonomia delle persone"
1° Incontro Giovedì 5 Aprile dalle ore 16 alle ore 18
presso la sala riunioni dell'Istituzione Scolastica Via Guido d'Arezzo n. 2 Ferrara
2° Incontro Giovedì 3 Maggio dalle ore 16 alle ore 18
presso la sala riunioni dell'Istituzione Scolastica Via Guido d'Arezzo n. 2 Ferrara

Area B "Politiche per la riduzione delle diseguaglianze e la promozione della salute"
1° Incontro Mercoledì 11 Aprile dalle ore 16 alle ore 18
presso la sala riunioni dell'Istituzione Scolastica Via Guido d'Arezzo n. 2 Ferrara
2° Incontro Mercoledì 9 Maggio dalle ore 16 alle ore 18
presso la sala riunioni dell'Istituzione Scolastica Via Guido d'Arezzo n. 2 Ferrara

Area A " Politiche per la prossimità e la domiciliarità"
1° Incontro Venerdì 13 Aprile dalle ore 15 alle ore 17
presso la Sala Romagnoli - ASP Via Ripagrande n. 5 Ferrara
2° Incontro Martedì 15 Maggio dalle ore 16 alle ore 18
presso la sala riunioni dell'Istituzione Scolastica Via Guido d'Arezzo n. 2 Ferrara

Area D ed E " Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini" e "Politiche per la qualificazione e l'efficientamento dei servizi"
Giovedì 10 Maggio dalle ore 17 alle ore 19 presso la Sala riunioni C - ASP Via Ripagrande n. 5 Ferrara

Numero di incontri effettuati:
Aree: n. 9 pubblici delle Aree (di cui il primo e l'ultimo in plenaria) , n. 10 di Ufficio di Piano, n. 3 (tecnici),

Partecipanti alle Aree Pubbliche:
Incontro di AperturaApertura del 27 Gennaio: 92 persone
Area A: n. 70 persone in 2 incontri ; Area B: n. 67 in 2 incontri
Area C: n. 85 in 2 incontri; Area D e E: n. 15 persone in 1 incontro
Incontro Finale Piano Attuativo 2018 del 17 maggio: 78
Incontri di Community lab (4 incontri pubblici) : n. 310 partecipanti

Ulteriori attività effettuate
I Percorsi di Programmazione Locale Partecipata: COMMUNITY LAB

L'avvio del processo partecipativo vede una sperimentazione localizzata in **2 aree territoriali** dove lo **sfaldamento-deterioramento dei legami sociali** è percepito con maggior rilievo.
Si tratta del **quartiere Pontelagoscuro/Barco per il Comune di Ferrara** e del **Comune di Berra per l'Unione dei Comuni Terre e Fiumi**.
Per entrambi i territori si prevede un coinvolgimento diretto delle **Case della Salute**.

In questa fase abbiamo scelto di iniziare il percorso:
ABITIAMO IL NOSTRO QUARTIERE a Pontelagoscuro/Barco per il Comune di Ferrara.
Verrà avviato nel **2019** quello nel **Comune di Berra** per l'Unione dei Comuni Terre e Fiumi.

Brevi premesse sul contesto e sulle situazioni individuate.

- ❖ Carenza di reti parentali o amicali, quindi di risorse relazionali, connessa ad una scarsa conoscenza delle opportunità che offrono i servizi
- ❖ Quello che la gente avverte è la carenza di luoghi a cui rivolgersi, la difficoltà di trovare qualcuno che ascolti
- ❖ Le famiglie sentono il peso della solitudine e della scarsa conoscenza delle reti e delle opportunità esistenti, le generazioni sono sempre più isolate tra loro, frammentate. Emerge uno stile di vita prevalente dove la fretta e la mancanza di tempo sono vissute dall'infanzia (nella scuola) all'età adulta (nel lavoro).
- ❖ I servizi sono percepiti come "ultima spiaggia", con diffidenza. Si nota un forte spaesamento sia nelle famiglie sia negli operatori,

Da qui la scelta di agire su un ambito circoscritto secondo il principio della **prossimità territoriale:** la **necessità di intercettare e coinvolgere le persone che vivono in un determinato contesto locale, un quartiere**.
Si condivide di **mappare e osservare la vita in un quartiere**, iniziando da luoghi classici/ strategici: la parrocchia, la scuola, la piazza.
Successivamente dall'approfondimento della conoscenza del territorio, moltiplicando le voci, (raccogliendo diversi vissuti e punti di vista, attraverso interviste e momenti conviviali) si svilupperanno ipotesi di micro interventi che promuovano il benessere collettivo attraverso il contributo di più protagonisti formali e informali.

Quali realtà coinvolgere?
- **Tutte le realtà Istituzionali e i punti ascolto informali.**
- Le **Scuole** innanzitutto, "antenne" principali di una comunità.
- Poi altre **realtà informali**, (promossi dai cittadini attivi od associazioni), in collegamento ad "oggetti/luoghi" conosciuti: medici di medicina generale, farmacie, attività commerciali e artigiane, centri sociali, ecc…

In collaborazione con questi "punti fermi", si potrebbero promuovere forme di accompagnamento per un determinato arco temporale attorno ad un nucleo centrale individuato nella **Casa della Salute**.

IL PERCORSO

"Vulnerabilità e fragilità come attivatori di risorse in un percorso di prossimità territoriale attorno e con le case della salute"

Gli obiettivi del percorso sono:

- Avviare pratiche di ascolto di prossimità per creare un sistema operativo sperimentale di welfare generativo di comunità, collegato con le Case della Salute di Ferrara/Pontelagoscuro/Copparo insieme alle ASP/ASSP – Aziende Servizi alla Persona.
- Favorire interventi volti a valorizzare le risorse comunitarie di gruppi associativi e singoli cittadini, promuovere una consapevolezza collettiva delle fragilità e del bisogno di benessere.
- Un welfare che nasce dal basso per favorire l'inclusione dei più fragili attraverso l'attivazione di "agenti di comunità e prossimità" capaci di agganciare le situazioni di difficoltà e di agire da "ponte" tra le istituzioni e i cittadini.

LABORATORI PARTECIPATI percorso di COMMUNITY LAB:

2017

23 ottobre Palazzo Savonuzzi, Sala Wunderkammer (Via Darsena)
Focus Group "Fragilità Familiari" condotto da M.Augusta Nicoli (Regione E.R.)

14 dicembre Centro Sociale il Quadrifoglio (Pontelagoscuro)
Focus Group "Per un percorso di prossimità territoriale per le Vulnerabilità e Fragilità attorno e con le Case della Salute" condotto da M.Augusta Nicoli (Regione E.R.)

2018

20 Aprile "AbitiAmo il nostro quartiere - Pontelagoscuro e Barco"
La Camminata di Quartiere e il Teatro Sociale, condotto prof.ssa Vincenza Pellegrino (Università di Parma)

31 Maggio presso Teatro Cortàzar Pontelagoscuro "AbitiAmo il nostro quartiere - Pontelagoscuro e Barco" laboratorio di programmazione locale partecipata - Future lab - condotto dalla prof.ssa Vincenza Pellegrino (Università di Parma).

DISTRETTO CENTRO NORD
DELLA PROVINCIA DI FERRARA

Comuni di Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Berra, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro, Tresigallo
Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
Azienda Servizi alla Persona e Azienda Speciale Servizi alla Persona

PIANO PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020

Manuale di Monitoraggio e Manutenzione del PIANO

Partiamo dagli esiti dal lavoro svolto in questi mesi, che ci ha portato diversi risultati di merito, ma anche di metodo, a cominciare dalla importante PARTECIPAZIONE che si è realizzata.
E' necessario dare CONTINUITA' al lavoro e alla partecipazione.

Il primo elemento da tenere presente in futuro è cercare di allargare i contributi e la partecipazione al PSS del Distretto Centro Nord, coinvolgendo in misura ancora maggiore diversi Soggetti nel corso del triennio:

- I decisori – i Sindaci/Amministratori – sono parte decisiva nel processo di programmazione locale partecipata, fondamentale la loro presenza
- Azienda ospedaliera e Medici ospedalieri, Medici di medicina generale/Pediatri
- i Soggetti del Terzo Settore
- Università e studenti, le associazioni studentesche
- Istituti Scolastici Comprensivi e Scuole Superiori (Dirigenti Scolastici)
- Utenti (beneficiari), in particolare soggetti che sviluppano forme di fragilità individuali
- Associazioni dei proprietari delle abitazioni, coinvolgimento dei privati proprietari di immobili sfitti
- Urbanistica e gli altri settori della pubblica amministrazione (Cultura, Sport, Attività Produttive, Ambiente…)
- Associazioni datoriali / Economisti esperti, Soggetti economici privati (CNA, Confcommercio, Confindustria, Confesercenti, Confartigianato)
- Enti di formazione professionale (per una condivisione più adeguata alle esigenze attuali dei percorsi di formazione professionale)
- I media locali: migliorare l'informazione, come possibile strumento di comunicazione sociale
- Rappresentanti delle comunità di stranieri
- Gestori di video poker e di locali in cui sono collocati
- Patronati.

E' altresì necessario proseguire la importante collaborazione avviata con gli altri 2 Distretti della provincia di Ferrara, oltre che con la stessa Regione Emilia-Romagna.

Tornando al lavoro fatto in questi mesi, possiamo dire che ci ha consentito di confermare la validità del lavoro che abbiamo svolto in questi anni fino ad oggi (e non mai un dato scontato).
Ma si conferma anche che stiamo davvero introducendo INNOVAZIONE, come diciamo da mesi: perché ne abbiamo bisogno, è una esigenza nostra, non solo, o non tanto, perché ci viene indicato da altri.
Abbiamo bisogno di innovazione perché la nostra realtà è cambiata, perché parliamo spesso di nuovi bisogni, di nuove fragilità, di nuove povertà; e dobbiamo far corrispondere queste nuove emergenze con la programmazione e gli interventi che mettiamo in campo.
I contenuti del lavoro delle Aree hanno sostanziato di contenuti le esigenze che abbiamo enunciato a più riprese. Dobbiamo proseguire e, per quanto possibile, migliorare su questa strada.

Come procedere nel corso del triennio di validità del Piano?

La PROGETTAZIONE cui si darà corso dovrà certamente avere un alto grado di continuità con il percorso svolto in questi anni, perché dobbiamo certamente garantire che i Servizi e le Attività procedano e rispondano alle tante esigenze del nostro territorio.
Ma gradualmente la Progettualità dovrà introdurre gli elementi di innovazione che il Piano proporrà e che ci dovranno consentire di aggiornare le nostre RISPOSTE alle tante e nuove DOMANDE che la realtà ci pone.
L'orizzonte del Piano è Triennale, per cui c'è tutto il tempo di riflettere ancora per meglio aggiornare la nostra Progettualità.
Con gradualità, ma lo sforzo va fatto, sia nei contenuti che nei metodi.

Per avere coerenza e continuità fra PIANO e PROGETTI, si può pensare che la progettazione sia valutata dall'Ufficio di Piano, che è il luogo tecnico già esistente e funzionante in cui sono presenti i massimi rappresentanti di tutti i servizi di tutto il territorio distrettuale, per consentire poi al Comitato di Distretto (che è il luogo della decisione) di assumere orientamenti che abbiano la massima coerenza possibile con gli orientamenti e le priorità che noi tutti abbiamo condiviso nel Piano.
Anche questa sarebbe una importante innovazione (di metodo), con l'intento di aumentare la partecipazione concreta di più Soggetti, e in ultima analisi di migliorare il lavoro di tutti.

Infine, ci sembra necessario prevedere un forte elemento di CONTINUITA' del percorso fatto in questi mesi di elaborazione del Piano, come peraltro da più parti è uscito nel lavoro delle Aree, perché il tema della PARTECIPAZIONE sia un elemento strutturale del Piano nel corso di tutto il triennio, non si fermi al lavoro importantissimo che abbiamo fatto in questi mesi.
Da tutti i Tavoli del Piano è emersa la richiesta che il Piano Sociale e Sanitario del Distretto sia davvero un lavoro continuativo, anche e soprattutto dopo che sarà approvato.

Intanto, va utilizzata al meglio la mailing list per mantenere un costante livello di informazione e comunicazione con tutti gli Attori che hanno partecipato alla costruzione e parteciperanno alla realizzazione del Piano.

Inoltre, abbiamo pensato di inserire questa Appendice del Piano da chiamare **MANUALE DI MONITORAGGIO E MANUTENZIONE DEL PIANO**, che contenga tempi e modi di una continua rilettura delle nostre impostazioni e della loro corrispondenza alle esigenze, alle richieste e alle sollecitazioni che la realtà ci pone tutti i giorni.
Indicativamente, è da prevedere lo svolgimento di:
- una Conferenza Plenaria annuale
- incontri periodici delle Aree
- incontri di concertazione periodici con le OO.SS. e con il Terzo Settore.

Questo percorso deve essere utile per monitorare nel tempo i contenuti del Piano, valutarne gli esiti in termini di efficacia, efficienza e sostenibilità sociale, nonché per ridefinire il Piano in funzione dei cambiamenti dei bisogni del territorio, quando e come sarà ritenuto necessario.
E chiedere che la Progettualità sia aggiornata di conseguenza, sempre in modo collettivo e con spirito collaborativo fra Istituzioni e società.

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		€ 384.424,00	€ 57.217,77	€ 5.000,00	€ 3.000,00	€ 128.500,00	€ 70.051,85	€ 146.845,21	**€ 795.038,83**
Fondo sociale locale - Risorse statali		€ 483.854,00	€ -	€ 25.400,00	€ -	€ 16.950,00	€ 234.545,90	€ -	**€ 760.749,90**
Centri Antiviolenza		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 336.328,00	€ -	**€ 336.328,00**
Lotta alla tratta		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 20.830,00	€ -	**€ 20.830,00**
Carcere		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 51.512,58	€ -	**€ 51.512,58**
Quota di cofinanziamento del Comune sede di carcere (almeno 30%)-		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 22.076,82	€ -	**€ 22.076,82**
Compartecipazione utenti		€ 4.323.410,00	€ 137.897,70	€ -	€ 232.760,00	€ -	€ -	€ 63.500,00	**€ 4.757.567,70**
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 3 -		€ 74.250,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 326.293,00	€ -	**€ 400.543,00**
Fondi FSE POR - LR 14/2015		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 750.426,00	€ -	**€ 750.426,00**
Quota di cofinanziamento dei Comuni con risorse proprie (almeno 10% del totale FSE assegnato) LR14/15		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 75.500,00	€ -	**€ 75.500,00**
Fondi FSE PON inclusione - Avviso 4		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 114.639,11	€ -	**€ 114.639,11**
Programma "DOPO DI NOI" (L.122/2016)		€ -	€ 251.327,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	**€ 251.327,00**
Programma gioco d'azzardo patologico		€ -	€ -	€ 184.285,00	€ -	€ -	€ -	€ -	**€ 184.285,00**
FRNA		€ -	€ 6.131.796,45	€ -	€ 11.823.075,22	€ -	€ -	€ 1.196.313,33	**€ 19.151.185,00**
FNNA		€ -	€ 1.202.171,09	€ -	€ 421.211,11	€ -	€ -	€ 146.370,80	**€ 1.769.753,00**
AUSL - Risorse FSR per prestazioni sanitarie erogate nei servizi per NA		€ -	€ 400.962,55	€ -	€ 4.054.176,90	€ -	€ -	€ -	**€ 4.455.139,45**
AUSL (specificare)		€ 11.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 74.591,00	€ 109.336,26	€ -	**€ 194.927,26**
Altri fondi regionali (specificare)		€ 508.615,00	€ -	€ 29.000,00	€ -	€ 322.551,00	€ 51.681,00	€ 198.750,00	**€ 1.110.597,00**
Altri fondi da soggetti pubblici (ASP/ASC..)		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 26.875,00	**€ 26.875,00**
Altre fondi statali/pubblici (specificare)		€ 910.600,00	€ 12.200,00	€ 30.000,00	€ 45.000,00	€ 16.350.335,89	€ 62.000,00	€ -	**€ 17.410.135,89**
Altri soggetti privati (specificare)		€ 234.293,11	€ 85.704,34	€ -	€ 246.740,34	€ -	€ 47.455,05	€ -	**€ 614.192,84**
Altro finanziamento (specificare)		€ 2.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	**€ 2.000,00**
Unione di comuni (specificare)	Unione dei Comuni Terre e Fiumi	€ 642.335,26	€ 313.197,39	€ -	€ 297.114,67	€ -	€ 157.211,82	€ 482.654,86	**€ 1.892.514,00**
Comune (specificare)	Ferrara	€ 19.175.959,53	€ 2.846.247,00	€ 70.500,00	€ 2.364.865,00	€ 87.110,00	€ 1.870.582,44	€ 108.385,00	**€ 26.523.648,97**
Comune (specificare)	Masi Torello	€ -	€ 58.165,12	€ -	€ 83.834,88	€ -	€ 7.000,00	€ 20.000,00	**€ 169.000,00**
Comune (specificare)	Voghiera	€ 72.753,35	€ 69.464,26	€ -	€ 45.337,32	€ -	€ 22.566,42	€ 22.116,00	**€ 232.237,35**
Comune (specificare)	Jolanda di Savoia	€ 62.000,00	€ 18.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ -	€ -	€ 5.000,00	**€ 100.000,00**
Centri per le famiglie		€ 21.076,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	**€ 21.076,00**
Totale (al lordo della compartecipazione utenti)		**€ 26.906.570,25**	**€ 11.584.350,67**	**€ 344.185,00**	**€ 19.632.115,44**	**€ 16.980.037,89**	**€ 4.330.036,25**	**€ 2.416.810,20**	**€ 82.194.105,70**
Totale (al netto della compartecipazione utenti)		**€ 22.583.160,25**	**€ 11.446.452,97**	**€ 344.185,00**	**€ 19.399.355,44**	**€ 16.980.037,89**	**€ 4.330.036,25**	**€ 2.353.310,20**	**€ 77.436.538,00**