

Atto di Indirizzo e Coordinamento per la salute ed il benessere sociale

	Pag.
Premessa	4
PierGiorgio Dall'Acqua, Presidente della Provincia di Ferrara e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria	
Introduzione	5
Fosco Foglietta, Direttore generale dell'Azienda USL di Ferrara	
Atto di indirizzo e coordinamento per la salute ed il benessere sociale	6
1.	8
Sintesi del profilo di comunità	
1.1 Quadro socio-demografico della provincia di Ferrara	8
1.2 Gli stili di vita e i comportamenti a rischio	9
1.3 Lavoro e salute	11
1.4 La situazione abitativa in provincia di Ferrara	11
1.5 Qualità della vita e disabilità	13
1.6 Popolazione migrante	15
1.6.1 la salute degli immigrati	15
1.7 I livelli di istruzione e la dispersione scolastica	17
1.8 Minori e famiglie problematiche	18
1.8.1 La salute dei minori	18
1.8.2 La salute delle donne	20
1.9 Le dipendenze patologiche	20
1.9.1 il consumo problematico di alcol	20
1.9.2 il tabagismo	20
2.	22
La struttura dell'offerta dei Distretti	
2.1 Nuclei cure primarie e case della salute	22
2.2 Le "cure domiciliari" e l'assistenza domiciliare integrata (ADI)	22
2.3 Assistenza ad anziani – residenzialità e semi-residenzialità	23
2.4 La salute mentale e le dipendenze patologiche	23
3.	25
La struttura dell'offerta dei servizi sociali e socio-sanitari	
3.1 Persone anziane e con disabilità	25
3.2 Minori, Adolescenti e Giovani	28
3.3 I Servizi per la prima infanzia	29
3.4 Gli sportelli sociali e socio-sanitari	30
3.5 Persone adulte in difficoltà	30
3.5.1 Donne vittime di violenza	31
3.6 Cittadini stranieri immigrati	32
3.7 Gestione	32
3.8 Terzo settore	32

4.		33
	Linee di orientamento e sviluppo sanitarie, sociali e socio-sanitarie	
4.1	Governo dei tempi di attesa	33
4.2	Linee di orientamento per le Cure primarie	34
4.3	La riorganizzazione dell'assistenza penitenziaria	34
4.4	Linee di orientamento e sviluppo – Area Anziani	34
4.5	Linee di orientamento e sviluppo – Area Disabili	35
4.6	Linee di orientamento e sviluppo per le Cure domiciliari	35
4.7	Assegno di cura	36
4.8	Linee di orientamento per la Salute mentale	36
4.9	Il sistema di comunità ed il sistema di cura	37
4.10	Linee di sviluppo nella partecipazione e coinvolgimento nei processi di programmazione del Terzo settore	37
5.		38
	Gli orientamenti della prevenzione primaria e secondaria	
5.1	Prevenzione dell'obesità	38
5.2	Prevenzione del rischio cardio-vascolare	38
5.3	Prevenzione del fattore di rischio “Fumo di tabacco”	38
5.4	Prevenzione degli incedenti stradali e dei loro esiti invalidanti	38
5.5	Sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, della mammella e del colon retto	39
5.6	Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita	40
6.		41
	Interventi per target specifici di popolazione	
6.1	Salute e benessere sociale delle donne	41
6.2	Salute e benessere dei minori	42
6.3	Salute e benessere dei cittadini stranieri	45
7.		48
	Percorso di verifica dei risultati attesi	
8.		49
	Quadro di riferimento delle programmazioni di rilevanza provinciale	
8.1	Responsabilità e strategia	49
8.2	La governance	50
8.3	Gli strumenti della programmazione	50
8.4	La partecipazione	50
8.5	La Pianificazione territoriale	51
8.6	Le Politiche per il lavoro	52
8.7	Le Politiche abitative	55
8.8	I Servizi per la prima infanzia	56
8.9	Le Politiche della mobilità	56
8.10	Le Politiche ambientali	59
8.11	Sintesi degli interventi sociali e socio-sanitaria contenuti nei Piani di zona 2005/2007e Programma attuativo annuale 2008	60
8.12	Relazione sui principali risultati raggiunti con i Piani per la Salute, in termini di risultato, nel periodo 2003/2006	63

9.		66
Accordi ed Intese		
10.		67
Autori		

PREMESSA

Come stabilisce il Piano sociale e sanitario regionale per gli anni 2008 – 2010, l'Atto di Indirizzo e di Coordinamento triennale contiene le priorità su cui puntare a livello provinciale, per quanto riguarda lo sviluppo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie.

Si tratta, quindi, di un documento importante, perché riguarda gli obiettivi fondamentali da perseguire in un ambito nel quale si gioca una parte rilevante dei cosiddetti diritti di cittadinanza delle persone.

Obiettivi che nell'Atto di Indirizzo trovano anche una puntuale declinazione nelle azioni concrete da attuare per la loro realizzazione.

Un lavoro corale che ha tenuto conto degli orientamenti espressi dall'ufficio di Presidenza della Conferenza territoriale sociale e sanitaria e della Conferenza stessa e che racchiude in modo comparato un quadro complessivo delle politiche territoriali.

Dalle politiche per il lavoro, della formazione professionale, a quelle della casa, dell'ambiente, dei trasporti e dei servizi ai cittadini, l'insieme di queste linee di programmazione trova qui una considerazione complessiva, al fine di concorrere alla definizione di un'adeguata ed equilibrata offerta di servizi sul piano sociale e della salute per i cittadini a livello provinciale.

Tutto questo, perciò, è per me motivo di gratitudine a quanti hanno attivamente collaborato alla redazione di questo documento, che ha richiesto uno sforzo particolare di conoscenza dell'insieme delle politiche locali e di elaborazione delle linee progettuali per la definizione della rete delle strutture e dei servizi sociali e sanitari sul territorio.

Pier Giorgio Dall'Acqua
Presidente della Provincia di Ferrara
Presidente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

INTRODUZIONE

L'“Atto di indirizzo e Coordinamento” non è solo l'ultimo processo/prodotto pianificatorio previsto dal recentissimo “Piano Sociale e Sanitario Regionale”.

Rappresenta, in qualche misura, il punto conclusivo della evoluzione dei processi della programmazione locale intesi come epifenomeni della integrazione istituzionale, espressione di una nuova, valorizzata “governance” locale.

L'“Atto di indirizzo e coordinamento” non si propone nella veste di processo definitorio di contenuti del tutto originali, da elaborare “ex-novo” e da aggiungere agli altri, precedenti prodotti dalla programmazione locale, bensì come contenitore organico e sintetico di tali prodotti; una “summa” che raccoglie, seleziona, orienta e delinea gli scenari strategici triennali cui rapportare le ipotesi di evoluzione della “offerta” delle attività e dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari nella provincia di Ferrara.

Ovviamente, per poter sviluppare tale funzione necessita di una base conoscitiva dello “stato del bisogno e della domanda”, espressi dalla popolazione residente, che supporti valutazioni finalizzate a identificare le priorità di intervento; le “cose”, più utili e urgenti, da fare per rispondere alle impellenze, intercettare le nuove urgenze, ridurre le disuguaglianze storicamente consolidate nei territori distrettuali, etc....

Allo scopo si avvale delle elaborazioni contenute nel “Profilo di comunità – salute e benessere nella provincia di Ferrara” già da tempo predisposto dall'osservatorio epidemiologico del “Dipartimento di Sanità Pubblica” nell'ambito del più ampio contesto afferente ai “Piani per la Salute”.

In quest'ultima considerazione sta, peraltro, tutta la peculiarità che è dato riscontrare nella realtà provinciale, intercomunale e Aziendale del sistema ferrarese.

I vari processi della programmazione locale (PAL, PAT di Distretto, Piano di Zona, Piano annuale attuativo del P.d.Z., Piano di utilizzo del FRNA, solo per rimanere entro i confini dell'Area dei Servizi Sociali, Sociosanitari e Sanitari) erano, infatti, già predisposti rispettando una logica di forte coerenza interna, frutto di integrazione operativa (pochi organismi tecnici istruttori composti da figure professionali provenienti dai servizi degli enti locali della ASL) e istituzionale (tutte le proposte tecniche vengono portate alla responsabilità decisionale dei Comitati di Distretto e della “Conferenza Territoriale sociale e sanitaria”).

E dunque lo sforzo ulteriore necessario a garantire l'“Atto di indirizzo e coordinamento”, è stato prodotto partendo da una base elaborativa non dispersa, sfilacciata e incoerente, ma già composta all'interno di coordinamenti e connessioni garantite da tempo.

Il risultato si vede. L'“Atto di indirizzo e Coordinamento” appare, infatti, una buona sintesi, non evanescente nelle proposte né troppo generica nei contenuti operativi; capace di orientare con respiro ampio ma anche di sottolineare una ulteriore necessità di selezione rispettando i vincoli delle compatibilità finanziarie; utilizzabile per indirizzare, d'ora in poi, i contenuti dei singoli processi/prodotti della programmazione locale verso obiettivi che già delincono i confini evolutivi del sistema sanitario, sociosanitario e sociale della provincia di Ferrara.

Dott. Fosco Foglietta

Direttore Generale dell'Azienda USL di Ferrara

Atto di Indirizzo e Coordinamento per la salute ed il benessere sociale

L'Atto di Indirizzo e di Coordinamento triennale, secondo il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010, indica a livello provinciale le priorità strategiche e di sviluppo delle politiche e dei servizi in area sociale, socio sanitaria e sanitaria.

Tali priorità, che saranno declinate in azioni operative nei Piani distrettuali per la salute e il benessere, sono state elaborate assumendo :

- Gli orientamenti politici dell'ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

- Le analisi del primo Profilo di Comunità della Provincia di Ferrara.

La struttura dell'Atto di Indirizzo e di Coordinamento si articola per analisi delle realizzazioni recenti e individuazione delle priorità in aree di interesse collettivo, come l'area delle cure primarie e per problematiche emergenti collegate a target di popolazione, come ad esempio la salute e il benessere dei minori e delle donne.

L'Atto triennale contiene una visione comparata degli indirizzi definiti negli atti programmatori in vigore a carattere provinciale che sono:

- Lo strumento di pianificazione territoriale, il Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale vigente dal 1997
- Il programma provinciale delle politiche del lavoro e della formazione professionale
- Gli interventi in materia di politiche abitative nei Comuni della provincia
- Le politiche provinciali in materia di ambiente e trasporti
- La programmazione provinciale dei servizi per la prima infanzia
- La sintesi degli interventi sociali e socio sanitari contenuti nei Piani Sociale; di Zona 2005-2008
- Le priorità degli investimenti in conto capitate ai sensi dell'art.48 della L.R.2/2003
- Gli indirizzi dei piani 2007 e 2008 del Fondo Regionale per la non autosufficienza
- Gli orientamenti dei PAT distrettuali
- La rimodulazione e lo sviluppo della rete socio sanitaria delle aziende sanitarie territoriale e ospedaliera contenuti nel Piano Attuativo Locale 2007-2009.

Il Profilo di Comunità "Salute e benessere nella provincia di Ferrara" è lo strumento di base per l'individuazione delle aree di priorità programmatoria assunte e sviluppate dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento:

- la salute e il benessere delle donne
- la salute e il benessere dei minori
- l'educazione a comportamenti e stili di vita sani
- il miglioramento della condizione dei migranti
- la promozione del benessere dei giovani
- lo sviluppo della domiciliarità e dei servizi territoriali per le cure primarie
- la promozione di interventi a sostegno della disabilità

L'Atto di Indirizzo e Coordinamento esprime anche la volontà di sostenere una nuova cultura del rapporto tra domanda e offerta di servizi sociali e sanitari incentrata sulla condivisione tra tutti gli attori della programmazione triennale intorno ad alcuni orientamenti:

- la personalizzazione nell'offerta perché la programmazione si sviluppi sulla centralità dei bisogni dei cittadini;
- la generalizzazione di regole di equità nell'accesso e uso della rete dei servizi, anche attraverso il miglioramento dell'informazione e della comunicazione con i cittadini;
- la responsabilizzazione dei cittadini nel corretto utilizzo di prestazioni sociali e sanitarie;
- l'investimento sul ruolo del MMG per lo sviluppo dei servizi domiciliari e della rete delle cure primarie.

L'Atto di Indirizzo e Coordinamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria è così articolato:

- la sintesi del Profilo di comunità della provincia di Ferrara;
- la struttura dell'offerta dei servizi dei Distretti, per i servizi sanitari e socio-sanitaria;
- la struttura dell'offerta dei Servizi Sociali;
- le linee di orientamento e sviluppo sanitarie, sociali e socio sanitarie;
- gli orientamenti per la prevenzione;
- interventi per target specifici di popolazione.
- Il percorso di verifica dei risultati attesi

- la sintesi allegata delle pianificazioni provinciali in corso

1. Sintesi del profilo di comunità

1.1 Quadro socio-demografico della provincia di Ferrara

Nei vent'anni trascorsi tra il 1987 e il 2006 la provincia di Ferrara ha perso circa 17mila abitanti: un decremento pari al -4,6%. Tale decremento non è stato omogeneo per i distretti sanitari: infatti, il decremento maggiore (-8,2%) spetta al Distretto Centro-Nord, mentre il Distretto Ovest ha fatto registrare un incremento, pari al +5,8%. In alcuni comuni il decremento è stato molto forte: in particolare Jolanda di Savoia (-22%) e Berra (-20%).



La struttura per età della popolazione è molto differenziata secondo i distretti: l'indice di vecchiaia, cioè il rapporto (moltiplicato per 100) tra persone di 65 anni e più e persone di età inferiore ai 15 anni, è molto elevato nel Distretto Sud-Est (256,6) e soprattutto nel Distretto Centro-Nord (282,9), mentre è nettamente più basso nel Distretto Ovest (188,0). La struttura per età marcatamente differenziata del Distretto Ovest è certamente dovuta alla

presenza, in questo distretto, di un forte contingente di popolazione straniera immigrata (5,9%). Tale contingente, esso stesso giovane, ha anche prodotto in anni recenti una "fecondità importata", che ha certamente contribuito a spingere verso il basso l'indice di vecchiaia.

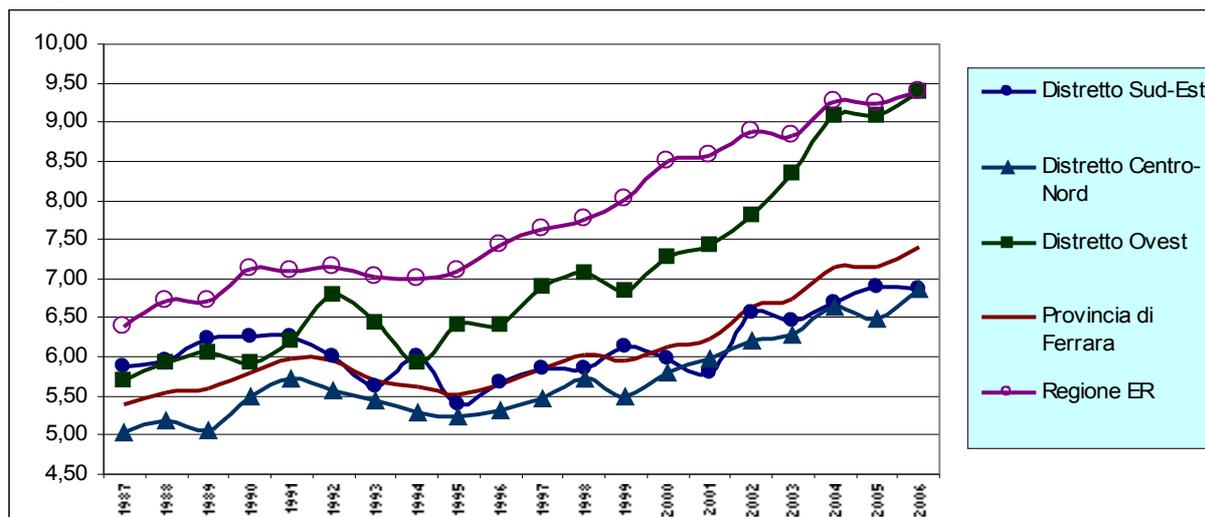
Rispetto al censimento della popolazione del 1991, è diminuita sensibilmente la dimensione media delle famiglie, che è passata dai 2,66 componenti (in media) del 1991 agli attuali 2,24 componenti. Anche la tipologia delle famiglie ha conosciuto, rispetto al censimento 1991, una notevole trasformazione: le persone sole, che costituivano il 22,3% del totale delle famiglie nel 1991, nel 2001 raccolgono il 28,2% del totale. Questo a tutto svantaggio della famiglia "tradizionale" (coppia coniugata più figli) che, se nel 1991 aggregava il 37,7% delle famiglie, nel 2001 interessa il 32,8% delle famiglie.

Il tasso di natalità, che ha raggiunto per la provincia di Ferrara il minimo storico nel 1995, da quell'anno è andato costantemente - seppure lentamente - aumentando, raggiungendo nel 2006 il valore di 7,4 nati per mille abitanti. È un valore ancora distante dal valore medio regionale dello stesso anno (9,4). Anche per quanto riguarda la natalità, vi sono forti differenze tra i distretti: mentre, infatti, nel 2006 i distretti Sud-Est e Centro-Nord si attestano su valori inferiori alla media provinciale, il Distretto Ovest ha conosciuto fin dal 1994 una notevole crescita del tasso di natalità, raggiungendo nel 2006 un valore di poco superiore a quello regionale. Questo fenomeno, come già accennato sopra, è dovuto in buona misura alla forte presenza in questo distretto di popolazione straniera immigrata.

La natalità particolarmente bassa - di due punti inferiore al dato medio regionale - suggerisce l'adozione di adeguate politiche di sostegno alle famiglie e specialmente alle famiglie svantaggiate (dalle agevolazioni fiscali agli asili nido) che, al di là di comportamenti di carattere "culturale" certamente presenti, potrebbero incentivare le nascite anche nella nostra provincia, come recenti esperienze europee sembrano dimostrare. È esemplare il caso della Francia, che destina il 5% del proprio PIL alle politiche di sostegno alla famiglia, e ha raggiunto nel 2007 un valore del tasso di fecondità totale superiore a 2 figli per donna, mentre a Ferrara il rapporto è di 1,1 figli per donna.

Per quanto riguarda le principali cause di morte, la popolazione della provincia di Ferrara condivide le prime cause di morte con il mondo occidentale sviluppato: in primo luogo le malattie cardiovascolari, in secondo luogo i tumori, tra i quali quelli di gran lunga più frequenti sono il tumore del polmone (soprattutto per i maschi), della mammella (per le femmine) e del colon-retto. Merita una considerazione a parte la mortalità nelle età giovanili. Nella classe dei giovani tra 18 e 29 anni, sui 18 decessi registrati nel 2006 i primi 9 sono di origine traumatica, la cui origine è verosimilmente un incidente stradale.

Tassi grezzi di natalità (X 1.000) nei distretti sanitari e nella provincia di Ferrara, 1987 - 2006



Stesso discorso vale anche per i decessi tra i giovani adulti (tra 30 e 44 anni), per i quali, sui 76 decessi totali, i primi 19 (il 25%) sono di origine traumatica, e anche stavolta a seguito di un trauma quasi certamente dovuto a un incidente stradale.

I dati di mortalità per incidente stradale nei giovani, non fanno che confermare la presenza di una forte mortalità evitabile dovuta agli incidenti stradali, e suggeriscono un invito forte a continuare e dove possibile incentivare l'attuazione di politiche di contrasto al fenomeno degli incidenti stradali.

1.2 Gli stili di vita e i comportamenti a rischio

I fattori di rischio modificabili (fumo di tabacco, obesità e sovrappeso, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà, eccesso di grassi nel sangue e ipertensione arteriosa) sono chiamati i 7 big killer, per le importanti ricadute in termini di malattie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici).

La tabella riassume le più recenti conoscenze disponibili sui ferraresi per quanto riguarda i sette fattori di rischio appena elencati: a livello ferrarese tutti i sette fattori presentano prevalenze importanti, che richiedono azioni volte a guadagnare salute.

Tre fattori di rischio presentano una prevalenza più elevata rispetto alla prevalenza media regionale, pur dovendo interpretare le differenze con le cautele che rendono il confronto poco significativo per piccole differenze percentuali: sedentarietà, sovrappeso e ipertensione.

Su questi tre fattori di rischio occorrerà accentrare le azioni, peraltro con benefiche ripercussioni attese su tutti i 7 fattori di rischio.

I sette più importanti comportamenti a rischio per la salute, per distretti e confronto con regione Emilia Romagna

	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud -Est	Emilia Romagna (PASSI 2006)
	età: 18-79 anni (In linea con la salute – 2; 2008)			età: 18-69 (PASSI 2006)
Nessuna attività fisica moderata	40,5%	45,4%	47%	27%
Fumo di tabacco (fumatori ed ex-fumatori)	47,6%	46,2%	43,4%	51%
Sovrappeso e obesità (Indice massa corporea > 25 kg/mq)	48%	50,4%	51,1%	42%
Basso consumo di frutta e verdura (meno di 5 porzioni al giorno)	81%	86%	81%	87%
Abuso di alcol (bevitori fuori pasto)	7%	7%	6,7%	9%

Iperensione	24,7%	26,2%	23,4%	22%
Ipercolesterolemia	28,1%	16,7%	21,3%	29,2%

Le differenze territoriali emerse con l'indagine di popolazione potranno eventualmente consentire l'articolazione di azioni mirate sui diversi territori.

Il consumo di alcol non presenta una prevalenza maggiore in provincia e parallelamente nemmeno l'abuso di alcol. Si tratta tuttavia di uno stile di vita che occorre affrontare con grande decisione per le pesanti conseguenze sanitarie e sociali. La necessità di un approccio più efficace in questo ambito è sottolineata dai risultati dell'indagine PASSI: nel 2006 nella regione Emilia-Romagna, il 20% degli intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani.

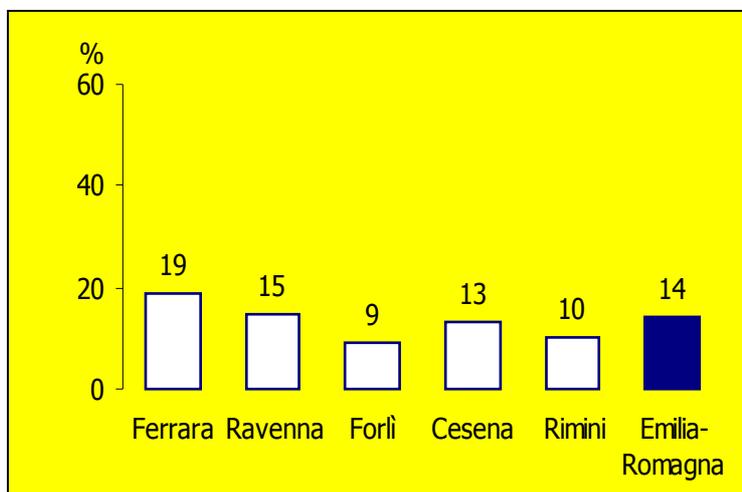
Nel campo degli stili di vita e dei comportamenti a rischio un ruolo importante va assegnato innanzitutto all'informazione. Va perseguita con decisione una maggiore consapevolezza dell'importanza dei fattori di rischio, della loro individuazione e della loro prevenzione. Ad esempio, sorprende quanta poca gente conosca l'indicazione di consumare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura oppure di camminare per 30 minuti al giorno. O ancora, scoprire quanta poca gente conosca la quantità di bevande alcoliche che è sufficiente bere per superare la soglia dell'alcolemia ammessa per la guida.

All'informazione occorre accompagnare anche una adeguata controinformazione, ossia un'informazione mirata a correggere i messaggi distorti che arrivano dalla pubblicità, sul consumo di alcol, sull'attività fisica, sulle diete.

Per contrastare la cardiopatia ischemica oltre all'informazione della popolazione, è indispensabile affiancare interventi che orientino verso stili di vita più sani (training all'attività fisica moderata per tutte le età). E' dimostrato che tale scelta strategica, aumenta l'efficacia dell'intervento educativo.

Dall'indagine regionale PASSI 2007 (dati preliminari), si apprende che il 15% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'indagine (range dal 12% di Forlì al 20% di Ferrara).

Guida sotto l'effetto dell'alcol* (PASSI, 2007; dati preliminari) - (*entro 1 ora dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche)



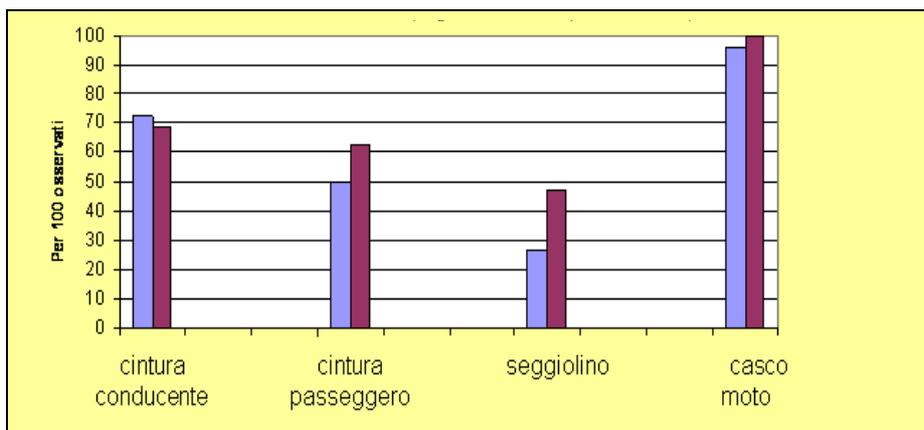
Tutti i conducenti coinvolti in incidente stradale dovrebbero essere sottoposti a controllo obbligatorio dell'alcolemia; questo comporta la necessità di attrezzare con etilometri tutte le pattuglie di vigilanza stradale. Una limitazione di questi controlli si traduce di fatto in una mancata dissuasione dalla guida per le persone che hanno consumato alcol prima di mettersi alla guida.

Per la prevenzione degli incidenti stradali è stato necessario analizzare i comportamenti "preventivi", vale a dire l'utilizzo dei sistemi di ritenuta, che contribuiscono a limitare i danni da incidente.

Il grafico illustra i risultati di due importanti indagini nella provincia di Ferrara, sull'utilizzo delle cinture di sicurezza, dei seggiolini per bambini e del casco.

Emerge che ancora ci sono molti comportamenti a rischio nello scarso utilizzo del seggiolino di sicurezza, e nell'applicazione delle cinture.

Utilizzo delle cinture di sicurezza, seggiolini per bambini e casco: risultati di due campagne di misura (2005 e 2007)



Dovrebbe essere svolta una intensa campagna per l'uso delle cinture, con l'obiettivo di rendere quotidiano l'uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini, arricchita da azioni simultanee e concordate di controllo, così da produrre un cambiamento del comportamento attraverso azioni ripetute.

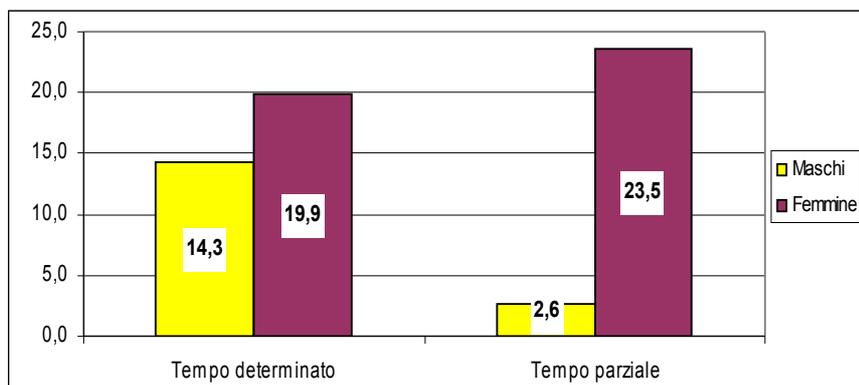
1.3 Lavoro e salute

Il tasso di disoccupazione nella provincia di Ferrara risulta più basso di quello nazionale ma allo stesso tempo è superiore a quello regionale.

Nella nostra provincia dal 1995 al 2006 abbiamo assistito ad un incremento importante dell'occupazione femminile, mentre quella maschile è lievemente diminuita.

L'incremento dell'occupazione femminile si registra soprattutto nel "settore del precariato", in particolare si tratta soprattutto di impieghi a tempo parziale e mal retribuiti. Questo riguarda, in misura diversa, anche gli uomini. Ad oggi un lavoratore su sei nella provincia di Ferrara è precario, uno su cinque se si considerano le sole donne.

Quota % occupati a tempo determinato e a tempo parziale, per sesso, 2006 (fonte: Istat - RER)



Le scarse possibilità d'impiego nella provincia, soprattutto a tempo indeterminato, si riflettono sul reddito pro capite che per il 2004 risulta più basso di 2.500 Euro rispetto a quello medio registrato in regione.

Nel corso del 2005 si assiste ad una diminuzione del numero degli infortuni sul lavoro accaduti

in provincia di Ferrara, rispetto al 2004, pari a -2,8%, parallelamente al dato medio regionale (-2,4%). Anche il tasso provinciale di infortuni sul lavoro (8,8/100 addetti) nel 2005 è situato sulla media regionale (8,7%). Nei tre distretti si riflette lo stesso andamento, nel periodo considerato, con una riduzione più consistente in valori assoluti nei Distretti Sud Est ed Ovest.

Una percentuale importante di infortuni (23,8%) coinvolgono la fascia d'età 18-29 anni.

Gli esiti mortali da infortunio presentano un andamento stabile, nel corso del periodo 2001-2005 mentre risultano diminuiti gli infortuni con esiti di invalidità permanente.

Queste tipologie di infortuni (morte e invalidità permanente) nel periodo 2001-2005 sono rappresentati per il 23,8% da infortuni in itinere, in quanto solitamente sono gli incidenti stradali che comportano i rischi maggiori per la salute.

Gli infortuni in itinere al 2005 risultano sostanzialmente invariati in percentuale rispetto al 2001.

Rischi per la salute

Un rischio importante per la salute è rappresentato dagli infortuni con esito permanente, infatti possono portare a lunghi periodi di disabilità ed ancora più preoccupante è il fatto che una quota importante degli infortuni colpisce giovani di età compresa tra 18 e 29 anni.

La disoccupazione costituisce una condizione che mina profondamente la salute delle persone colpite e il futuro delle famiglie. Studi italiani hanno rilevato condizioni di salute più sfavorevoli per i disoccupati e un conseguente maggior consumo di risorse sanitarie da parte di questi ultimi.

La disoccupazione di lunga durata e periodi ricorrenti di disoccupazione esprimono carriere lavorative molto diverse fra loro.

Uno studio epidemiologico¹ sulla mortalità fra i disoccupati torinesi concludeva :

“I suicidi, le morti associate a comportamenti dettati da un profondo stato di disagio e da percorsi esistenziali avversi, sottolineano la profonda consapevolezza per una consistente quota di disoccupati di essere abbandonati a sé stessi, con le proprie carenti risorse personali, di fronte alle dinamiche del mercato”.

Gli effetti della disoccupazione sulla salute sono legati in primo luogo sia alle conseguenze psicologiche da essa indotte, sia ai problemi finanziari che ne conseguono, in particolare i debiti contratti, che ricadono sull'individuo e sul suo nucleo familiare.

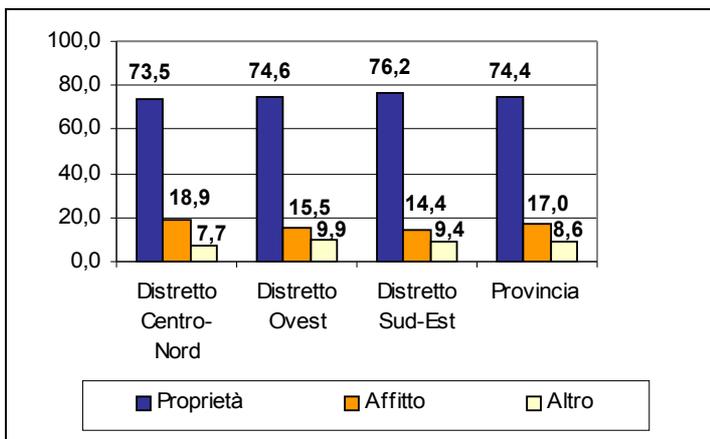
Il rischio di suicidio è da sempre descritto come più elevato tra i disoccupati.

E' inoltre documentato (Studio ESEMeD) che i danni per la salute mentale conseguenti allo stato di disoccupazione sono molteplici, e che la loro entità è direttamente proporzionale alla durata del periodo di disoccupazione.

1.4 La situazione abitativa in provincia di Ferrara

L'abitazione rappresenta una risorsa fondamentale per la vita, il benessere e la salute della famiglia, ma rappresenta anche una delle cause principali di impoverimento e di emarginazione sociale.

Titolo di godimento dell'abitazione in provincia, per distretto, % (Fonte Censimento ISTAT 2001)



Secondo una recente indagine nel Comune di Ferrara, nel 2006 il 18,3% delle famiglie vive in case in affitto (il 22,5% delle case in affitto è di proprietà dell'ACER).

Negli anni tra il 1994 e il 2006 il canone medio mensile di affitto è aumentato in maniera molto maggiore di quanto è aumentato secondo l'Istat il costo della vita (+30%), e nel comune capoluogo ha raggiunto addirittura un incremento del 230%.

Nell'indagine citata, il 4,7% delle famiglie intervistate dichiara di avere l'abitazione in cattive condizioni, il 3,2% denuncia l'assenza di servizi igienici idonei e di un riscaldamento

adeguato. Queste quote corrispondono a circa 2.900 famiglie residenti nell'ambito comunale.

Le famiglie in affitto nella provincia sono 24.223 (17,0%), mentre le famiglie che possiedono la casa in cui vivono sono 105.153 (74,4%).

Una parte considerevole (circa il 17% del totale) delle famiglie proprietarie di casa, sta pagando un mutuo immobiliare. Anche l'indebitamento per mutuo rappresenta un elemento di rischio di impoverimento per le famiglie ferraresi.

Per quanto riguarda gli alloggi di edilizia popolare, nel panorama regionale Ferrara ha, al pari di Bologna, la maggior quota di alloggi assegnati (3,83 per 100 famiglie residenti, anno 2003). Nel 2004 si assiste ad un ulteriore incremento: 5.934 sono le famiglie che godono di un'abitazione di edilizia popolare in provincia (4,38%). Nel 32,7% di tali nuclei familiari sono presenti persone anziane.

Ma, a quanto ammonta il fabbisogno?

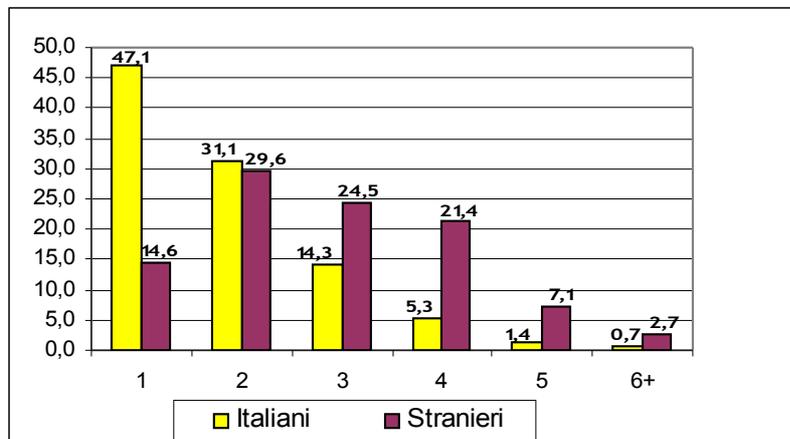
Nel Comune di Ferrara, le famiglie che già occupano alloggi ERP sono 2.995, pari al 5,55%. Per valutare il bisogno abitativo, consultiamo le richieste inoltrate: le famiglie richiedenti nel solo capoluogo nell'anno 2007

¹ Costa e al., Disuguaglianze di salute in Italia, Epidemiologia&Prevenzione, Supplemento 2004

sono 1.268, di queste il 18,9% ha nazionalità straniera.

Circa un terzo delle famiglie ha tre o più figli, mentre il 15,9% ha un congiunto invalido o non autosufficiente. Ben il 55,7% delle famiglie dei richiedenti denuncia di essere gravata da un canone di affitto superiore a un terzo del reddito familiare.

Richieste di alloggi, per cittadinanza e numero dei figli, 2007, Comune di Ferrara



1.4.1 Rischi per la salute

La situazione abitativa di una popolazione, di una famiglia, di un individuo, è un determinante importante di salute e di benessere.

L'abitazione adeguata alle necessità delle persone che compongono la famiglia, viene individuata come "un prerequisito della salute" e quindi una bassa qualità della abitazione è associata a basse qualità di salute². L'insalubrità dell'abitazione rappresenta un rischio di patologia respiratoria ricorrente soprattutto per la prima infanzia, con possibilità di cronicizzazione e instaurarsi di danni permanenti³. Secondo un'indagine nazionale⁴ sul consumo delle famiglie, i minori sono segnati dall'esperienza della povertà in misura superiore alla media della popolazione totale, con livelli pressoché identici a quelli raggiunti dagli anziani.

Nelle prime età della vita la salubrità dell'abitazione è uno degli elementi che influisce sugli esiti di salute non solo dell'infanzia, ma di tutta la vita e sulla costruzione del "capitale di salute", anche a parità di alcuni importanti fattori di rischio quali il fumo di sigaretta, la familiarità e l'esposizione professionale⁴.

Si auspica che si possa costruire un sistema informativo per i richiedenti alloggio, che consenta la lettura dei bisogni dei soggetti deboli, in tutti i Comuni della provincia, evidenziando soprattutto la presenza di minori, anziani e disabili e confinati in casa.

1.5 Qualità della vita e disabilità

Per definire la "disabilità" l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha approvato nel 2001 la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF); secondo la nuova classificazione, "disabilità" è una condizione di salute in un ambiente sfavorevole, senza separazione tra "sani" e "disabili". Non sono disponibili statistiche secondo le definizioni ICF dell'OMS ma neppure secondo le precedenti classificazioni; le "certificazioni", rilasciate per motivi di assistenza, che fanno da riferimento ai dati sulla riabilitazione, la scuola e il lavoro, non offrono dati completi.

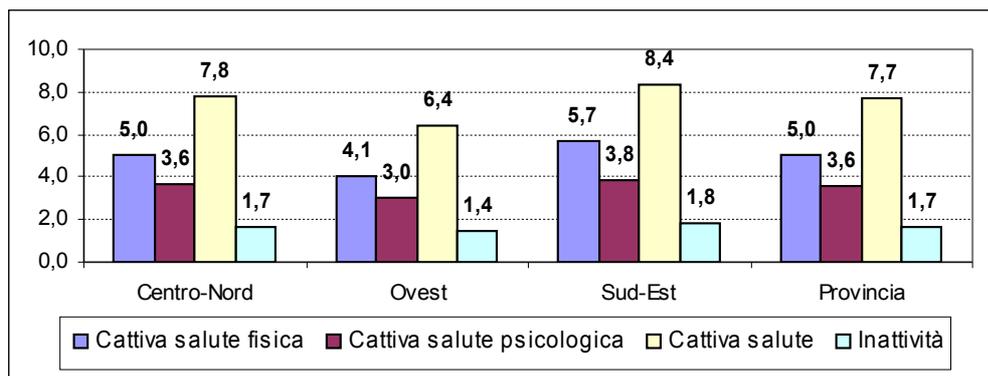
La misura della qualità della vita collegata alla salute consente di misurare il peso delle malattie e delle disabilità. Uno dei metodi più utilizzati a livello internazionale è quello dei "giorni in cattiva salute". La qualità della vita valutata con questo metodo è risultata fortemente correlata allo stile di vita in generale, nonché alla presenza di alcune malattie croniche.

Numero di giorni in cattiva salute fisica, psicologica e complessiva, e numero di giorni di inattività, nei distretti (2007)

² E.Fee, T.M.Brown "The Past and future of public Health Practice"; American Journal of Public Health, May 2000.

³ Sdea T., Cois E. "I primi anni di vita", "Disuguaglianze di salute in Italia, Epidemiologia & Prevenzione, 2004

⁴ Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale, 2005. Commissione d'indagine sull'esclusione sociale. Ministero della solidarietà



La figura riporta il numero medio di giorni in cattiva salute, distinguendo per motivi fisici e per motivi psicologici, e il numero medio di giorni con completa inattività (difficoltà nello svolgere le normali attività quotidiane). All'interno della provincia si osserva una certa disomogeneità, con un maggior numero di giorni in cattiva salute nel Distretto Sud-Est.

La tabella riassume alcuni dati sulla situazione della disabilità in provincia di Ferrara per l'anno 2007. I dati sulle esenzioni ticket e sulle invalidità civili riconosciute ci mostrano un quadro complessivo sulla disabilità nel quale i "risultati" più critici riguardano il Distretto Sud-Est.

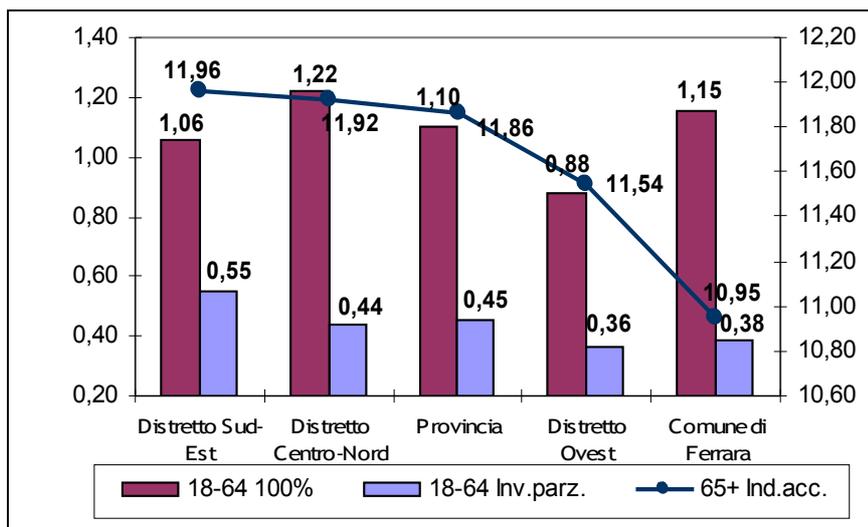
	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud -Est	Provincia	Emilia Romagna
Numero persone con esenzione ticket	57.806	20.558	35.270	113.634	-
Proporzione di persone con esenzione ticket (per 1.000)	326,7	277,7	344,7	321,6	211,7
Numero anziani con indennità di accompagnamento (I.D.A.)	5.662	1.949	3.117	10.728	-
Proporzione di anziani con I.D.A. (per 100 anziani)	11,9	11,5	12	11,9	-
Numero adulti con invalidità civile 100%	1.335	408	676	2.419	-
Proporzione di adulti con invalidità civile 100% (per 100 adulti)	1,22	0,88	1,06	1,1	-

Nel Distretto Centro-Nord si registra un quadro complessivo simile in cui il contributo del comune capoluogo è evidenziato dal grafico che segue.

L'analisi dei dati sulle disabilità mostra incompletezza per la mancanza di uno strumento informativo finalizzato ad identificare e quantificare il valore sociale e il carico assistenziale.

Il problema della disabilità va affrontato anche (vedi altri domini) con la valutazione delle "disabilità evitabili", come gli esiti di incidenti stradali, sul lavoro e stili di vita. Ci sentiamo di sottolineare inoltre che migliorare l'integrazione sociale delle persone con disabilità, produce un effetto benefico sul capitale sociale di una comunità.

Quota % di adulti invalidi al 100%, di adulti invalidi parziali, di anziani con assegno di accompagnamento, nei distretti sanitari, nella provincia e nel comune capoluogo, 2007



1.6 Popolazione immigrata

Al 31 dicembre 1999, erano residenti in provincia di Ferrara 3.432 stranieri; alla stessa data del 2006, risultano residenti in provincia 15.548 stranieri (numero provvisorio stranieri al 31.12.2007: 18.858 unità). Si valuta che il numero di residenti stranieri in un certo territorio sottostimi le presenze reali di circa il 20%.

Nel contesto regionale, nel quale la popolazione straniera è pari al 7,5% del totale, la provincia di Ferrara è quella in cui la quota di stranieri è la più bassa (4,4%).

Dal punto di vista dell'immigrazione straniera, il Distretto Ovest presenta una quota di popolazione straniera pari al 5,9% della popolazione, mentre nei rimanenti distretti questa quota si attesta sul 4%.

Le tre nazionalità più rappresentate in provincia sono, nell'ordine: Marocco, Albania e Ucraina. Mentre per le prime due nazionalità i maschi sono, seppure di poco, più rappresentati delle femmine, la nazionalità ucraina è rappresentata per la stragrande maggioranza da donne: sono le "badanti", la cui presenza si concentra soprattutto nel capoluogo e nel Distretto Centro-Nord.

Per quanto riguarda la struttura per età, la popolazione straniera residente in provincia di Ferrara presenta i tratti tipici delle popolazioni straniere immigrate: una quota rilevante di giovani (nel Distretto Ovest, soprattutto maschi), una quota trascurabile di anziani sopra i 65 anni e un sensibile allargamento della "base" della piramide delle età, dovuto alla presenza dei nuovi nati. A questi usuali elementi si aggiunge una peculiare caratteristica della provincia di Ferrara, dovuta al fenomeno delle "badanti" provenienti dall'Est Europa: la forte presenza di donne in età compresa tra 40 e 64 anni, in modo particolare nel Distretto Centro-Nord.

1.6.1 La salute degli immigrati

La letteratura è concorde nell'affermare che l'immigrato arriva generalmente nel nostro Paese con un "patrimonio" di salute pressoché integro: proprio la forza-lavoro, su cui l'immigrato gioca le possibilità di successo del proprio progetto migratorio, risulta legata all'integrità fisica; questa considerazione è sintetizzata nell'espressione "effetto migrante sano".

Nel periodo 2001-2005 si è notato un incremento della percentuale degli infortuni sul lavoro degli immigrati (vedi grafico) con differenze nelle diverse aree della provincia che risentono probabilmente anche della disomogenea distribuzione di tale popolazione.

L'anagrafe sanitaria in provincia di Ferrara ha registrato variazioni anomale e discontinue della quota di stranieri iscritta, non legate al corrispondente andamento delle residenze. Nel 2006, a fronte di 9.606 iscritti, si rilevano 15.548 residenti, con un rapporto pari al 61,8%, riducendo il potenziale delle normali pratiche di assistenza di base e di prevenzione previste per i residenti.

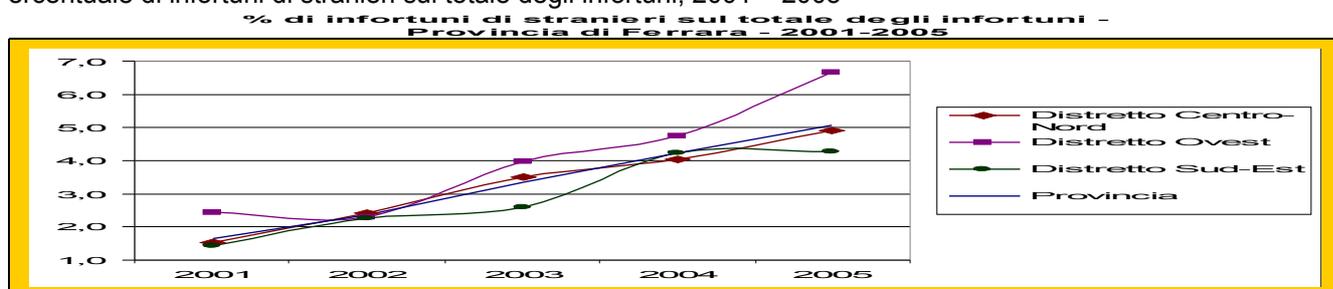
Da dati aggiornati al 31.12.2007, risulta che, a seguito di interventi correttivi che hanno migliorato l'informazione ai cittadini stranieri, su 18.858 residenti stranieri, la quota di stranieri iscritti all'anagrafe sanitaria si è innalzata fino all'87,8% (dato in attesa di conferma).

L'aumento dei ricoveri ospedalieri degli stranieri, è un fenomeno che ha interessato tutte le strutture sanitarie della provincia. La popolazione straniera ha caratteristiche di composizione interna (classi d'età e genere) differente, e la distribuzione dei ricoveri lo testimonia.

Il 58% dei ricoveri di donne si concentra prevalentemente in reparti di ostetricia e ginecologia. La frequenza maggiore di ricoveri tra gli uomini riguarda eventi traumatici (incidenti sul lavoro). Pur con tutte le cautele

interpretative del caso, per alcuni gruppi di patologie esiste un differenziale tra popolazione italiana e popolazione straniera: sono più elevate le malattie infettive, le patologie del periodo neonatale e infantile. Nel periodo tra il 2001 e il 2005 è aumentata la percentuale di casi di tubercolosi in cittadini stranieri. Nel 2005 sono stati 17 casi su 32 totali, mentre nel 2006 sono stati 10 gli stranieri con tb, su un totale di 30 casi. I tassi corrispondono a quelli registrati a livello regionale. La malattia tubercolare rappresenta il risultato di lunghi periodi in ambienti di vita malsani e affollati e della precarietà abitativa.

Percentuale di infortuni di stranieri sul totale degli infortuni, 2001 – 2005



Nell'anno 2006 i parti di donne straniere nel territorio ferrarese sono in media il 16,9% del totale, con differenze significative nei territori dei tre distretti.

L'età delle donne è distribuita in modo differente tra italiane e straniere. Tra le donne straniere è relativamente più frequente la gravidanza in età anche molto precoce e nelle minorenni.

In gravidanza le donne straniere si sottopongono ad un numero minore di visite di controllo e di indagini prenatali.

Benché i dati non mostrino una situazione di rischio maggiore per il neonato di madre straniera (basso peso neonatale, prematurità, natimortalità), il numero degli aborti spontanei sembra essere un esito più frequente nelle gravidanze delle straniere.

Gli aborti volontari da parte di donne straniere sono in aumento e, nel 2006, sono stati il 34,9% del totale (la media regionale nello stesso periodo è del 40,3%).

Cittadinanza delle donne che hanno partorito negli ospedali della provincia, con confronto la Regione Emilia – Romagna

Incidenza dei parti di donne straniere (dati riferiti al 2006)

Sede	Parti TOTALI	Parti	Parti DONNE STRANIERE	Percentuali
Ospedale del Delta	515	434	81	15,7%
Ospedale di Cento	716	500	216	30,2%
Ospedale di Ferrara	1.311	1.178	133	10,1%
TOT. provinciale	2.542	2.112	430	16,9%
Percentuale RER	38.967	29.977	8.990	23,1%

Fonte: Banca dati CEDAP Emilia-Romagna, 2006

Le nazionalità più rappresentate sono quelle del Marocco e dell'Europa dell'Est. Nel territorio ferrarese e soprattutto nel capoluogo, queste ultime, sono donne che in gran parte lavorano come "badanti", quasi sempre sole nell'esperienza migratoria, e quindi in una precarietà più accentuata di tipo lavorativo e abitativo.

Le difficoltà che mettono a rischio la salute della donna e del bambino sono rappresentate dalla necessità di lavorare, dalla mancanza di rete familiare e sociale, dalla precarietà abitativa, dalla scarsa conoscenza dei servizi disponibili, dei costumi e delle usanze, che possono rendere la donna socialmente accettata o rifiutata.

Nel caso della maternità troppo precoce il rischio aumenta ed è maggiore per il neonato, che in un momento della vita di grande fragilità, somma ai rischi di una scarsa integrazione sociale del proprio nucleo familiare, quello di una madre molto giovane, inesperta e quasi sempre sola.

L'aumento (a fine 2006) del 50% dei residenti stranieri rispetto al 2002 comporta un incremento notevole della domanda sanitaria e dei bisogni reali di salute, e la necessità di fornire risposte articolate in funzione delle diverse nazionalità, età, appartenenti a mondi culturalmente diversi, a volte separati da pregiudizi culturali e razziali.

1.7 I livelli di istruzione e la dispersione scolastica

Dal Censimento del 2001, in provincia di Ferrara, 12 persone su mille erano analfabete, tasso molto superiore al regionale, pari al 7,4 per mille. L'analfabetismo colpisce le generazioni più anziane e soprattutto le donne delle aree più svantaggiate economicamente (Distretto Sud-Est).

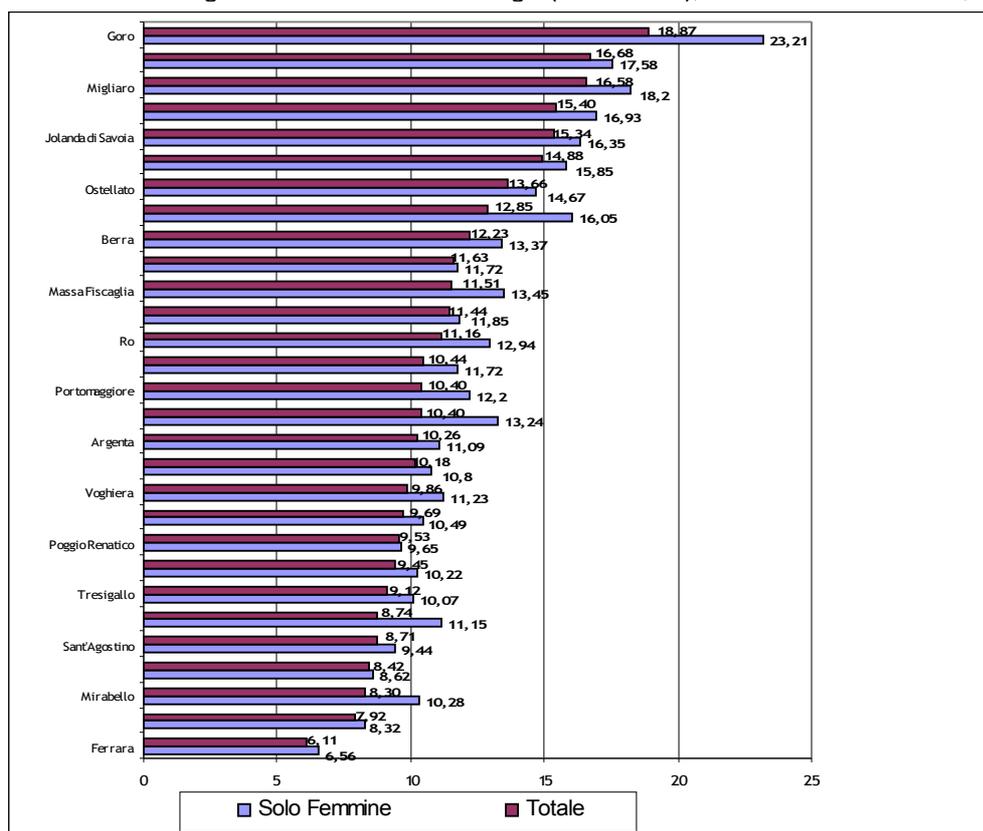
Il mancato conseguimento del diploma della scuola dell'obbligo è un importante indicatore (censimento 2001) del livello di istruzione della popolazione tra i 15 e i 52 anni di età. Il dato medio provinciale (9,45%) è superiore alla media regionale, che è 7,92%.

In tutti i comuni della provincia, si registra come il genere femminile sia stato sistematicamente discriminato nella conclusione dell'iter scolastico. I dati testimoniano come il tasso riferito ai maschi registri un valore di 8,70%, a fronte di un 10,22% per le femmine, con un differenziale che si accresce nelle aree più svantaggiate.

Si sottolinea come nella famiglia tradizionale la penalizzazione del genere femminile nel campo dell'istruzione abbia effetto non solo sulla salute della persona ma anche sullo stile di vita del nucleo familiare (alimentazione, fumo, ecc), e soprattutto sui suoi componenti più dipendenti dal "caring", come i minori, i disabili e gli anziani.

L'indicatore più significativo per rappresentare l'abbandono scolastico, è "l'indice di partecipazione al sistema scolastico", tale indicatore descrive una riduzione al crescere delle classi superiori, fino ad arrivare al quinto anno a cui accedono 77 ragazzi su 100 che si erano inizialmente iscritti al primo anno. Il rimanente 23% è uscito dal sistema senza diploma. Un dato che, seppure in linea con quello regionale e leggermente più elevato di quello nazionale, non è certamente positivo. Inoltre l'uscita dalla scuola è precoce: in seconda superiore (cioè all'età di 15 anni), già il 6% dei ragazzi in età scolastica non va più a scuola.

Tassi di non conseguimento scuola dell'obbligo (15-52 anni), totale e solo femmine, 2001



1.7.1 Rischi per la salute

La letteratura indica l'istruzione come uno dei fattori più importanti per la salute. Le persone con un più alto capitale culturale sono più determinate nel difendere la loro salute, sono più consapevoli dei propri diritti e hanno una buona autostima. Inoltre, grazie al titolo di studio, hanno la possibilità di accedere a posti di lavoro più gratificanti e remunerativi. Ciò comporta anche una più elevata integrazione sociale, altro fattore importante per la salute. Al contrario la scarsa istruzione, spesso vissuta come allontanamento punitivo, è causa di bassa autostima, e porta a scelte di lavoro poco gratificanti e con minore disponibilità di reddito, variabile non poco importante per garantire a sé e alla famiglia condizioni di vita che proteggano la salute. Una scarsa integrazione sociale può inoltre portare i giovani a comportamenti devianti e stili di vita a rischio.

Vi sono aree della provincia particolarmente penalizzate, dove si registrano, parallelamente agli svantaggi culturali, uno scarso utilizzo dei servizi di screening dei tumori femminili.⁵
 Un tasso di istruzione più elevato è un patrimonio per una comunità, ne favorisce sia la crescita della salute, che quella economica e sociale.

1.8 Minori e famiglie problematiche

Gli episodi di violenza rappresentano una drammatica realtà che molto spesso si consuma in silenzio tra le mura domestiche, e colpisce soprattutto donne e minori.
 Sono di seguito presentati i casi che sono emersi da questo silenzio, ma siamo consapevoli del fatto che è solo una piccola parte del problema.

1.8.1 La salute dei Minori.

Violenze e maltrattamenti sui minori in carico ai Servizi Sociali al 31/12/2006

	Violenza sessuale	Maltrattamento fisico	Maltrattamento psicologico	Violenza assistita
Distretto Centro Nord	14	10	1	25
Distretto Ovest	12	5	0	5
Distretto Sud Est	10	1	0	0
Totale	36	16	1	30

Fonte: dati resi disponibili dai Servizi minori di territorio: Ferrara, Copparo, Cento, Bondeno, Portomaggiore, Codigoro

I dati presentati testimoniano come le problematiche relative ai minori siano una drammatica realtà che, per essere affrontata necessita di risorse importanti.

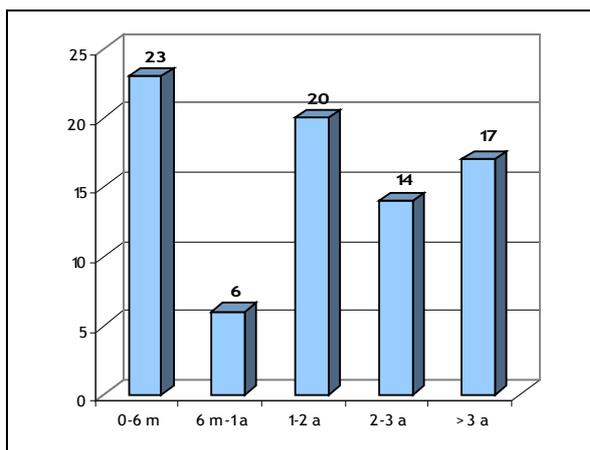
Al 31-12-2006, tra i 57 minori in affidamento, le fasce d'età più rappresentate sono 11-14 anni e 15-17 anni, che rappresentano in totale il 59,6% dei minori in affidamento. Con elevata probabilità si tratta di casi in cui i minori allontanati dalle famiglie d'origine, rimangono in affidamento fino al raggiungimento della maggiore età senza un chiaro e definitivo progetto di recupero.

Questo può essere determinato da diverse situazioni: sia dall'impossibilità di realizzare una adozione del minore per età o per la presenza di un legame significativo con la famiglia di origine, ma anche per carenza di interventi volti al recupero della famiglia d'origine.

Un altro dato preoccupante riguarda la lunga permanenza dei minori in comunità, modalità più frequente di allontanamento del minore dalla famiglia nella nostra provincia. Alla data del 31-12-2006, sono 80 i minori in comunità. Il 64% di questi registra una permanenza superiore ad 1 anno e ben 17 sono in comunità da più di 3 anni.

Permanenza dei minori in comunità, in corso al 31/12/2006

⁵ Sateriale MC, De Togni A "Condizioni socio-culturali e accesso ai servizi di prevenzione. Screening del tumore alla cervice uterina nell'Az. USL di Ferrara". Dossier N°138-2006, Agenzia Sanitaria Regionale, RER



Fonte: Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza

Un'altra condizione che determina lunghi periodi di allontanamento del minore dalla famiglia è la presenza di casi di violenza sessuale, che rappresenta la più frequente causa di violenza nei confronti dei minori. Di fronte ad episodi di violenza/maltrattamenti la durata della presa in carico varia da caso a caso; generalmente, però, l'accompagnamento del minore, nei complessi percorsi di recupero psicologico e nell'iter giudiziario, dura diversi anni, richiedendo un'importante impegno di risorse da parte dei servizi sociali e sanitari.

Il ruolo dei servizi sociali e della psicologia clinica dell'Azienda USL è determinante durante il periodo di allontanamento dei minori dalla famiglia sia nei confronti dei ragazzi sia nei confronti della famiglia che deve essere seguita per favorire un reintegro del minore.

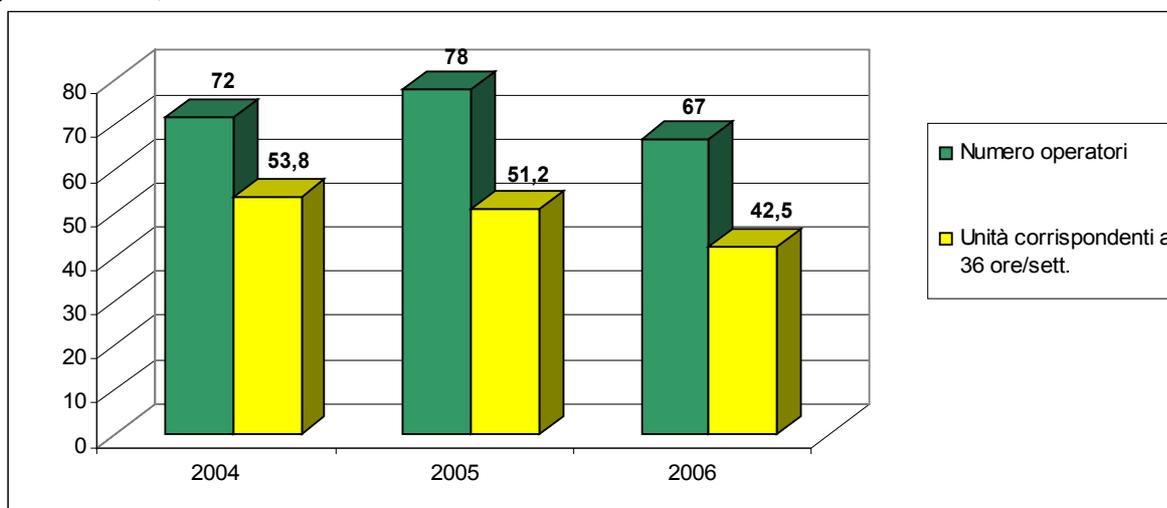
Nel corso dell'ultimo triennio la "risorsa" degli operatori si è ridotta (vedi grafico).

Lo scarso numero di operatori impiegati nel settore minori determina la necessità da parte dei servizi sociali di compiere obbligatoriamente delle scelte in merito alle problematiche da affrontare. Questo si traduce nel fatto che di fronte ad un minore ed alla sua famiglia di origine in difficoltà molto spesso vi sono solo le risorse per poter intraprendere il percorso di assistenza del minore ma non quelle per il recupero della famiglia di origine, determinando in molti casi gravi difficoltà per un rientro del minore in famiglia.

Un'altra criticità nel territorio provinciale, riguarda la scarsità di famiglie affidatarie, disponibili ad accogliere minori disabili, e ad attivarsi in casi di emergenza per un minore per il quale si abbia necessità indifferibile di allontanamento dalla famiglia.

Numero di operatori e unità corrispondenti a 36 ore/sett. anni 2004-2005-2006

Fonti: Servizio minori di territorio: Ferrara, Copparo, Cento, Bondeno, Portomaggiore, Codigoro Regione Emilia-Romagna. Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza



1.8.2 La salute delle Donne

Nel corso del 2007 le donne che nella nostra provincia hanno trovato il coraggio e la forza di chiedere aiuto

per poter uscire da una situazione di violenza sono state 147. È necessario evidenziare come con elevata probabilità il numero di donne che hanno subito violenza è sottostimato, infatti secondo l'Istat⁷⁹ il 14,3% delle donne che hanno o hanno avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner.

Le problematiche da superare per poter uscire da una situazione di violenza sono molteplici tra cui il riconoscimento e la presa di coscienza da parte della donna della violenza stessa, la forza e la capacità di interrompere il ciclo di violenza, l'uscita dall'isolamento sociale nel quale molto spesso si trovano ed il raggiungimento di un'autonomia personale.

Una problematica importante che emerge dai dati è come spesso le violenze si consumano tra le mura domestiche, infatti nel 77-83% dei casi, gli autori sono marito/partner, ex-marito/ partner e parenti. Le vittime di violenza sono spesso anche madri e ciò significa che con elevata probabilità (la stima è intorno al 90% dei casi) i minori assistono alla violenza ed a volte ne sono vittime dirette. In tali situazioni quindi madri e figli si trovano a dover affrontare insieme, con l'aiuto di personale specializzato, il lungo e faticoso percorso di uscita dalla violenza. Dai dati emerge inoltre, che solo 31 donne su 94 hanno sporto regolare denuncia contro il proprio aggressore, dato sicuramente allarmante, ma lo è ancora di più se si pensa che secondo i dati Istat⁶ solo il 7% delle donne che ha subito violenza da parte di un partner lo denuncia.

1.8.3 Rischi per la salute

Le donne e i minori che in famiglia vivono esperienze di violenza sono a rischio fisico e psicologico. Gli esperti descrivono la violenza come una "coazione", spesso inarrestabile, che porta a lesioni fisiche anche gravi, rischio di morte ed importanti traumi psicologici.

Una crescita "complicata" da difficoltà familiari e violenze/maltrattamenti determina dei gravi danni nel minore che, se non adeguatamente e tempestivamente affrontati, possono favorire il "circolo vizioso della violenza" e cioè determinare la crescita di adulti che a loro volta, proprio perché "derubati dell'infanzia", possono essere responsabili di violenze ed atti criminali nei confronti di terzi.

Assistere e fornire l'adeguato sostegno ad un minore in difficoltà significa fornirgli gli strumenti per non commettere nel suo futuro da adulto gli sbagli che un tempo adulti hanno commesso.

1.9 Le dipendenze patologiche

Nella provincia di Ferrara sono 963 i tossicodipendenti seguiti dai servizi nel 2006 che corrisponde ad un rapporto di prevalenza di 54,1 ogni 10.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 54 anni. Sul versante dell'incidenza di soggetti con problemi legati alla tossicodipendenza, non si evidenziano per il territorio ferrarese incrementi di rilievo nel tempo, mantenendosi su valori che si attestano sui 9 casi l'anno di insorgenza ogni 10.000 abitanti, collocandosi al di sotto della media regionale che si attesta intorno agli 11 casi nel 2006.

1.9.1 Il consumo problematico di alcol:

Nel quadro regionale la provincia di Ferrara si colloca al quinto posto con 384 soggetti seguiti dai servizi, con un tasso di prevalenza provinciale di 17,0 utenti alcolisti ogni 10.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, e un'incidenza pari a 4,1 per 10.000. I Centri Alcolologici dell'Azienda Usl hanno consolidato la loro centralità nella risposta terapeutica, e rispetto a una popolazione complessiva con consumo problematico di alcol di 581 soggetti che accedono a diversi servizi ospedalieri e territoriali, risultano in carico ai Centri Alcolologici 364 utenti par; al 62,6% (60% nel distretto Centro Nord, 67,6% nel Sud Est, 62,3% nell'Ovest).

Il consumo di alcol è un problema da affrontarsi in termini generali, non circoscrivibile ai soli utenti SerT, né alle sole nuove generazioni. A livello regionale, il 12% dei cittadini tra i 15 e i 64 anni è consumatore, in eccesso, di alcol.

1.9.2 Tabagismo:

Nel 2006 presso i Centri di Disassuefazione al Fumo sono stati trattati 237 nuovi utenti con tecniche di gruppo, di cui 23 sono lavoratori, che hanno seguito il corso per smettere di fumare presso i luoghi di lavoro (in 2 sedi dell'ASL)

Nel 2007 questa attività è stata incrementata e gli interventi nei luoghi di lavoro hanno coinvolto 35 lavoratori, in 4 aziende private del territorio.

Dall'indagine regionale "In Linea 2" risulta che ben il 22% dei fumatori desidera smettere (fase della determinazione a smettere). Questa quota rappresenta un importante substrato su cui agire con informazioni più mirate.

Dall'esperienza di questi anni si evince l'utilità di sostenere maggiormente questi interventi, poiché l'offerta dei CDF rappresenta l'intervento più efficace e disponibile, in coerenza agli orientamenti regionali (Progr.

⁶ Ministero della Salute, Rapporto sullo stato di salute delle donne in Italia, Comunicato n° 69, 7 marzo 2008

844/2008 “Piano regionale d’intervento per la lotta al tabagismo: linee di indirizzo della Regione Emilia-Romagna sugli interventi per la prevenzione, cura e controllo del tabagismo”).

2. La struttura dell'offerta dei Distretti

La rete provinciale di presidi di ricovero ospedalieri e di strutture territoriali sanitarie e socio sanitarie è estremamente ricca e articolata.

La struttura dell'offerta di servizi sanitari presenti in ogni territorio distrettuale comprende:

- i Poliambulatori;
- i Consultori pediatrici e familiari;
- i Nuclei di Cure Primarie, che assicurano l'assistenza medica negli studi dei medici di medicina generale e l'assistenza domiciliare nelle sue diverse forme;
- gli hospice che assicurano le cure palliative ai pazienti terminali;
- i servizi per le Dipendenze Patologiche, sia ambulatoriali che residenziali;
- i servizi per la salute mentale ambulatoriali, centri diurni e residenziali domiciliari;
- le strutture socio sanitarie residenziali e semiresidenziali per persone anziane e con disabilità.

La rete ospedaliera dovrà essere gradualmente ridisegnata e i posti letto dimensionati alla media regionale (5,08 per mille abitanti contro gli attuali 5,25) all'interno del PAL.

Lo sviluppo della rete e dei servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali e dei servizi domiciliari per anziani dovrà tener conto dell'alta prevalenza della popolazione anziana.

I problemi dei grandi anziani possono essere difficilmente affrontabile senza presidi specialistici e territoriali a forte valenza socio sanitaria, specializzati nell'affrontare le malattie croniche e le loro riacutizzazioni.

I servizi sociosanitari per disabili residenziali e semiresidenziali dovranno essere adeguati alla popolazione target e fornire una risposta più differenziata . inoltre dovranno essere potenziati in questo settore i progetti individuali di assistenza domiciliare.

Dovranno essere inoltre sperimentate nuove forme assistenziali adeguate ai bisogni dei pazienti.

La programmazione distrettuale dei servizi che dovrà essere definita nei piani per la salute e il benessere sociali, comprende ambiti di cura e di integrazione socio sanitaria sopra ricordati.

Le innovazioni più significative nella struttura dell'offerta sono rappresentate dallo sviluppo delle cure domiciliari , dallo sviluppo organizzativo dei nuclei di cure primarie e dalla realizzazione di presidi territoriali in cui concentrare le attività sanitarie e sociosanitarie di base (casa della salute).

2.1 Nuclei cure primarie e case della salute

I nuclei delle cure primarie sono rappresentati da equipe multi professionali (medici di medicina generale, infermieri e assistenti sociali) che operano in un ambito territoriale di circa 20.000 abitanti e sono l'ambito di confronto culturale e scientifico per il governo dei servizi territoriali.

Lo sviluppo organizzativo delle cure primarie prevede l'individuazione nel medio periodo di sedi di riferimento per i nuclei di cure primarie. Tali sedi oggi sono rappresentate dalle medicine di gruppo presenti in tutti i distretti.

Nelle strutture di maggiori dimensioni possono altresì essere collocate le funzioni di base della sanità pubblica e della salute mentale, i servizi consultori ali , le attività specialistiche ambulatoriali, i servizi sociali e i servizi per l'accesso alle prestazioni sanitarie, sociali e sociosanitarie. Tali strutture complesse prendono il nome di "casa della salute".

La "Casa della salute" sarà un punto di riferimento estremamente importante per i cittadini che troveranno in essa la risposta ai principali percorsi assistenziali.

Mentre in alcuni territori esistono già le condizioni strutturali per realizzare la Casa della Salute, come nel Comune di Portomaggiore- Distretto Sud Est, negli altri casi saranno adottate soluzioni transitorie per consentire l'erogazione della continuità assistenziale in una sede di riferimento unica per tutti gli assistiti del nucleo di cure primarie.

2.2 Le "cure domiciliari"e l'assistenza domiciliare integrata (ADI)

Uno degli obiettivi prioritari contenuto nell'istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) è il potenziamento della domiciliarità con particolare riferimento alle forme di assistenza integrata che

vedono la presenza di diverse figure professionali sia sociale che sanitarie ed il concorso dell'organizzazioni di volontariato, con apposite convenzioni. L'incremento della domiciliarità è finalizzato a favorire

- la permanenza a domicilio per i pazienti non autosufficienti affetti da patologie croniche e da patologie in fase terminale
- la permanenza a domicilio delle persone anziane non autosufficienti
- l'assistenza a domicilio delle persone disabili attraverso progetti specifici

In questi anni son risultati di fondamentale importanza i diversi interventi a favore dei care giver, dalla formazione alla consulenza, dal maggior coinvolgimento nei progetti assistenziali, dal supporto domiciliare al ricovero di sollievo.

I dati di attività mostrano non solo un incremento delle persone assistite, ma soprattutto un incremento dei casi a maggior complessità assistenziale.

Un notevole risultato è stato inoltre ottenuto nel Distretto Centro Nord con la implementazione delle dimissioni protette (da 30 a 600/anno), anche se ulteriori sforzi dovranno essere fatti per migliorare le modalità di dimissione dai reparti di lungodegenza.

2. 3 Assistenza ad anziani - residenzialità e semi residenzialità

Le funzioni di assistenza territoriale agli anziani in struttura sono individuabili: nell'assistenza residenziale in Case Protette e Residenze Sanitarie Assistenziali, affiancata da soluzioni miste e di integrazione quali possono essere i Centri diurni e il Centro notturno di sollievo sperimentale dal 2007 nel Distretto Centro Nord, e nelle diverse forme di assistenza domiciliare di cui si è già parlato

Nel corso del 2006 è stata avviata la sperimentazione del Fondo Regionale per la non autosufficienza nel quale sono confluite le azioni consolidate e i progetti innovativi. Le nuove azioni si sono concretizzate in piani personalizzati ex DGR 1378/99, per l'assistenza all'interno di case protette di anziani collocati in posti letto non convenzionati per carenza di posti; ciò ha permesso di gestire le liste di attesa, migliorando la condizione delle famiglie gravate dalla assistenza. Sono stati, inoltre, attivati: piani di qualificazione delle prestazioni sociali delle strutture protette; una maggiore omogeneità dell'offerta di posti letto convenzionati.

Le risorse del FRNA hanno inoltre consentito di ampliare il numero e l'importo degli assegni di cura a sostegno della domiciliarità e di realizzare interventi mirati per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari.

L'accesso alla rete dei servizi per anziani è governato dal SAA (servizio assistenza anziani).

2. 4 La salute mentale e le dipendenze patologiche

Il sistema di cura per la salute mentale è costituito dall'insieme di tutti i servizi pubblici e privati che nel territorio concorrono ai processi di diagnosi, cura, riabilitazione delle persone con disturbi mentali, di ogni tipo e gravità ed in ogni fase della vita.

Attualmente il Dipartimento di Salute Mentale aggrega le Unità Operative di Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza, Psichiatria Adulti e il Programma dipartimentale di Psicologia Clinica e costituisce il centro di coordinamento del sistema di cura assumendo la funzione di garanzia dei processi che provvedono a diagnosi, cura e riabilitazione del disturbo mentale per l'intero arco della vita.

L'integrazione funzionale tra Dipartimento di Salute Mentale e SERT, avviata da alcuni anni, è stata rafforzata a partire dal 2007 sui seguenti aspetti:

- ogni servizio territoriale psichiatrico effettua progetti di cura per utenti con doppia diagnosi in collaborazione con i SERT territorialmente competenti;
- gli inserimenti in strutture residenziali vedono la compartecipazione alla spesa dei Ser.T e del DSM
- le strutture psichiatriche preposte all'emergenza rispondono agli interventi urgenti e quelle deputate all'intervento intensivo e/o riabilitativo ai progetti complessi di cura per utenti con doppia diagnosi.

Questa integrazione, che dovrà essere sviluppata ulteriormente nel 2009, porterà il SerT a confluire nel Dipartimento di Salute Mentale in ottemperanza alle direttive regionali in materia, come indicato anche dal nuovo Atto Aziendale in via di approvazione.

Il SerT manterrà comunque una propria autonomia anche in considerazione delle competenze specialistiche maturate dagli operatori e degli importanti interventi attuati in questi anni non solo in termini di cura, ma soprattutto in termini di prevenzione. Con questo obiettivo il programma dipendenze patologiche è posto in staff al Direttore Sanitario.

Il Programma Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Ferrara governa il Sistema dei Servizi pubblico-privato delle dipendenze da sostanze psicoattive legali e illegali quali droghe, alcol, fumo di tabacco o da

comportamenti additivi come il gioco d'azzardo.

I posti residenziali e semiresidenziali nelle strutture territoriali del privato sociale destinati a persone con dipendenze patologiche sono 107.

Sul territorio provinciale sono presenti, inoltre, due Unità di strada che offrono un servizio indirizzato alla popolazione per informare, sensibilizzare e prevenire le dipendenze. Il servizio è rivolto in particolare alle persone che usano sostanze stupefacenti e alcol o che si trovano in condizioni di marginalità e disagio sociale. Le unità di strada intervengono inoltre nei luoghi di aggregazione dei giovani (discoteche, manifestazioni, concerti).

Visto l'aumento di consumatori e tossicodipendenti di sostanze in età precoce, vanno sviluppati percorsi di presa in carico e trattamenti specifici per adolescenti e giovani adulti.

3.

La struttura dell'offerta dei servizi sociali e sociosanitari

3.1 Persone anziane e con disabilità

Per i servizi assistenziali socio sanitari e le residenze socio sanitarie si riporta lo schema, relativamente ai posti convenzionati. Lo schema, per le strutture destinate agli anziani, contiene una proiezione temporale sino al 2009.

Con riferimento alle strutture residenziali per anziani è anche da evidenziare la presenza nei Distretti Centro-Nord e Sud-Est di un'ampia offerta di posti non convenzionati in casa protetta e in casa di riposo, complessivamente 480 nel distretto Centro-Nord e oltre 400 nel Sud-Est.

Nella zona sociale Sud-Est, ambito di Portomaggiore, Argenta, Ostellato n. 188 posti letto di casa protetta comprensivi dei posti di Voghiera.

L'incremento dei posti evidenziati rappresenta la richiesta avanzata dai comuni per le quali saranno realizzati nel 2007 inserimenti ex DGR 1378/99.

L'offerta residenziale per persone con disabilità presenta qualche disomogeneità tra i Distretti. Sarà obiettivo di sviluppo l'equilibrio della rete.

Posti in centri socio-riabilitativi diurni sono presenti in tutti i Distretti, come sono presenti laboratori protetti.

	Pop. 1.1.06	Pop. >75 1.1.06	2006						2007 previsione		2008 previsione	
			Casa Protetta		RSA		TOT. n. posti	TOT. %	Casa Protetta	RSA	Casa Protetta	RSA
			n. posti	%	n. posti	%			n. posti	n. posti	n. posti	n. posti
Zona/Distretto Ovest												
Cento, Bondeno, Mirabello, Poggiorenatico, Sant'Agostino, VigaranoMainarda	72.755	8.227	221	2,69	20	0,24	241	2,93	2*		12	
TOT. Distretto	72.755	8.227	221	2,69	20	0,24	241	2,93	2*		12	
Zona/Distretto Centro-Nord												
Ferrara, Masi Torello, Voghiera	138.776	17.970	566	3,14	55	0,31	620	3,45	10		5	
Copparo, Berra, Formignana Jolanda di savoia Formignana Tresigallo	37.803	5.104	120	2,35	33	0,69	155	3,04			5	
TOT. Distretto	176.579	23.074	686		88		775		10		10	
Zona/Distretto Sud-Est												
Codigoro, Comacchio, Lagosanto, Massafisacglia Migliarino, Migliaro, Mesola, Goro	61.130	6.582	164	2,57	30	0,46	199	3,02	7		4	
Portomaggiore, Argenta, Ostellato	40.999	5.665	188	3,32	32	0,56	220	3,88	5*	4		
TOT. Distretto	102.129	12.247	352		62		419		12	4	4	
TOT. provinciale	351.463	43.548	1.259		170		1.435		24	8	26	

Strutture residenziali (Centri socio-riabilitativi residenziali _ CSR Residenziali) per persone con disabilità presenti nei

distretti e programmazione 2007/2009.

Denominazione struttura	Comune	Indirizzo	n. posti autorizzati	n. posti convenzionati	Intensità assistenziale	Programmazione	
						2007	2008
Zona/Distretto Ovest							
Coccinella gialla	Cento	v. Tigli, 2 - Cento	20	7	Medio/Alta	6	1
TOT. distretto			20	7		6	1
Zona/Distretto Centro-Nord							
CSR – Residenziale XX Settembre	Ferrara	v. XX Settembre - Ferrara	11	11	Media		
CasaFamiglia "LaZanetta"	Baura – FE	v. Raffaello, 77 - Baura – FE	6 + 2 emergenza	6 + 2 emergenza	Bassa		2
CSR _residenziale	Jolanda di savoia	v. Roma, 9-11 – Jolanda di savoia	17	17	Alta	2	
TOT. distretto			34 + 2 emergenza	34 + 2 emergenza		2	2
Zona/Distretto Sud-Est							
CSR "Il Faro"	Codigoro	v. Liguria, 21 - Codigoro	6	6	Media	4	
CSR "La Fiorana"	Argenta		50				
TOT. Distretto			56	6		4	
TOT. provinciale			110 + 2 emergenza	47 + 2 emergenza		12	3

Distribuzione dei posti in Centro Socio-Riabilitativo Diurno _ CSR Diurno per persone anziane presentanti nei distretti e programmazione 20006-2008

	Pop. 1.1.2006	Pop. >75 anni 1.1.2006	2006 n. posti	2007 n. posti- previsione	2008 n. posti previsione
Zona/Distretto Ovest					
Cento, Bondeno, Mirabello, Poggiorenatico, Sant'Agostino, VigaranoMainarda	72.755	8.227	21		
Zona/Distretto Centro-Nord					
Ferrara, Masi Torello, Voghiera	138.776	17.970	55	5 (centro notturno)	
Copparo, Berra, Ro, Tresigallo, Formignana, Jolanda di savoia	37.803	5.104	20		
Zona/Distretto Sud-Est					
Codigoro, Comacchio, Lagosanto, Massafiscaglia, Mesola, Migliarino, Migliaro., Goro,	61.130	6.582	10		10
Portomaggiore, Argenta, Ostellato	40.999	5.665	20	5	
TOT. provinciale	351.463	43.548	126	10	10

Centri Socio-Riabilitativi semiresidenziali per persone con disabilità presenti nei distretti e programmazione 2007/2008

Denominazione struttura	Comune	Indirizzo	n. posti autorizzati	n. posti convenzionati	Intensità assistenziale	Programmazione	
						2007	2008

Zona/Distretto Ovest							
Airone	Bondeno		16	16	Media		1
Pilacà	Cento		18	12	Media		1
TOT. distretto			34	28			2
Zona/Distretto Centro-Nord							
Rivana	Ferrara		25	25	Media		
San Martino	SanMartino FE		25	20	Meida		
Navarra	Malborghetto FE		25	25	Alta		
Santa Chiara	Ferrara		16	16	Alta		
Biffi	Jolanda di savoia		15	15	Bassa		
Boaretti	Jolanda di savoia		15	15	Media		
TOT. distretto			121	116			
Zona/Distretto Sud-Est							
Il Faro	Codigoro		25	25	Media	5	
Le Rose	Argenta		18	15	Media		
TOT. Distretto			43	40		5	
TOT. provinciale			198	184		5	2

Laboratori protetti presenti nei distretti

Denominazione struttura	Comune	Indirizzo
Zona/Distretto Ovest		
Laboratorio Gruppo Verde	Cento	v. Nuova 31, Corporeno – Cento (Fe)
Zona/Distretto Centro-Nord		
Laboratorio Via Verga	Ferrara	v. Verga, Ferrara
Laboratorio "Podere Biffi"	Jolanda di savoia	
Zona/Distretto Sud-Est		
Laboratorio protetto Centro Socio Occupazionale	Portomaggiore	v. Prondolo, 64, Maiero – Portomaggiore (Fe)
Laboratorio protetto "Dune di sabbia"	Comacchio	

L'assistenza domiciliare è presente in tutti i comuni della provincia.

Nell'ambito dei piani zona 2005/2008 è stata costituita la rete dei centri risorse per l'handicap, costituita dal CAAD, dal Centro ausili, dai centri risorse presenti in scuole del territorio e dall'Unità Operativa Handicap dell'Istituzione Scuola del Comune di Ferrara.

3.2 Minori, Adolescenti, Giovani

Nel distretto Nord sono presenti 2 comunità educative con una disponibilità complessiva di 16 posti. I posti in centro diurno sono 38.

Nel distretto Ovest è presente una comunità educativa con 10 posti mentre il distretto Sud Est dispone di due comunità educative per complessivi 20 posti.

Comunità di tipo familiare e/o servizi che accolgono madri e bambini sono presenti in tutti e tre i distretti.

Nell'anagrafe delle famiglie affidate della provincia sono iscritte, al 31/12/2007, 48 famiglie.

Di queste al 31/12/ 2007:

- 18 con abbinamenti sine die;
- 12 con appoggi familiari in atto o affidi a tempo determinato;
- 4 avevano concluso da breve affidi o hanno chiesto di sospendere temporaneamente la disponibilità

Centri per le famiglie sono presenti nei distretti Centro Nord e Sud Est.

Il numero dei minori in carico ai servizi è rilevante in tutti i distretti (complessivamente 2.600 a livello

provinciale, di cui quasi un terzo sono stranieri).

L'attività di tutela dei minori è presidiata da equipe territoriali e da equipe multiprofessionali di ambito sovradistrettuale.

Centri di aggregazione giovanile e sportelli informagiovani sono presenti in tutti e tre i distretti.

Distribuzione degli sportelli informagiovani nel territorio provinciale

Denominazione struttura	Comune	Indirizzo
Zona/Distretto Ovest		
InformaGiovani	Cento	Via del Guercino
InformaGiovani	Bondeno	p.zza Repubblica
InformaGiovani	VigaranoMainarda	v. Matteotti, 19
Zona/Distretto Centro-Nord		
InformaGiovani	Ferrara	v. Lollo, 15
InformaGiovani	Copparo	v. Roma, 28
Zona/Distretto Sud - Est		
InformaGiovani	Argenta	v. Matteotti
InformaGiovani	Codigoro	p. Matteotti, 60
InformaGiovani	Comacchio	v. Ugo Bassi - PortoGaribaldi
InformaGiovani	Massafisglia	p. Garibaldi, 1
InformaGiovani	Migliarino	v. Matteotti

3.3 I Servizi per la prima infanzia

La programmazione provinciale degli interventi relativi alla prima infanzia ha consentito di sviluppare un'offerta ampia ed equamente distribuita.

Sul territorio provinciale sono funzionanti 262 tra servizi e scuole dell'infanzia. Nell'a.s. 2007/2008 i posti nei servizi per l'infanzia (nidi, micronidi, servizi integrativi, servizi sperimentali di educatrice domiciliare) pubblici e privati convenzionati sono 1.785 rispetto ad un'utenza potenziale (0-2 anni) di 7.672 unità.

L'indice di copertura dell'utenza potenziale è quindi del 23,27%. Sono in fase di realizzazione ampliamenti da parte del pubblico e del privato convenzionato per ulteriori 273 posti.

I servizi privati non convenzionati dispongono di 316 posti ai quali si aggiungeranno a breve altri 48 posti già finanziati. I bambini in lista d'attesa nei servizi 0/2 erano 666 al 30/9/2007 di cui il 48,35% nel Comune di Ferrara dove la richiesta risulta particolarmente elevata. L'utenza potenziale del Comune di Ferrara rappresenta infatti il 35,38% dell'intera utenza provinciale, i posti disponibili sono il 47,11% del totale provinciale, i bambini in attesa di un posto, come visto, sono il 48,35% di tutti i bambini in lista d'attesa.

Servizi per bambini e famiglie (Fonte: <http://www.regione.emilia-romagna.it/CBF/home.asp>)

	Centro per le Famiglie	Centro per Bambini e Genitori	Spazio Bambino
Zona/Distretto Ovest			
Cento		Incontriamoci al nido v. Pacinotti Cento	Punto Incontro v. Carpeggiani, 21 Cento
Poggiorenatico			Spazio bambino v. Madonna Boschi, 1 Poggiorenatico
Zona/Distretto Centro-Nord			
Ferrara	Centro per le famiglie p. XXIV Maggio Ferrara	Mille gru v.le Krasnodar Ferrara	

		Isola del tesoro p. zza XXIV Maggio Ferrara	
		Elefante blu v. del Guercino, 16 Ferrara	
Zona/Distretto Sud - Est			
Comacchio		L'Albero delle meraviglie v. Cavalieri, 33 Comacchio	L'Albero delle meraviglie v. Cavalieri, 33 Comacchio
Lagosanto		Bimbincontro v. Roma, 19 Lagosanto	
Arengenta	Centro per le famiglie v. Fascinata, Argenta	Centro Bambino e Genitori v. Magrini, 3 Argenta	Arcobalena via Magrini, 3 Argenta

3.4 Gli sportelli sociali e socio-sanitari

In tutti i Distretti sono presenti sportelli sociali. Nel Distretto Centro Nord dal 2007 è iniziata la prima sperimentazione di una rete integrata per l'accesso socio sanitario..

Il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 pone tra gli obiettivi del triennio:

- garantire l'accesso alla rete dei servizi
- garantire il diritto all'informazione e alla presa in carico
- costruire un sistema unificato di accesso.

Nel corso del 2007 la Regione Emilia-Romagna ha emanato una delibera specifica con allegato il programma regionale per la promozione e lo sviluppo degli sportelli sociali.

Ad ogni Distretto sono state assegnate specifiche risorse per l'implementazione degli sportelli sociali e socio sanitari. In ogni Distretto , all'interno del piano distrettuale per il benessere e la salute, devono essere ricomprese azioni finalizzate a:

- connettere gli sportelli sociali ai punti unici distrettuali
- integrare gli sportelli sociali ai diversi sportelli tematici (es. informa H, informa stranieri, sportelli CAAD)
- strutturare l'azione dei punti d'accesso unitari rispetto le competenze dei servizi sociali e socio sanitari

In tutti i Distretti sono in corso valutazioni migliorative del sistema dell'accesso che, sarà uno degli snodi strategici per il miglioramento del sistema sociale e socio sanitario provinciale.

3.5 Persone adulte in difficoltà

In tutti e tre i Distretti sono presenti strutture a bassa soglia per l'accoglienza per persone adulte in difficoltà.

Nel distretto Centro-Nord sono inoltre localizzate le strutture di prima e di seconda accoglienza.

La titolarità delle strutture nonché la gestione delle stesse è ad opera di organizzazioni di volontariato, anche in convenzione con le amministrazioni comunali in cui incidono.

Presidi per adulti in difficoltà (rilevazione giugno 2008)

Denominazione struttura	Comune	Indirizzo	tipologia	Capacità ricettiva n. posti	Ente titolare	Ente gestore

Zona/Distretto Ovest						
Associazione "Accoglienza" onlus	Bondeno	v. Provinciale, Salvatonica – Bondeno	Centro residenziale Bassa soglia	15 in caso di emergenza fino a un max di 30	OdV "Accoglienza" onlus	OdV "Accoglienza" onlus
TOT. Distretto			1 _ Bassa soglia	15 _ bassa soglia max 30	Organizzazione di Volontariato	Organizzazione di Volontariato
Zona/Distretto Centro-Nord						
Associazione "Viale K"	Ferrara	v. Mambro, 96 Ferrara	Centro residenziale Prima accoglienza	22 di cui 2 per emergenze	OdV Viale K	OdV Viale K
Casa di Stefano	Ferrara	v. della Ginestra Ferrara	Centro residenziale Prima accoglienza	12 di cui 2 per emergenze	OdV Viale K	OdV Viale K
ViaBologna seconda accoglienza	Ferrara	v. Bologna, 763 Ferrara	Centro residenziale Seconda accoglienza	10	OdV Viale K	OdV Viale K
VillaAlbertina	Ferrara	v. Modena Ferrara	Centro residenziale Bassa soglia	25 di cui 2 per emergenze	OdV Viale K	OdV Viale K
Comunità Rinascita	Ferrara	v. Argine Ducale, Ferrara	Centro residenziale Bassa soglia	16 di cui 2 per emergenze	OdV Viale K	OdV Viale K
TOT. Distretto			2 _ Bassa soglia 2 _ Prima accoglienza 1 _ Seconda accoglienza	41 _ bassa soglia 34 _ prima accoglienza 10 _ seconda accoglienza	OdV	OdV
Zona/Distretto Sud-Est						
Comunità Emmaus	Argenta	v. Masolino Piccolo SanNicolò Argenta	Bassa soglia	20	OdV Comunità Emmaus	OdV Comunità Emmaus
Caritas	Comacchio	v. San Giovanni Bosco	Bassa soglia	8	Caritas Ente ecclesiastico Arcidiocesi Ferrara-Comacchio	Caritas Ente ecclesiastico Arcidiocesi Ferrara-Comacchio
TOT. Distretto			2 _ bassa soglia	28 _ bassa soglia		
TOT: provinciale			5 _ Bassa soglia 2 _ Prima accoglienza 1 _ Seconda accoglienza	84 _ bassa soglia 31 _ prima accoglienza 10 _ seconda accoglienza	OdV Ente ecclesiastico	OdV Ente ecclesiastico

3.5.1 Donne vittime di violenza

Nel distretto Centro Nord è presente una struttura residenziale al cui finanziamento concorrono tutti i Comuni e la Provincia per donne vittime della violenza. Nello stesso distretto è attiva una struttura per donne vittima delle tratta.

Nel distretto Sud-Est è presente un gruppo appartamento per donne vittime di violenza con figli minori.

Nel distretto Ovest è presente un gruppo appartamento per donne vittime di violenza e della tratta con figli minori.

3.6 Cittadini stranieri immigrati

Centri di accoglienza per i richiedenti asilo politico sono presenti nel distretto Centro Nord.

Sportelli informativi sono presenti in tutti e tre i distretti. La vasta rete di sportelli informativi e dei soggetti che offrono assistenza nell'espletamento di pratiche è presidiata dal CSII (Centro Servizi Integrati per l'Immigrazione) che cura anche i rapporti con Questura e Prefettura. Il CSII è finanziato da tutti i Comuni e

della Provincia, ed ha accordi di collaborazione con le Aziende sanitarie della provincia (Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria).

3.7 Gestione

Nel corso del primo semestre 2008 si è concluso il complesso processo di scioglimento delle IPAB operanti in ambito sociale e socio assistenziale e di costituzione delle Asp (aziende pubbliche di servizi alla persona). I distretti interessati da questo processo sono stati il Sud Est, nell'ambito del quale sono state costituite due ASP e il Centro Nord.

L'ASP del Delta gestisce le case protette di Codigoro e di Massafiscaglia e la RSA e i Centri residenziale e diurno per disabili dell'Ausl.

L'ASP di Argenta e Portomaggiore gestisce la Casa Protetta dell'ex IPAB Manica di Argenta, la casa protetta del comune di Portomaggiore e la RSA dell'Ausl.

L'ASP di Ferrara è multisettoriale e gestisce il complesso dei servizi in precedenza affidati all'IPAB Centro servizi alla persona .

Nel distretto Sud Est la gestione dei servizi non affidati alle ASP è delegata all'AzUSL mentre nel Distretto Ovest i servizi sono gestiti in forma associata per il tramite dell'Associazione intercomunale con la sola eccezione dei servizi del Comune di Bondeno. Anche i servizi dei comuni dell'ex mandamento di Copparo sono gestiti in forma associata per il tramite dell'Azienda speciale dei servizi alla persona.

Il FRNA (fondo regionale per non autosufficienza) è gestito a livello delle zone distrettuali dagli Uffici di Piano.

3.8 Terzo settore

L'apporto del terzo settore all'offerta e alla gestione di servizi è rilevante in tutti i settori di intervento, a titolo meramente indicativo si citano: minori e adolescenti (gestione di asili nido, di centri di aggregazione, di comunità educative, volontariato familiare), anziani e disabili (gestione di strutture, servizi di accompagnamento-trasporto, servizi di informazione, centri sociali), adulti (gestione centri di accoglienza per donne vittima della violenza o della tratta, centri di prima e seconda accoglienza per immigrati ed adulti in difficoltà, comunità per tossicodipendenti, servizi di informazione).

Il ruolo del terzo Settore nella gestione dei servizi è regolato da specifiche convenzioni.

Testimoniano l'importanza e l'ampiezza della risorsa rappresentata dal Terzo settore i dati dei registri provinciali del volontariato, dell'associazioni di promozione sociale, delle cooperative sociali.

Nel 2008 risultano iscritti a detti registri:

242	Organizzazione di volontariato
252	Associazioni di promozione sociale
34	Cooperative sociali

Delle 242 organizzazioni di volontariato attive: 105 operano nel settore socio-assistenziale, 98 in quello sanitario, le restanti si distribuiscono nei settori tutela dei diritti, protezione civile, attività culturale e attività educative e tutela dell'ambiente.

4.

Linee di orientamento e sviluppo sanitarie, sociali e socio sanitarie

Il sistema sanitario nazionale è di tipo universalistico e l'accesso alle cure è garantito a tutti i cittadini indipendentemente dal reddito o dalla condizione sociale. Questa enunciazione, a premessa del Piano Triennale per la salute e il benessere sociale, si traduce nell'obiettivo di creare un sistema accessibile ed equo per quanti devono trovare risposta a un bisogno di salute che riguarda il benessere psico fisico e ambientale della persona. In questo contesto trovano spazio le attività di carattere strettamente sanitario, gli interventi sociali e piani specifici per migliorare le condizioni di vita.

Gli interventi previsti nel presente piano si caratterizzano per essere orientati sia a migliorare aspetti di natura organizzativa gestionale ed operativa – in particolare promuovendo molteplici forme di integrazione fra componenti sanitarie e sociali; fra servizi appartenenti ad amministrazioni diverse; fra aree di attività complementari; etc.. – sia a potenziare anche quantitativamente (ampliando, sviluppando, etc..) attività e servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

In relazione a questo ultimo aspetto occorre avere presente come gli oneri relativi al raggiungimento di tali obiettivi di sviluppo debbano essere ricondotti alle preordinate compatibilità finanziarie che definiscono gli obiettivi di Bilancio di ciascuna delle Amministrazioni (ASL, Comuni, Province) titolari degli interventi programmaticamente previsti. Ciò comporta che l'applicazione operativa dei contenuti dell'atto di indirizzo e coordinamento, lì ove questi richiedano impiego di nuove risorse, presuppone la ulteriore selezione di priorità.

Di fatto la possibilità di far fronte a nuovi oneri deriva da un duplice approccio:

- L'impiego degli eventuali, ulteriori fondi che atterrano al ri-finanziamento del FRNA;
- Oppure, la definizione – da parte dei Comitati di Distretto e della Conferenza Sociale Sanitaria – di possibili osmosi per la contrazione di alcuni interventi ed attività in modo tale da recuperare risorse e il loro conseguente impiego in altre attività ed interventi ritenuti più rilevanti ed urgenti.

4. 1 Il governo dei tempi di attesa

Obiettivo prioritario delle linee di indirizzo strategico è migliorare l'accesso ai servizi sanitari e ridurre i tempi di attesa, favorendo la presa in carico dei pazienti.

Le strategie per il governo dei tempi di attesa sono state formalizzate nella nostra provincia in un documento programmatico denominato "Piano triennale 2006-2008 per la gestione della specialistica ambulatoriale" e nel Programma Attuativo Aziendale 2007-2008 sulla gestione dei tempi di attesa nelle specialità monitorate dall'accordo Stato Regioni.

Le principali azioni messe in campo sono:

- analisi della appropriatezza prescrittivi delle prestazioni estesa sino al dettaglio distrettuale e confrontata con altre realtà regionali;
- incremento controllato dell'offerta nei casi in cui la domanda è critica e la produzione di prestazioni è inferiore alla media regionale;
- trasparenza assoluta delle prenotazioni attraverso la gestione di un unico CUP provinciale con la finalità di rendere equo l'accesso;
- suddivisione dell'offerta in prestazioni distrettuali vicine alla sede di residenza (le più comuni e utilizzate dall'utenza) e aziendali (quelle maggiormente specialistiche che necessitano di costose attrezzature per il completamento diagnostico);
- sviluppo in tutti i poliambulatori di un "punto di accoglienza" che indirizzi l'utente e ne favorisca la presa in carico attraverso percorsi facilitati e complessi. Questa organizzazione permette la gestione più agevole dei pazienti con patologia cronica (ipertesi, diabetici, cardiopatici, broncopneumopatici, oncologici);
- garanzia dell'apertura continuativa delle agende di prenotazione superando, con una procedura condivisa la gestione degli eventi avversi attraverso la sostituzione del professionista assente, l'apertura di ambulatori aggiuntivi, l'utilizzo di over booking o l'invio degli utenti in altre sedi erogative
- introduzione del criterio di flessibilità dell'offerta per affrontare le variazioni periodiche della domanda.

Sempre nell'ambito della specialistica va completato il potenziamento della "rete odontoiatrica" per

rispondere ai bisogni espressi dai cittadini disabili e dalle loro famiglie e più in generale da persone, in condizione di debolezza socio economica, che necessitano di prestazioni diverse e prolungate nel tempo. Una rete odontoiatrica coordinata presuppone che si realizzino in ogni Distretto strutture concentrate di riferimento per meglio integrare le diverse prestazioni.

Su questa linea vanno sviluppate azioni tese a migliorare l'appropriatezza, l'efficienza e l'efficacia del sistema per consolidare il governo della domanda e rispondere ai bisogni dei cittadini.

4. 2 Linee di orientamento per le cure primarie

La istituzione a livello di ogni singolo distretto dei dipartimenti di cure primarie ha consentito di realizzare una maggiore integrazione tra i servizi sanitari territoriali e il governo delle risorse assegnate ai distretti : risultati importanti sono stati raggiunti nei settori dell'assistenza protesica, dell'ossigenoterapia domiciliare e dell'assistenza farmaceutica

Strategico è poi risultato l'inserimento dei medici di medicina generale –MMG- nell'organizzazione del Dipartimento di Cure Primarie attraverso l'istituzione dei Nuclei di Cure Primarie di cui già si è parlato e l'individuazione dei coordinatori di nucleo e dei referenti distrettuali per la medicina generale.

Obiettivo strategico per il triennio è dare visibilità alla struttura organizzativa dei NCP istituendo nel territorio sedi di riferimento per i cittadini a partire dalle medicine di gruppo per arrivare alla realizzazione delle case della salute.

Individuare un punto unitario di accesso ai servizi, di organizzazione dell'assistenza ed erogazione delle cure che sia in grado di farsi carico dei problemi delle persone e di dare risposte adeguate sia in ambito sanitario che socio assistenziale rappresenta un obiettivo sfidante per tutte le istituzioni, ma è anche l'unica strada perseguibile per migliorare la qualità e l'appropriatezza dei servizi.

La cultura del lavoro integrato si è andata sviluppando in questi anni, anche grazie alla istituzione del FRNA. Oltre a questo settore dovrà essere ulteriormente sviluppata l'integrazione coi dipartimenti ospedalieri per migliorare la presa in carico integrata delle patologie croniche e le dimissioni protette e potenziare la consulenza specialistica al domicilio.

Un reale incremento e qualificazione della domiciliarità si può infatti realizzare solo attraverso l'apporto di tutti i professionisti .

Un altro importante settore di integrazione rimane quello con la salute mentale, a partire dalla garanzia della continuità assistenziale ai minori disabili nel passaggio all'età adulta, alla gestione integrata coi mmg delle patologie psichiatriche a minor complessità.

4. 3 La riorganizzazione dell'assistenza penitenziaria

Nel Distretto Centro Nord è previsto un programma Specifico per l'assistenza sanitaria nell'Istituto Penitenziario di Ferrara. Il programma è all'interno delle attività del Dipartimento di Cure Primarie. Il DPCM 1/4/08 ha stabilito il trasferimento delle funzioni sanitarie e dei rapporti di lavoro in ambito di sanità penitenziaria all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Il programma è seguito da un gruppo multiprofessionale in staff al Dipartimento che deve governare le fasi di trasferimento, di riorganizzazione delle funzioni sanitarie all'interno dell'Istituto Penitenziario e di stabilizzazione delle stesse all'interno del Dipartimento di Cure Primarie.

4. 4 Linee di orientamento e sviluppo - Area anziani

Le funzioni di assistenza territoriale agli anziani in struttura e al domicilio sono individuabili: nell'assistenza residenziale in Case Protette e Residenze Sanitarie Assistenziali, affiancata da soluzioni miste e di integrazione quali possono essere i Centri diurni e il Centro notturno di sollievo sperimentale dal 2007 nel Distretto Centro Nord, e nelle diverse forme di assistenza domiciliare che sostengono il lavoro dei care giver

Obiettivi:

- mantenere la presenza di posti letto residenziali a livello distrettuale nella misura del 3% calcolati sulla popolazione ultra sessantacinquenne e, per quelli semiresidenziali nella misura massima dell' 1 %;
- assicurare la presenza di residenze sanitarie assistenziali (RSA) in modo omogeneo sui tre Distretti;
- garantire l'inserimento di pazienti in posti letto di strutture residenziali non convenzionate utilizzando i piani personalizzati ex DGR 13787/99 qualora vi siano consistenti liste di attesa per l'accesso alle strutture residenziali convenzionate;
- garantire sul territorio distrettuale la presenza di posti letto di sollievo per l'inserimento temporaneo (30- 60 giorni) di pazienti normalmente assistiti dalla famiglia a domicilio;

- assicurare l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- ridurre la variabilità, fra distretti, delle rette alberghiere;
- favorire la piena operatività delle Aziende per i Servizi alla Persona (ASP);
- garantire la funzionalità del nucleo Alzheimer (a Ferrara presso il Centro servizi alla Persona);
- estendere la sperimentazione di centri notturni per l'assistenza ai pazienti affetti da forme dementigene;

Attualmente nonostante l'indice di copertura di posti letto coerente agli standard regionali, sono aumentate le liste di attesa. La pressione sulle strutture protette dovrebbe ridursi con l'implementazione della domiciliarità, pertanto si ritiene opportuno evitare l'incremento di un'offerta stabile di posti letto convenzionati e utilizzare strumenti più flessibili per l'inserimento in struttura, realizzando piani personalizzati di assistenza in posti non convenzionati. Nonostante questo, si propone per le situazioni più critiche un incremento dell'offerta di posti letto, tenuto conto anche dell'invecchiamento progressivo della nostra popolazione anziana e dell'incremento relativo soprattutto della popolazione ultra ottantenne.

Nel triennio si propone di:

- Consolidare i Centri Diurni per anziani. Hanno un utilizzo ancora poco diffuso sia per la resistenza ad accogliere soluzioni assistenziali più flessibili, sia per l'aumento di anziani ad elevata complessità assistenziale, sia per la diffusione di assistenza familiare privata a costi più accessibili della residenzialità e della semiresidenzialità (nel 2007 nella Provincia di Ferrara risultavano presenti 4.200 assistenti familiari provenienti dall'Europa dell'Est);
- Sviluppare gli interventi di sollievo temporaneo diurno e notturno, sia per le resistenze culturali di molte famiglie ad usare opportunità assistenziali flessibili, sia per un limite nella programmazione dei SAA, i posti di sollievo sono previsti e poco utilizzati. Devono essere considerati un'offerta del sistema e previsti e regolamentati nelle convenzioni con le strutture;
- Incrementare i progetti personalizzati;
- Sostenere la domiciliarità con una continuità delle azioni di supporto ai care giver;
- Contrastare l'isolamento e la solitudine e predisporre piani distrettuali attenti alla fragilità sociale degli anziani;
- Migliorare i percorsi di continuità assistenziale e Dimissioni Protette.

4. 5 Linee di orientamento e sviluppo - Area disabili.

In questo settore non esistono indicatori di riferimento per la presenza di posti letto residenziali e centri diurni e la programmazione viene effettuata sulla base dei bisogni espressi dai vari territori.

Obiettivo generale della programmazione è garantire una flessibilità e un appropriato utilizzo delle risorse e delle diverse opportunità presenti nei diversi territori assicurando un ventaglio di servizi adeguato a rispondere alle diverse necessità espresse dai pazienti e dalle loro famiglie.

La programmazione in questo settore nel prossimo triennio è finalizzata pertanto a:

- assicurare la presenza di un adeguato numero di posti letto residenziali a intensità assistenziale variabile (rapporto operatori /assistiti 1/1,1/2,1/3) evitando dove possibile il ricorso all'inserimento in strutture distanti dal territorio di residenza dei familiari);
- favorire l'inserimento in centri diurni socio riabilitativi e l'accesso ai laboratori protetti;
- assicurare la fruibilità di posti in strutture a bassa intensità assistenziale quali Casa famiglia e Comunità alloggio;
- accreditare le strutture residenziali e i centri socio riabilitativi;
- garantire sul territorio distrettuale la presenza di posti letto di sollievo e di emergenza per l'inserimento temporaneo di pazienti normalmente assistiti dalla famiglia a domicilio;
- incrementare interventi per l'autonomia e la mobilità;
- qualificare la assistenza domiciliare;
- sostenere il passaggio dalla minore età alla maggiore età dei disabili in un'ottica di continuità sanitaria e riabilitativa.

4. 6 Linee di orientamento e sviluppo - Cure domiciliari

Come già esplicitato, nei prossimi triennio saranno realizzate le Case della salute con precisi ambiti territoriali di riferimento: circoscrizioni, comune o più comuni con una popolazione di riferimento variabile in relazione ai nuclei di cure primarie che vi afferiscono. Tenendo conto di questo obiettivo saranno definite equipe infermieristiche di riferimento per il presidio del territorio.

Obiettivo della programmazione aziendale è sviluppare un assetto organizzativo che metta a disposizione dei medici di medicina generale le risorse per assicurare la continuità della presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche nelle diverse fasi della malattia. In particolare si prevede lo sviluppo degli ambulatori per patologia (ipertensione, diabete, monitoraggio coagulopatie) e dell'assistenza domiciliare per le patologie cronico/degenerative: scompenso cardiaco, pneumopatie croniche, alzheimer/demenza senile, neoplasie.

In particolare per l'assistenza domiciliare integrata sono obiettivi della programmazione :

- implementare il sistema informativo sulla domiciliarità inserendo in modo organico le tipologie di assistenza domiciliare socioassistenziale;
- migliorare le modalità assistenziali che comportano un'integrazione sociosanitaria;
- sviluppare nell'area della medicina generale le forme di assistenza a domicilio per le patologie croniche a maggior complessità assistenziale;
- assicurare la continuità assistenziale sulle 12 ore diurne per 7 giorni la settimana;
- implementare le dimissioni protette;
- attivare un numero di ADI/anno equivalenti a 1 posto letto/mille abitanti su base aziendale;
- erogare l'assegno di cura sia ai pazienti non autosufficienti che a quelli affetti da gravissime disabilità acquisite con la predisposizione di piani assistenziali personalizzati per favorire la continuità dell'assistenza da parte dei familiari;
- predisporre interventi di sostegno e supporto ai care giver.

4. 7 Assegno di cura

L'assegno di cura è uno strumento per il sostegno a domicilio delle famiglie che prestano cure per contrastare o ritardare il ricorso ai ricoveri in istituti. nell'anno 2006. nella provincia di Ferrara hanno ricevuto un assegno di cura circa 27 persone ogni 1000 abitanti di oltre 74 anni di età.

L'assegno di cura è finanziato con fondi sia del bilancio sanitario che sociale e dal 2007 con risorse aggiuntive derivanti dal Fondo Regionale per la non autosufficienza. L'assegno viene erogato per sostenere le famiglie che mantengono nel proprio contesto l'anziano non autosufficiente, o il disabile evitando o posticipando in tal modo il ricovero nei servizi socio-sanitari residenziali. L'intervento di contribuzione e erogato, riconoscendo il lavoro di cura della famiglia per attività socio-assistenziali a rilievo sanitario garantite dalla stessa famiglia e per far fronte alle spese personali del paziente in cura, e in parte anche per l'assistenza privata (con la DGR. 1206/07 relativa alla pianificazione delle attività da ricompandersi nel FRNA, e istituito anche un assegno di cura straordinario per famiglie che utilizzano assistenti familiari regolarizzate).

Obiettivi del triennio

- superare la disomogeneità di casi in carico tra i diversi Distretti, in particolare nei casi a maggiore intensità (livello 2 e 3). Solo nel Distretto Sud Est , il numero di assistiti in carico per 1000 abitanti, per il livello 2 e 3, supera il valore di 5;
- aumentare l'integrazione socio sanitaria, attraverso forme flessibili di assistenza al domicilio e di supporto al lavoro dei care giver;
- rendere omogeneo il sistema di immissione e controllo dei dati di accesso e gestione tra AUSL e Comuni.

La diffusione dell'assegno di cura presenta una progressione geografica crescente da ovest verso est; il rischio è che l'assegno di cura venga confuso con un' indennità dovuta, mentre è una risorsa per i piani di assistenza personalizzati che va monitorata e periodicamente rivalutata.

4. 8 Linee di orientamento per la Salute mentale

Il nuovo Atto Aziendale dell'Azienda USL. di Ferrara introduce due importanti mutamenti nel sistema dei servizi per la salute mentale:

- l'integrazione delle UU.OO. Ser.T.
- l'attivazione del Dipartimento Attività Integrate Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) con la Cattedra di Psichiatria dell'Università di Ferrara – Facoltà di Medicina e Chirurgia

I principi di riferimento sono:

- costruire ed organizzare una rete di attori e relazioni finalizzata alla realizzazione di una politica di salute mentale e sulle dipendenze patologiche, secondo una concezione allargata di benessere, promozione e salute;
- porre l'attività dei Servizi di Salute Mentale e per le Dipendenze Patologiche all'interno di questa rete, con il duplice compito di assolvere da un lato alla missione tradizionale mirante a dare risposte sempre migliori ai bisogni clinico-assistenziali espressi dall'utenza, e dall'altro di integrarsi nella rete per concorrere a raggiungere i più complessivi obiettivi di salute pubblica.

Perché questi obiettivi possano essere raggiunti è necessario organizzare la politica di salute mentale e per le dipendenze patologiche attraverso azioni da esercitare in modo coordinato e coerente da due macrosistemi tra loro interagenti.

4. 9 Il sistema di comunità ed il sistema di cura.

In questa ottica si evidenzia la necessità di attuare nuovi criteri e modalità di integrazione socio-sanitaria., che dovranno svilupparsi sia sul terreno della programmazione e della gestione dei sistemi, che sulla definizione dei percorsi individuali degli utenti Soprattutto in relazione ai seguenti ambiti di intervento territoriale: Secondo livello territoriale

1. Sostegno al reddito (contributi economici).
2. Politiche abitative.
3. Inserimenti lavorativi.
4. Promozione della salute mentale.
5. Sussidiarietà orizzontale basata sul "fare insieme" di operatori, utenti, familiari, loro associazioni o di enti da loro controllati ed indirizzati.
6. Prevenzione.

L'accesso è uno snodo fondamentale per il corretto funzionamento del sistema di cura, rispetto al quale due aspetti sono divenuti assolutamente preminenti:

- la complessità dei servizi e
- la diversificazione dell'utenza.

Proprio per la diversificazione della utenza è assolutamente necessario avere una politica attiva dell'accesso, che aiuti le persone maggiormente in difficoltà (ad es.: anziani, persone con disabilità intellettive) o più distanti culturalmente (immigrati, fasce marginali) ad ottenere i servizi di cui hanno bisogno. A questo proposito l'esperienza delle funzioni di prossimità, tipica delle dipendenze patologiche, può essere messa a disposizione anche della psichiatria adulti e della SMRIA, tenendo conto delle differenze di target di popolazione

Il CSM, la SMRIA e il SerT devono essere pienamente coinvolti nel sistema di comunità e contribuire all'intero sistema dei servizi sociali e sanitari, prestando la propria opera e le proprie competenze alle agenzie sociali del territorio (ad es.: sportelli sociali, servizi per gli anziani, sportelli scolastici, centri giovanili, servizi di prossimità nelle situazioni di rischio per fasce marginali e per gli immigrati) e collaborando al piano generale della prevenzione e della promozione della salute insieme a tutti gli attori coinvolti

4. 10 Linee di sviluppo nella partecipazione e coinvolgimento nei processi di programmazione del Terzo Settore

Il Piano Regionale Sociale e Sanitario prevede una partecipazione del Terzo settore sin dalla fase della programmazione e sui tre livelli del sistema:

- regionale
- nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria
- distrettuale

A livello della Conferenza Territoriale sarà garantito il coinvolgimento del Terzo Settore nel monitoraggio e nella valutazione della applicazione triennale dell'Atto di Coordinamento e Indirizzo. Il coinvolgimento deve strutturarsi attraverso l'azione di un tavolo di concertazione tra il Nuovo Ufficio di supporto della Conferenza Territoriale e una rappresentanza del Forum Provinciale del Terzo Settore.

5.

Gli orientamenti della prevenzione primaria e secondaria

La Sanità Pubblica, in questi anni, ha modificato il proprio approccio, incrociando le azioni di tutela individuale con piani di promozioni di stili di vita sani verso target specifici di popolazione. In questo ambito sono stati avviati i seguenti progetti che proseguiranno nel corso del triennio.

5. 1 Prevenzione dell'obesità

L'Azienda USL di Ferrara aderisce al Progetto Regionale di Sorveglianza Nutrizionale, studio condotto su infanzia e adolescenza, iniziato nel corso del 2003 su un campione di bambini nati nel 1997 e proseguito nel 2007 con il campionamento dei ragazzi di 13 anni nati nel 1994.

5. 2 Prevenzione del rischio cardio vascolare

Dai dati del Profilo Provinciale di Comunità emerge come tra i sette fattori di rischio per malattia cardiovascolare, nella popolazione ferrarese tre hanno una prevalenza più elevata della media regionale: sedentarietà, sovrappeso-obesità, ipertensione arteriosa. L'attività fisica può contribuire a migliorare la salute fisica e psichica delle persone.

Le strategie consigliate sono:

1. *informativa-educativa.*
Un esempio può essere la promozione della " carta del rischio cardio vascolare" tra i MMG e i pazienti per educare alla stima realistica del rischio conseguente ai comportamenti individuali.
2. *comportamentale-sociale.*
Si sottolinea il valore del progetto pilota di Ferrara " Progetto Attività Fisica". L'Azienda USL, con l'Azienda Universitaria-Ospedaliera e la Università di Ferrara hanno istituito dal 2007 il programma interaziendale di attività motoria per la prevenzione e la terapia delle patologie sensibili all'esercizio fisico. Sempre per incidere sul cambiamento dei comportamenti, sono utili iniziative proposte ai giovani, sia attraverso una rivisitazione dei programmi scolastici, che attraverso proposte di gestione del tempo libero. L'attività fisica moderata e proponibile anche come "conduttore di salute" nelle reti relazionali che si sviluppano nei luoghi di lavoro, nelle associazioni di volontariato, ecc...
3. *pubblica-istituzionale.*
Attraverso il miglioramento dell'accesso e la qualificazione degli spazi destinati all'attività fisica per renderli più agibili e sicuri.

Strategico è l'intervento sui bambini con attività fisiche specifiche.

5. 3 Prevenzione del fattore di rischio "Fumo di tabacco"

Il fumo di tabacco rappresenta per l'OMS il principale singolo fattore di rischio evitabile, di morte precoce, di malattia e di disabilità. Nella provincia di Ferrara si stimano 66.000 fumatori, sui 900.000 emiliano romagnoli. Conseguenze gravi sono la broncopneumopatia cronica ostruttiva, il tumore polmonare, da anni prima causa di morte degli uomini a Ferrara. Il fenomeno complesso del tabagismo può essere equiparato a una malattia "contagiosa" per la capacità di diffusione legata a comportamenti emulativi.

Strategie consigliate sono:

- azioni di sostegno alla disassuefazione favorendo l'incremento dell'accesso ai servizi
- mantenimento e sviluppo delle azioni di controllo sul divieto di fumo negli ambienti collettivi con particolare riguardo agli ambienti di lavoro;
- azioni disincentivanti l'uso di tabacco per gli adolescenti in ambiente scolastico e nel tempo libero;
- azioni per ridurre l'esposizione al fumo passivo a tutela dei bambini sui quali il fumo può essere responsabile di un basso peso alla nascita e di un aumento dell'incidenza dell'asma. Sono raccomandate iniziative informative sul fumo passivo in ambienti domestici.

5. 4 Prevenzione degli incidenti stradali e dei loro esiti invalidanti

Gli incidenti stradali risultano la principale causa di morte e disabilità evitabili, soprattutto per le fasce

giovanili della popolazione ferrarese. L'indice di gravità o pericolosità nel territorio ferrarese è superiore alla media regionale. Nel 2006 la percentuale ferrarese di morti ogni 100 incidentati era del 3,2-3,3, mentre in Regione era del 1,5%. Nel 2005-2006 il 5% degli incidenti stradali ha visto il coinvolgimento di conducenti con alcolemia superiore al limite legale. Anche rispetto gli obblighi di sicurezza per i minori trasportati, nel 2007, da rilevazione provinciale, solo il 40% dei bambini osservati era allacciato correttamente.

Sono consigliate azioni di contrasto coordinate sui tre maggiori determinanti:

- azioni educative che comprendano la percezione del rischio verso terzi, del controllo, delle sanzioni;
- azioni di miglioramento della viabilità e della messa in sicurezza delle strade;
- azioni di controllo e di applicazione delle sanzioni (sull'eccesso di velocità, sull'uso delle cinture, test per il livello di alcol, ecc...)

L'Osservatorio Provinciale per l'educazione e la sicurezza stradale è considerato lo strumento più idoneo per monitorare il fenomeno e per predisporre azioni e progetti provinciali adeguati alla gravità del fenomeno stesso.

5. 5 Sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, della mammella e del colon retto.

I programmi di screening sono processi complessi organizzati in varie fasi e che necessitano di integrazione, a questo scopo è stato istituito il coordinamento interaziendale degli screening, con l'obiettivo di consolidare e migliorare il sistema.

L'informazione agli utenti viene effettuata attraverso una strategia continuativa e deve essere adeguata ai diversi destinatari con particolare attenzione alle donne immigrate.

5.5.1 Screening dei tumori della cervice uterina

Lo screening, tuttora in corso, è stato avviato nell'ottobre del 1996

La popolazione target è composta da 103.000 residenti; di sesso femminile, nella fascia di età 25-64 anni.

Da ottobre 2004 è stata introdotta su tutto il territorio provinciale la tecnica di allestimento del Pap test su strato sottile che ha consentito di migliorarne l'attendibilità delle analisi.

Dati di attività periodo gennaio / dicembre 2007		
Popolazione invitata	31.447	
Aderenti all'invito	20.927	65,8%
Test di cui: test non negativi	519	

Nell'ambito della prevenzione è stata avviata dal 2008 la campagna di vaccinazione verso alcuni ceppi di papilloma virus che con maggior frequenza generano lesioni neoplastiche.

Tale campagna è destinata alla popolazione femminile nell'età 12/13 anni con la possibilità di estensione fino ai 18 anni.

5.5.2 Screening dei tumori della mammella

Il Programma di Screening è attivo dal 1997. Lo screening viene proposto a tutte le donne domiciliate e assistite nella fascia di età compresa fra 50 e 69 anni.

Dati di attività periodo gennaio / dicembre 2007	
Popolazione invitata	22.911
Aderenti all'invito	17.541
Adesione spontanea	195
Adesione nella popolazione target	67,1% - 1997 81,8% - 2007

5.5.3 Screening dei tumori del colon retto

Lo screening è stato avviato nel marzo 2005.

La popolazione target è composta da 96.500 persone residenti, uomini e donne in fascia di età 50-69 anni.

Dati di attività periodo gennaio / dicembre 2007	
Popolazione invitata	51.132

Test eseguiti	23.067
Risposti all'invito	45%
Test positivi _ 6%	1.389

Nel corso del 2007 è stato programmato e reso esecutivo il programma di sorveglianza dei familiari di primo grado delle persone a cui è stato riscontrato, in fase di screening, un tumore del colon retto.

5. 6 Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

L'area Tutela della Salute e della Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dell'Azienda USL vigila, controlla, informa e assiste i datori di lavoro e i lavoratori sulla sicurezza del lavoro e sulla prevenzione delle malattie professionali.

Nel 2006 sono state controllate 959 unità locali, con un indice di copertura del 3,3%. L'attività si è sviluppata prevalentemente nei comparti produttivi a maggior rischio:

innanzitutto nelle costruzioni edili, nel settore metalmeccanico, nella chimica, nell'agricoltura e nelle strutture socio-assistenziali per gli anziani. Il totale degli interventi programmati ha superato il 50% dell'attività complessiva.

L'attività di informazione, formazione e assistenza ai soggetti della prevenzione dovrà coinvolgere in misura sempre maggiore le associazioni degli imprenditori e i sindacati dei lavoratori

6. Interventi per target specifici di popolazione

Questo approccio per target è da leggersi in integrazione con le analisi del primo capitolo “Sintesi del profilo di Comunità”

6.1 Salute e benessere sociale delle donne

Le competenze del consultorio familiare riguardano la tutela della salute femminile, della procreazione nelle sue varie articolazioni, della sessualità e delle relazioni di coppia.

Nei consultori confluiscono diversi percorsi.

Il "percorso nascita" garantisce un'assistenza adeguata per quanto riguarda la gravidanza fisiologica.

Il percorso ginecologico prevede attività di assistenza ginecologica, preventiva, contraccettiva e di consulenza sessuologica rivolta a tutte le donne comprese le immigrate.

In particolare il consultorio dei giovani denominato Spazio Giovani è un servizio che si occupa dei problemi riguardanti la sessualità, la sfera affettiva e delle relazioni interpersonali e familiari. E' gratuito per ragazzi e ragazze con età compresa tra i 14 e 19 anni.

Nella provincia sono attivi quattro consultori “Spazio giovani” presenti in tutti i Distretti.

Nel prossimo triennio i servizi dovranno essere orientati a realizzare in modo efficace nuovi obiettivi relativi a:

- Offerta di servizi e percorsi assistenziali accessibili, appropriati e di alta qualità a sostegno della gravidanza, del parto e del puerperio anche a domicilio (percorso nascita)
- Ampliamento dei servizi e percorsi specifici; per le donne immigrate, allargando l'esperienza partita nel 2007 della mediazione interculturale.
- Attività psicologica di sostegno al singolo, alla coppia e alla famiglia, anche in stretta collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, e con il Servizio Sociale per il percorso adozione e affidi
- Qualificazione dei consultori come luoghi multiprofessionali e accoglienti, non solo come ambulatori ginecologici.

Nel prossimo triennio dovranno essere realizzati gli obiettivi contenuti nella DGR 533/2008 del 21 aprile 2008, relativi al programma regionale sul percorso nascita.

La tutela della salute delle donne è inscindibile dalle azioni di miglioramento del benessere sociale. Una visione integrata può essere riassunta nella scheda seguente.

Descrizione Situazioni di svantaggio	Campo in cui Si affronta lo svantaggio	Obiettivo di Salute/Benessere da realizzare nel triennio	Azioni	Strategie
Svantaggi nell'istruzione (analfabetismo, mancato completamento istruzione di base,...)	Miglioramento comunicazione dei servizi	Accesso agli screening (tumori femminili e c.a colon)	Semplificazione del linguaggio Costruzione di percorsi facilitanti (MMGG, ostetrica, ecc)	Tutela della salute donne nell'accesso ai servizi preventivi e precoce
Svantaggi nel lavoro (disoccupazione e precarietà lavorativa)	Tutela della donna nel mercato del lavoro (con attenzione particolare alle donne capofamiglia)	Miglioramenti economici per le donne e per le giovani coppie	Azioni concordate con organizzazioni datoriali, centri per l'impiego, OO:SS per percorsi di inserimento/mantenimento del lavoro	Creare percorsi specifici per tutelare il lavoro delle donne
Fragilità delle donne legate alla maternità e al lavoro di cura	Estensione dei servizi per le donne, la coppia e i bambini	Migliorare la possibilità di progettare autonomamente i propri percorsi di vita	Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Sostegno al lavoro di cura. Potenziamento e qualificazione dei consultori	Maggiore integrazione sociale delle donne. Valorizzazione sociale e culturale del lavoro di cura
Famiglie monoparentali con minori, rischio di povertà (circa il 6% delle	Tutela nel mercato degli alloggi. Tutela nel mondo del	Migliorare il livello socio abitativo e la qualità dell'integrazione per	Priorità per l'accesso alle abitazioni e ai servizi sociali di donne sole con figli	

famiglie)	lavoro. Tutela nell'accesso ai servizi sociali	donne e minore		
Violenza in famiglia e violenza assistita (donne e minori)	Emersione del fenomeno sommerso	Riduzione del rischio di danni o morte	Campagna educativa. Accordi con le forze dell'ordine. Accordi con i servizi per la emersione del fenomeno. Gestione provinciale casa rifugio per donne e minori vittime di violenza	Aumentare la responsabilità sociale di fronte alla violenza sulle donne e sui minori
Aumento della depressione nelle donne	Emersione del fenomeno	Riduzione dei costi sociali e sanitari per la persona e per la comunità	Campagne informative. Specializzazione punti ascolto Azioni di supporto nelle fasi di fragilità (post parto, cura di non autosufficienti...)	Aumentare la consapevolezza del rischio e indurre una cultura preventiva del rischio di depressione

6. 2 Salute e benessere sociale dei minori

Sul piano sanitario, il servizio Salute Infanzia è presente in ogni Distretto e svolge funzioni di tutela della popolazione da 0 a 17 anni attraverso la promozione di stili di vita corretti, la prevenzione delle malattie infettive, la tutela dei minori in condizioni di rischio socio sanitario, la tutela della genitorialità. Salute Infanzia opera per produrre un'informazione corretta sull'accesso e sulle prestazioni individuali e collettive. Agisce in collaborazione con altri servizi e propone consulenze e collaborazioni all'esterno: scuola, servizi sociali, associazioni volontarie.

Nel prossimo triennio sarà programmato un riorientamento dell'offerta di servizi per rispondere in modo più adeguato all'emergere di nuovi bisogni, espressi e non, da minori a rischio di esclusione e dalle loro famiglie in particolare disabili, pazienti con malattie croniche, minori a rischio sociale, popolazione immigrata.

Obiettivi del triennio per Salute Infanzia:

- Proseguire nel facilitare la presa in carico del neonato da parte del pediatra di famiglia nella nuova organizzazione territoriale dei Nuclei di Cure Primarie;
- Assicurare la presa in carico tempestiva del neonato a rischio socio- sanitario con la predisposizione di progetti assistenziali specifici per minori immigrati o appartenenti a famiglie multiproblematiche;
- Individuare, coordinare e facilitare percorsi diagnostici terapeutici per malattie croniche pediatriche e sviluppare l'assistenza domiciliare integrata. Facilitare e supportare la frequenza scolastica di bambini con patologie croniche;
- Tutelare i bambini e gli adolescenti in condizioni di disagio socio sanitario, con una metodologia di lavoro integrata tra i servizi sociali e sanitari;
- Sviluppare progetti di sostegno alle famiglie nella cura dei figli.

Questi obiettivi per l'area sanitaria sono fortemente interconnessi con l'analisi dei bisogni e la conseguente indicazione di programmi contenuti nei Piani Sociali di Zona 2005-2008, dove il benessere sociale dei minori e degli adolescenti si conferma come area strategica.

Sul piano sociale e socio sanitario si evidenziano le priorità:

- Incremento dei servizi per la prima infanzia, in particolare Asili Nido;
- Consolidamento e estensione a tutti i Distretti dei Centri per le famiglie e attività coordinata con i consultori familiari e pediatrici;
- Messa in rete dei Centri Risorse per l'integrazione scolastica dei minori disabili;
- Potenziamento della mediazione interculturale per sostenere il pieno inserimento dei minori stranieri;
- Potenziamento delle azioni per contrastare la violenza e l'abuso sui minori;
- Azioni di prevenzione e di contrasto del fenomeno del bullismo;
- Potenziare i servizi di prossimità;
- Sperimentare forme di aiuto familiare "leggere" e sviluppare il volontariato familiare;
- Proseguire in diverse forme l'azione preventiva integrata sulla riduzione degli incidenti stradali;
- Potenziare la attività degli Spazio Giovani sulla educazione sessuale e contraccettiva;
- Investire sull'inserimento sociale e lavorativo di giovani seguiti dai Ser.T;

- Intervenire sull'abbandono scolastico durante la scuola secondaria;
- Costruire nuove forme di accompagnamento all'autonomia di giovani provenienti da esperienze di protezione sociale, come gli affidi familiari o comunitari;
- Intervenire con misure straordinarie sulla disoccupazione giovanile, sulla precarietà del lavoro e sulle condizioni di vita dei giovani.

Un'attenzione particolare deve essere dedicata con continuità alle azioni rivolte ai giovani per la prevenzione di comportamenti a rischio legati all'assunzione di sostanze e al consumo di alcol.

Nel prossimo triennio è opportuna la continuità degli interventi di prevenzione primaria e secondaria nelle scuole sull'uso e abuso di sostanze legali e illegali. Allo stesso modo vanno implementati i progetti di intervento volti a evitare comportamenti indesiderati e pericolosi quali l'uso di alcol e sostanze psicoattive alla guida

Al fine di intercettare i nuovi consumatori di cocaina e indirizzarli ai percorsi di cura è stato avviato un progetto finalizzato alla costruzione di una rete tra i servizi territoriali, Ser.T, ospedali dell'Ausl e alcuni reparti dell'Azienda Ospedaliera S. Anna di percorsi di accoglienza e di cura.

Merita attenzione una riflessione, da svilupparsi nell'arco del triennio, maturata all'interno del lavoro tecnico delle aree adolescenti e giovani dei piani sociali di zona 2005-2007, sui segnali di cambiamento dei comportamenti giovanili a livello locale, come nazionale. La divisione di adolescenti e giovani in "normali", a cui garantire percorsi di promozione dell'agio e giovani "a rischio" sui quali orientare politiche preventive, è sempre meno proponibile.

I servizi futuri dovranno attrezzarsi per intervenire su comportamenti trasversali a tutta la popolazione giovanile e affrontabili con metodologie comunicative e preventive nuove.

Anche le logiche di programmazione delle attività di aggregazione giovanile dovranno confrontarsi con le novità dei comportamenti individuali e collettivi.

Un esempio può essere legato ai centri di aggregazione giovanile presenti nella maggior parte dei Comuni della Provincia. Rispetto alcuni anni orsono, si registra una flessione di frequenza (tranne alcune eccezioni). Soprattutto gli adolescenti sembrano preferire come luogo di aggregazione tra pari, il proprio luogo di vita, la casa, senza i genitori presenti.

Dalle ultime ricerche, la prima ubriacatura e altri comportamenti a rischio, sembrano avvenire più frequentemente presso la casa degli adolescenti.

Nel corso del triennio, i piani distrettuali per il benessere e la salute saranno gli strumenti di programmazione integrata per affrontare i cambiamenti in atto.

Minori:

Descrizione Situazioni di svantaggio	Campo in cui Si affronta lo svantaggio	Obiettivo di Salute/Benessere da realizzare nel triennio	Azioni	Strategie
Minori in abitazioni inadeguate	Famiglie in situazioni di Svantaggio SocioEconomico	Prevenire patologie correlate a insalubrità	Regolamenti di assegnazione ERP tutelanti nuclei con minori in situazione critica socio economica	
Minori a rischio di obesità	Famiglie con stili di vita insani; scuola; associazionismo	Prevenire insorgere di patologie in età adulta	-sorveglianza refezione scolastica -programmi attività fisica scuola e extra scuola -progetti di sostegno alle famiglie nella cura dei figli	Educare a stili di vita sani; promuovere attività fisica dall'infanzia
Minori con malattie croniche	Famiglie Associazionismo scuola	Contrastare esclusione sociale	-sostegno al domicilio -percorsi terapeutici socio sanitari	Assicurare inserimento scolastico e sociale
Minori stranieri con difficoltà di inserimento scolastico	Scuola famiglia	Migliorare l'integrazione sociale dei singoli e dei nuclei famigliari	supporto con mediazione interculturale azioni formative sugli adulti di riferimento	Consolidare il successo scolastico come condizione di migliore integrazione sociale
Minori che abbandonano la scuola post obbligo	Famiglie Scuola Volontariato/ass.mo		qualificazione e specializzazione della formazione professionale	

Minori soggetti ad abuso/maltrattamento/violenza	Famiglie associazionismo familiare	Recuperare equilibrio psicologico del minore	costituzione fondo di solidarietà per minori ricoveri urgenti in comunità; dotazione adeguate personale alle equipe territoriali; protocolli scuola/servizi sociali; protocolli servizi sociali/famiglie affidatarie	Coordinamento e integrazione di tutte le politiche per i minori
Minori allontanati dal nucleo familiare	Famiglie di origine Famiglie affidatarie Comunità per minori	Tutelare integrità psicofisica del minore	monitorare e limitare gli affidi sine die; ridurre il tempo di affido alle comunità per minori	Qualificare la tutela del minore

Adolescenti e Giovani

Descrizione Situazioni di svantaggio	Campo in cui Si affronta lo svantaggio	Obiettivo di Salute/Benessere da realizzare nel triennio	Azioni	Strategie
Giovani ultra 18enni provenienti da situazioni di elevata protezione	Famiglie di origine Famiglie affidatarie Servizi sociali referenti	Costruire autonomia personale come condizione di integrazione sociale	Monitorare il rientro nella famiglia di origine. Sostenere il nucleo familiare. Seguire l'iter scolastico o Professionalizzante	Monitorare nel tempo gli effetti delle politiche di protezione attuate. Migliorare le politiche di integrazione sociale di soggetti fragili
Giovani che abbandonano la scuola secondaria	Famiglie Scuola Centri di form.proff.le	Garantire percorsi di istruzione come requisito di godimento di diritti sociali e sanitari	Mantenere e sostenere la vigilanza familiare. Proporre alle scuole azioni di motivazione alla frequenza continuativa. Intervenire sull'abbandono con un'offerta proff.le alternativa.	Evitare la dispersione di risorse giovanili. Evitare che l'abbandono scolastico anticipi emarginazione sociale.
Incidentalità e mortalità stradale	Famiglie Scuola Istituzioni Locali Comunità Luoghi del divertimento	Ridurre mortalità e invalidità evitabili.	Azioni educative sulla percezione del rischio, sulle sanzioni, sul controllo. Azioni di controllo per eccesso velocità, alcol e sostanze. Azioni di coinvolgimento dei luoghi del divertimento a stili di vita sani. Azioni di miglioramento della viabilità e sicurezza.	Educare a stili di vita sani e responsabili
Precarietà lavorativa	Istituzioni Locali Ass.ni imprenditoriali OOSS	Garantire la autonomia personale dei giovani	Azioni concertate sul mercato del lavoro locale per ridurre precarietà. Azioni di tutela del lavoro femminile. Azioni di contenimento costi delle abitazioni.	Costruire l'inserimento sociale delle nuove generazioni
Giovani stranieri da professionalizzare privi di licenza media inferiore	Scuola Centri di formazione professionale	Garantire le condizioni per il benessere sociale	Azioni concertate con i centri di formazione professionale. Azioni con le organizzazioni datoriali per inserimenti lavorativi	Costruire partecipazione comunitaria e integrazione sociale lavorativa

6. 3 Salute e benessere sociale dei cittadini stranieri

Dai dati di presenza riportati dal profilo di Comunità è evidente che la presenza sul territorio ferrarese di cittadini stranieri si caratterizza, sempre di più, come un fenomeno strutturale da affrontarsi con politiche di adeguamento e di riorganizzazione dei servizi.

Sul piano sanitario, nel 2007, è stato affrontato un problema relativo all'accesso alla rete dei servizi. Si è notevolmente ridotto il divario tra presenze registrate dalle anagrafi comunali e iscrizioni alla anagrafe sanitaria, oggi oltre l'80%. Il segnale positivo consiste nell'accesso per via ordinaria alle prestazioni, e non emergenziale. Il tema deve però essere presidiato e sostenuto con una comunicazione adeguata e azioni positive per facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni.

Valutando anche le priorità dei Piani sociali di zona 2005-2007 si delineano i seguenti obiettivi per il prossimo triennio:

- Potenziamento degli strumenti di mediazione interculturale per migliorare l'accesso ai servizi socio sanitari e al sistema scolastico;
- Consolidamento dei servizi di ambito provinciale per il supporto (l'accoglienza, quali il Centro Servizi Integrati per l'immigrazione e il Centro Donna Giustizia per l'accoglienza di donne maltrattate o vittime di tratta);
- Potenziamento dei sistemi di emergenza per la prima accoglienza, anche a seguito di sfratti, separazioni, perdita del lavoro;
- Sviluppo degli sportelli informativi;
- Sviluppo di iniziative di alfabetizzazione linguistica degli adulti
- Sostegno di iniziative rivolte all'inserimento professionale e sociale dei migranti di seconda generazione;
- Attenzione alle condizioni logistiche dei nomadi soggiornanti nel territorio provinciale.

Descrizione Situazioni di svantaggio	Campo in cui Si affronta lo svantaggio	Obiettivo di Salute/Benessere da realizzare nel triennio	Azioni	Strategie
Difficoltà di governance, coordinamento, integrazione dei servizi	Istituzioni Servizi pubblici e non-profit a contatto con stranieri Forum Terzo Settore	Garantire pari opportunità di accesso, dare coerenza alle attività di accoglienza, informazione e integrazione su tutto il territorio provinciale	Servizi di consulenza e supporto al territorio Formazione aggiornamento Documentazione Coordinamento enti e servizi Progettazione integrata Mediazione interculturale	Consolidamento del CSII, Prosecuzione dell'esperienza dei "Tavoli immigrazione" e altre forme di valorizzazione della collaborazione tra enti locali, terzo settore e istituzioni
Difficoltà di orientamento, informazione e accesso ai servizi	Enti locali sindacati, patronati, terzo settore, organizzazioni dei datori di lavoro	Migliorare la conoscenza e l'accesso ai servizi, supportare i percorsi di ottenimento e rinnovo dei titoli di soggiorno	Consolidamento e potenziamento degli sportelli informativi del territorio Incremento delle azioni di mediazione interculturale	A ggiornamento e monitoraggio del Protocollo d'intesa SEI (ex rete informativa per cittadini stranieri)
Difficoltà di rapportarsi e comunicare con la popolazione locale	Enti locali, istituzioni, scuola, privato sociale	Rafforzare la conoscenza linguistica come prerequisito dell'integrazione	Incrementare la qualità e la quantità dei corsi di insegnamento dell'italiano come seconda lingua	Rafforzare la collaborazione tra enti locali, istituzioni scolastiche, enti locali e soggetti non-profit
Insuccesso e abbandono scolastico, difficoltà di socializzazione	Scuole, enti locali, istituzioni, terzo settore, servizi specializzati (U.O. Integrazione, Remedia, le Ali, centri per le famiglie)	Garantire pari opportunità tutelare i minori, supportare i processi di socializzazione e integrazione, condividere buone prassi	Azioni a supporto dei minori stranieri non accompagnamento, formazione, aggiornamento, documentazione e raccolta di buone prassi, mediazione interculturale, servizio civile stranieri e peer education	Rafforzare le azioni di supporto ai percorsi di inserimento nella scuola, promuovere l'apprendimento della lingue e contrastare l'abbandono. Tutelare i minori in difficoltà
Difficoltà di	Centri impiego	Ridurre gli infortuni sul	Rafforzamento azione	Potenziare la formazione

inserimento lavorativo, mismatch domanda offerta	Organizzazioni datori di lavoro Sindacati centri di formazione professionale	lavoro e la disoccupazione, in particolare femminile.	centri impiego, alfabetizzazione, mediazione interculturale, formazione professionale, realizzazione di guide e materiali in più lingue, prevenzione infortuni sul lavoro,	professionale, facilitare l'avvio di attività imprenditoriale, garantire pari opportunità di accesso
Situazioni di discriminazione, razzismo xenofobia	Accesso a casa, lavoro, servizi. Mass media	Garantire pari opportunità e rimuovere e contrastare le discriminazioni	Prevenzione/educazione Promozione di azioni positive, rimozione, monitoraggio e verifica,	Consolidamento e ampliamento della rete territoriale contro le discriminazioni
Tratta di esseri umani e riduzione in schiavitù	Lavoro di strada, monitoraggio mass media e night club, situazioni di lavoro a rischio, forme di accattonaggio obbligato.	Tutelare la salute dei migranti, contrastare fenomeni criminali	Sostegno all'uscita dallo sfruttamento, lavoro di rete tra sociale e apparati di sicurezza, diversificare le forme di contatto con le vittime, mediazione interculturale	Incrementare la dimensione degli interventi di comunità e rafforzare la rete, costruendo sinergie, buone prassi e collaborazioni operative
Crescita di richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione sussidiaria	Sportello asilo Questura e prefettura centri di accoglienza centro SPRAR	Tutelare la salute dei migranti, prevenzione	Integrazione sociale e lavorativa dei rifugiati, sportello informativo, supporto alla Questura, tutela legale e sanitaria, monitoraggio delle procedure, iniziative di informazione e sensibiliz.	Aggiornare e monitorare il protocollo d'intesa provinciale in materia di accoglienza di rifugiati, incrementare l'accoglienza SPRAR, consolidare lo sportello informativo dedicato
Esclusione e marginalità sociale	Servizi sociali, associazioni del terzo settore, carcere	Tutelare la salute dei migranti e della popolazione indipendentemente dal possesso di titoli di soggiorno e dalle limitazioni della libertà personale	Azioni di prima e seconda accoglienza, azioni di accompagnamento alla ricerca di casa e lavoro, favorire l'accesso ai servizi sociali e ottenimento della residenza, mediazioni interculturale e sportello informativo per detenuti,	Integrazione degli interventi, aggiornamento del Patto per Ferrara e dei protocolli di accoglienza, consolidamento dell'Unità Operativa di Governance.
Peggioramento della condizione di salute della popolazione immigrata	Az.Usl, Az.ospedalieraUniv Consultori, Associaz di accoglienza,	Garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie come previsto dalle normative regionali e nazionali	Incremento della capacità di informare e orientare i cittadini stranieri, mediazione interculturale, offerta attiva di vaccinazioni, screening oncologici, sorveglianza infezioni endemiche ed epidemiche, iscrizione SSN, STP e neo comunitari, campagne info sui rischi sul lavoro	Consolidare la rete, gli interventi e i servizi in atto: progetto interaziendale, tavolo salute-immigrazione, gruppo i lavoro per la produzione di strumenti info e guide, protocollo d'intesa con Questura e Prefettura
Isolamento e irregolarità delle assistenti familiari	Servizi sociali e sanitari, famiglie, terzo settore, sindacati e patronati	Integrare le assistenti familiari nella rete dei servizi, far emergere e regolarizzare il lavoro di cura	Consolidamento e ampliamento della rete dei centri servizi Aspasia, Formazione professionale, azioni di alfabetizzazione Contributi per la regolarizzazione, screening oncologico, supporto alle assistenti senza lavoro e alle famiglie nei periodi di assenza o malattia	Consolidare quanto fatto in questi anni in particolare i progetti Aspasia e Aspasia Plus, oltre all'accordo con i Centri per l'Impiego.
Incremento delle situazioni di dipendenza da alcool e droghe, aumento degli utenti nei	Az. Usl Az.ospedalieraUniv , SERT, Dipartimento salute mentale, coop. soc. B	Contrastare le varie forme di dipendenze e migliorare l'approccio e la cura dei pazienti di origine non italiana	Formazione operatori, mediazione interculturale, migliorare le modalità di comunicazione tra SERT, dip salute mentale, servizi	Incrementare il lavoro di rete, integrare le risorse disponibili, acquisire e rafforzare le competenze dei servizi

7.

Percorso di verifica dei risultati attesi

In ogni Piano, soprattutto se contiene rilevanti gradi di complessità, la valutazione è parte integrante della progettazione e consente di aggiungere concretezza al Piano, ai macroprogetti di cui si compone, di mantenere l'evidenza sui risultati originariamente definiti.

La valutazione si aggiunge e migliora quindi la strumentazione necessaria per la governance, sia a livello provinciale che di area distrettuale.

Come afferma Claudio Bezzi, riconosciuto punto di riferimento teorico e concettuale per tutti coloro che si occupano di valutazione: “ la valutazione è un'attività riflessiva, di confronto, ricerca, analisi...La valutazione si pone dei 'perché', cerca delle ragioni agli errori e ai successi, e sostanzialmente guarda a tutto il processo, ai risultati concretamente conseguiti, alla risposta che tali risultati forniscono ai bisogni sociali che si intendeva, originariamente, risolvere.”

Si può aggiungere che la valutazione raccoglie informazioni, le interpreta ed esprime pareri; questi pareri possono anche avere implicazioni critiche, naturalmente, ma l'obiettivo non è mai giudicare le persone, ma il progetto, la sua efficacia nel determinare un cambiamento, i livelli di efficienza.

Il percorso valutativo del presente Atto, prevede, come la programmazione, due livelli:

- Un livello provinciale:
per ogni priorità viene individuato un outcome (ruolo politico),
per ogni macroprogetto in cui si articola la priorità, vengono esplicitati i risultati attesi, l'individuazione di indicatori di processo (ruolo tecnico-politico).
- Un livello di distretto
nell'articolazione del Piano di Salute e benessere distrettuale, prevede azioni concrete, il cui sviluppo viene governata attraverso indicatori specifici (di percorso, di attività, o di risultato). Gli indicatori del Piano distrettuale devono essere orientati coerentemente con l'outcome indicato.

La progettazione di questa parte importante e sostanziale della valutazione di distretto, prevede l'acquisizione di tecniche e modalità che si ritiene debbano essere uniformemente diffusi e condivisi da tutti gli operatori coinvolti. A tali fini si ritiene necessaria una Formazione ad hoc, con una impostazione di tipo seminariale, che sarà tanto più efficace se articolata per gruppi distrettuali.

Il monitoraggio del Piano, attraverso gli indicatori individuati, prevede modalità e tempi predefiniti. E' opportuno organizzare step annuali di monitoraggio per ogni area distrettuale, per consentire l'autovalutazione, un confronto tra esperienze, la possibilità di riorientare la programmazione.

Citando Claudio Bezzi: “La valutazione fornisce elementi e indicazioni per il decisore, ma non si sostituisce a lui. Il valutatore è un tecnico, e la valutazione un processo tecnico di servizio; al decisore il compito di tradurre le indicazioni della valutazione in riflessioni più generali, che poi influenzeranno le decisioni successive”.

8.

Quadro di riferimento delle programmazioni di rilevanza provinciale

8.1 Responsabilità e strategia

Con il primo Piano Sociale e Sanitario la Regione Emilia Romagna intende affermare un'idea di welfare di comunità per il benessere dei cittadini che fa perno:

- sulla responsabilità del “pubblico” in campo sociale e sanitario,
- su processi decisionali partecipati dalle organizzazioni della società civile, del terzo settore, e dai portatori di bisogni di sostegno e di cura,
- sulla valorizzazione della comunità competente e della sua capacità di riconoscere i nuovi problemi, difficoltà e bisogni, di sostenere e attivare azioni solidali per l'inclusione dei più deboli, di essere costruttrice di coesione sociale,
- sulla mobilitazione e integrazione delle risorse pubbliche, del terzo settore e private,
- sull'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie e di entrambe con quelle ambientali, urbanistiche, abitative, formative, occupazionali, culturali, in una visione di prospettiva capace di collegare il welfare con lo sviluppo regionale,
- su una nuova governance territoriale capace di realizzare analoghe dinamiche a livello provinciale, distrettuale e dei comuni.

8.2 La governance

La nuova governance regionale e territoriale fa perno sull'integrazione istituzionale.

Il quadro normativo del sistema dei servizi sociali e sanitario disegnato nel corso degli ultimi anni dalla Regione, per ultimo con il Piano Sociale e Sanitario, consolida e sviluppa il ruolo degli enti locali chiamati a svolgere nuove funzioni di indirizzo e di governo al fine di assicurare insieme alla Regione il sistema integrato degli interventi e dei servizi.

L'integrazione istituzionale a livello territoriale è promossa attraverso il consolidamento e lo sviluppo delle competenze della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria – CTSS - e dei Comitati di Distretto, già individuati dalle Leggi Regionali n. 2/2003 e n. 29/2004 quali strumenti di raccordo tra Enti Locali e Aziende Sanitarie.

La CTSS, in particolare, è l'organismo nell'ambito del quale Provincia, Comuni e Aziende Sanitarie del territorio di riferimento realizzano il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie integrandole con le altre politiche settoriali.

Alla CTSS, in quanto strumento di coordinamento e raccordo tra il livello regionale e quello distrettuale, sono state via via attribuite numerose funzioni di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e controllo.

Tra le funzioni di indirizzo si richiamano quelle rilevanti per la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria quali sono:

- l'approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale contenente le priorità strategiche in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria. In tale atto sono definiti anche gli indirizzi per l'adozione da parte dell'Azienda USL del Piano Attuativo Locale,
- la definizione dei criteri di riparto del Fondo Regionale per non autosufficienza ai Distretti,
- la definizione delle priorità degli interventi finanziabili in conto capitale ai sensi dell'art. 48 della L.R. 2/2003,
- la distribuzione equa delle risorse tra i distretti per il perseguimento degli obiettivi di riequilibrio nella distribuzione ed accessibilità dei servizi e dei risultati di salute ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 29/2004.

La Provincia ha competenze di coordinamento sull'area delle politiche sociali e dell'integrazione tra queste e le altre politiche (lavoro, casa, formazione professionale, istruzione, educazione sport, pianificazione territoriale) e partecipa all'elaborazione dell' Atto di indirizzo e di coordinamento specificando gli indirizzi e le modalità per l'armonizzazione delle proprie politiche con quelle distrettuali, promuove la partecipazione del terzo settore e predisponde specifici Programmi di ambito provinciale integrati con la programmazione distrettuale.

CTSS e Comitati di distretto sono supportati da appositi uffici. In ogni distretto è stato costituito un Ufficio di

piano, tra le cui numerose funzioni, si richiamano quelle relative all'attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e alla valutazione della programmazione in area sociale, sociosanitaria e sanitaria (Piano di zona per la salute e per il benessere sociale e Programmi attuativi annuali comprensivi del PAT).

8. 3 Gli strumenti della programmazione

Il **Piano Regionale Sociale e Sanitario – PRSS** -, approvato dall'Assemblea Legislativa Regionale fissa gli obiettivi del triennio 2008/2010, le regole del sistema, il sistema di valutazione dei risultati. Con riferimento al Fondo Regionale per la non autosufficienza individua i criteri di ripartizione delle risorse, i servizi e gli interventi da erogare e le condizioni soggettive per usufruirne.

Il PRSS costituisce, per quanto attiene la salute e il benessere sociale, anche il quadro di riferimento di altri strumenti intersettoriali di programmazione Regionali quali:

- il Programma triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri di cui alla L.R. 5/2004,
- il Piano di azione a favore delle persone anziane,
- il Programma di riordino territoriale.

Il Piano Attuativo Regionale, approvato dall'Assemblea Legislativa ripartisce le risorse sulla base dei criteri e degli obiettivi del PRSS e fissa i vincoli e le procedure per il loro utilizzo.

L'**Atto di indirizzo e coordinamento triennale**, approvato dalla CTSS è lo strumento con il quale la stessa Conferenza esercita la propria funzione di coordinamento della programmazione Distrettuale.

L'Atto comprende il Piano per la salute (che definisce i profili di comunità), raccorda i diversi livelli e strumenti di programmazione, fornisce le indicazioni strategiche nell'area dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari. L'Atto, inoltre, comprende il Piano Attuativo Locale, indica gli ambiti di integrazione, compresa l'area della non autosufficienza, fornisce indirizzi e strumenti di coordinamento, monitoraggio e valutazione anche della programmazione distrettuale (Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale di durata triennale e Piano attuativo annuale comprensivo del Piano per non autosufficienza).

Il **Piano Attuativo Locale**, predisposto dalle Aziende Sanitarie e approvato dalla CTSS ha durata triennale, è lo strumento che specifica la configurazione infrastrutturale ed organizzativa dei servizi sanitari che complessivamente compongono l'offerta del territorio provinciale.

Il **Piano di zona per la salute e il benessere sociale**, approvato dal Comitato di distretto ha durata triennale, è lo strumento che individua coerentemente con l'Atto triennale di indirizzo della CTSS le priorità di salute e di benessere sociale nelle diverse aree di intervento, definisce la programmazione finanziaria relativa agli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari, specifica le integrazioni con le altre politiche che concorrono a realizzare gli obiettivi di benessere sociale e salute e i relativi strumenti.

Il **Piano attuativo annuale** è la declinazione annuale del Piano di zona per la salute e il benessere sociale, specifica le risorse che i Comuni, l'Ausl e la Provincia destinano all'attuazione degli interventi programmati in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria. Annualmente, all'interno del Piano Attuativo, deve essere specificato e concordato il Piano Annuale per la gestione del Fondo per la non autosufficienza. E' adottato con accordo di programma sottoscritto dai Sindaci dei Comuni del Distretto, dal Direttore dell' Ausl, dal Presidente della Provincia e dagli altri soggetti responsabili di specifici interventi o programmi che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di benessere e salute.

8. 4 La partecipazione

Il PRSS pone molta enfasi sulla partecipazione delle formazioni sociali all'esercizio della funzione sociale. La partecipazione del privato sociale non profit deve essere sviluppata nella programmazione, nella progettazione, nella realizzazione ed erogazione dei servizi e degli interventi, nella valutazione, nel rispetto del pluralismo nel sistema dell'offerta dei servizi e delle regole dell'accreditamento. Il privato profit partecipa alla realizzazione ed erogazione dei servizi.

Sia la Conferenza Territoriale Sanitaria e Sociale che i Comitati di distretto devono promuovere il confronto e la partecipazione del Terzo Settore secondo modalità che garantiscano un processo di programmazione pluralista, partecipata e negoziata.

Fondamentale è definita concertazione con le Organizzazioni Sindacali a tutti i livelli istituzionali per la definizione dei diversi strumenti di programmazione. Il confronto con le Organizzazioni Sindacali deve realizzarsi lungo tutto l'arco della elaborazione degli strumenti di programmazione sopra indicati, esplicitarsi sia sugli obiettivi che sulle procedure di realizzazione, completarsi con la valutazione degli esiti.

8. 5 La Pianificazione territoriale

La pianificazione provinciale vigente (PTCP 1997) non presenta particolari riferimenti alla organizzazione dei servizi sanitari, né riferimenti espliciti a politiche per il sostegno sociale a categorie specifiche di cittadini.

Vi sono tuttavia nel PTCP, parti dedicate alla organizzazione delle funzioni primarie sul territorio, tra le quali a buona ragione possono rientrare anche quelle per la assistenza sanitaria.

Il PTCP vigente organizza il territorio nelle tre tradizionali partizioni (Alto Ferrarese, Basso Ferrarese, Ferrara città) ma inizia anche a definire una nuova organizzazione, che tiene conto delle interrelazioni con le altre aree extraprovinciali o extraregionali che hanno diretta influenza sul ferrarese.

L'interpretazione della struttura insediativa provinciale proposta dal P.T.C.P. muove quindi nella direzione di identificare tre principali sistemi di integrazione relazionali e dunque tre "Aree Programma" capaci di rappresentare ad un primo livello di risoluzione le logiche di funzionamento del territorio:

- l'Asse Occidentale, costituito dai Comuni dell'Alto Ferrarese, parte di un più complesso sistema della padania orientale interessante anche la Bassa Modenese, l'Oltrepo Mantovano, il Rodigino occidentale e parte della Pianura Bolognese;
- il Nucleo Centrale, corrispondente al più vasto ambito relazionale di Ferrara debordante, seppure in misura limitata, a nord verso il Veneto e a sud verso la Pianura Bolognese;
- la Costa, comprendente parte dei Comuni del Delta ed estesa anche a ricomprendere parti del Ravennate e del Polesine orientale.

Vi è inoltre una quarta zona, con caratteristiche non omogenee ma unificata dalla sua *necessità di oscillazione* tra il nucleo centrale della città e la costa, oscillazione dettata da considerazioni di ordine diverso (economie settoriali, servizi territoriali, infrastrutture di medio/lungo raggio) ma tutte improntate alla necessità di raggiungere soglie economiche e funzionali minime, non ottenibili nell'ambito della sola Area Programma ma -anche- non ottenibili con la "adesione" totale ad una delle altre Aree. Il PTCP definisce con il nome di Area di Transizione questa quarta Area Programma.

Ad una seconda scala di risoluzione, che evidenzia i sistemi di relazione e le gerarchie insediative in ambito sub-regionale, e' invece possibile individuare altre polarità cui può essere assegnato il ruolo di Centri Ordinatori ed attorno ai quali una molteplicità di indicatori economico-sociali e territoriali consente di riconoscere sottosistemi di gravitazione caratterizzati da una propria identità: e' il caso di Cento, Argenta, Portomaggiore, Copparo, Comacchio e Codigoro

Secondo il PTCP, nella logica di miglior funzionamento del Nucleo Centrale, gli interventi sulla città dovranno tendere a farle superare la separazione con il territorio; non tanto volendo forzatamente far divenire Ferrara un capoluogo, bensì spingendola ad incentivare quelle risorse che le sono riconosciute come proprie, in stretta connessione con (almeno) la parte orientale della Provincia in modo da divenire, per essa, un punto di riferimento attivo e costante nel percorso di riorientamento ed "irrobustimento" della economia locale e delle reti di servizi di base.

Gli interventi su Copparo dovranno consolidarne il ruolo di centro erogatore dei servizi di base all'intero territorio mandamentale e di polo occupazionale detentore delle capacità di decisione, e quindi anche dei servizi alla produzione per l'intera area e per quella parte di Polesine direttamente connesso attraverso il ponte di Polesella. La organizzazione della istruzione secondaria e della formazione professionale dovranno accentuare la funzione di Copparo come centro e orientare la modifica del sistema dei trasporti pubblici locali.

La dipendenza da Ferrara per i servizi scolastici, sanitari ed alla produzione va consolidata e razionalizzata, facendola diventare un vantaggio di sistema per entrambi i territori interessati.

Con la stessa logica di rafforzamento dei poli secondari delle reti di servizio operanti sulla Provincia, il PTCP indica come dovrà essere fatto ogni sforzo per far sì che tali politiche di organizzazione distrettuale si estendano anche alle altre parti del territorio ed in particolare all'area sud orientale.

In tal senso le azioni settoriali dovranno essere previste in modo da far sì che coinvolgano le limitrofe zone Ravennate e Bolognesi, dando ad Argenta una sua dimensione di centro ordinatore d'area. La decisione sui servizi sanitari e scolastici, sia di scala locale che di scala superiore, dovrà tenere conto preminentemente della collocazione di Argenta in un sistema d'area interprovinciale da valorizzare e quindi avvenire necessariamente sulla base di accordi di programma che coinvolgano anche le Province di Ravenna e Bologna.

Infine, i nove Comuni del Delta, che presentano tutti vocazioni e dimensioni differenziate senza che sia possibile individuare una situazione inequivoca intorno ad un polo ordinatore, evidenziando anzi la compresenza di più centri che non si rapportano reciprocamente secondo precise gerarchie, in un quadro con problemi economici ed occupazionali.

Gli interventi nel Basso Ferrarese dovranno quindi essere orientati alla costruzione di punti di riferimento gerarchici per le funzioni urbane, selezionando le azioni in maniera che il quadro degli obiettivi finali sia inequivoco e che ad esso possano affidabilmente riferirsi anche i decisori privati nel momento della scelta localizzativa delle loro attività.

Le indicazioni progettuali vanno in tale direzione e si pongono anche l'obiettivo di contribuire a far crescere la massa critica dei centri individuati come ordinatori del sistema, in modo da dar loro effettivamente le possibilità di svolgere tale ruolo; ciò potrà comportare inevitabili quanto utili fenomeni di polarizzazione anche in (apparente) danno delle realtà comunali più deboli.

Oltre a quanto definito dal PTCP, la programmazione provinciale di settore ha operato in questi anni progressivi adattamenti per orientarsi ad assecondare politiche di aiuto al benessere delle persone ed alla tutela della loro salute.

In questa direzione vanno le azioni di programmazione nel settore della protezione dall'inquinamento elettromagnetico (con il PLERT, piano per regolare la collocazione delle emittenti radio e televisive), della tutela della qualità dell'aria (PPTQA, che detta indirizzi volti al contenimento delle emissioni in atmosfera e orienta nuovi modi di comportamento per l'utilizzo delle reti di servizi territoriali, tra l'altro, secondo il principio della minimizzazione degli spostamenti), della gestione dei rifiuti (PPGR) - strumenti già approvati ed in grado di produrre effetti sulla popolazione provinciale.

Sono in corso di adozione altri provvedimenti settoriali con lo stesso fine, destinati alla realizzazione della Rete Ecologica Provinciale ed alla tutela dei beni storico documentali e culturali del nostro territorio. Provvedimenti che possono avere anch'essi positiva influenza sul benessere e sulla salute della nostra popolazione, non solo perché tendono a creare condizioni di salubrità nel territorio, ma anche perché si propongono di sviluppare la conservazione e la conoscenza dei caratteri originari della nostra società locale, in modo da renderli evidenti, comprensibili e alla fine condivisibili anche da parte di coloro che entreranno a farne parte in futuro, collaborando –si presume- a ridurre le situazioni di disagio e di emarginazione connesse alla trasformazione della popolazione residente.

Infine, iniziative specifiche sono state intraprese -e sono tuttora in corso- per agevolare le condizioni di mobilità delle persone diversamente abili, in particolare sostenendo la dotazione di mezzi tecnici disponibili per la istruzione alla guida delle persone con limitazioni fisiche gravi o, ancora, contribuendo al rinnovo della flotta dei mezzi pubblici con veicoli in grado di attenuare o eliminare le difficoltà di accesso al servizio da parte di tali utenti.

E' oggi in fase di avvio la predisposizione del nuovo Piano Provinciale dei Trasporti e della Mobilità (il secondo dopo quello del 1984) che si pone tra gli obiettivi da raggiungere quello di creare le condizioni per una massima accessibilità alle reti di servizi alla persona, da parte di tutto il territorio provinciale, tentando – con ciò- di agevolare anche la permanenza presso la loro abitazione delle persone anziane o di coloro che abbiano necessità anche frequenti di accesso ai servizi ma, per contro, difficoltà o impossibilità a potersi spostare autonomamente per raggiungerli.

Va inoltre evidenziato come fatto estremamente positivo la crescita e la forte attrattività acquisita dall'Università di Ferrara come luogo di formazione del capitale umano destinato all'impresa e alla gestione della pubblica amministrazione e come motore della ricerca applicata all'innovazione e ai grandi temi della tutela ambientale e del riorientamento ecocompatibile della produzione di beni e servizi, ma anche come supporto ai servizi di qualità alta, quelli sanitari in particolare.

Alla rete regionale di ricerca permanente e dell'alta tecnologia Ferrara partecipa con il tecnopolo della farmaceutica, delle tecnologie ambientali e biotecnologie.

8. 6 Le Politiche per il lavoro

Nel 2007 la Provincia ha adottato il Programma provinciale delle politiche del Lavoro e della Formazione Professionale per il triennio 2007-2013. L'obiettivo prioritario di queste politiche è l'investimento sulle risorse umane come fattore strategico per uno sviluppo sostenibile ed inclusivo.

E' questa del resto una priorità della Unione Europea che con il FSE mira appunto al rafforzamento della coesione economica e sociale, a migliorare le possibilità di impiego e, quindi, di inclusione sociale, a

favorire un alto livello di occupazione attraverso la creazione di nuovi e migliori posti di lavoro in un sistema produttivo che sia capace di cogliere le sfide della competitività.

Il contesto locale rispetto ad alcuni indicatori della strategia di Lisbona

Indicatori	Ferrara	Emilia Romagna	Nord Est	Italia	UE 15	UE 25	Obiettivo UE 2010
Tasso di occupazione 15-64 anni	67,6	68,4	66	57,6	65,1	63,7	70
Tasso di occupazione femminile 15-64 anni	60,6	60	56	45,3	57,3	56,2	60
Tasso di occupazione 55-64 anni	31,5	33,4	29,9	31,4	44,1	42,5	50
Tasso di disoccupazione totale	5,8	3,8	4	7,7	8,2	9	-
Tasso di disoccupazione femminile	7,4	5,3	5,6	10,1	-	-	-
Tasso di disoccupazione di lunga durata	1,5	1,1	1,2	3,9	3,4	4,1	-
Incidenza disoccupazione di lunga durata su disoccupazione totale	25,1	28,8	30,9	50,6	41,4	45,5	-

Fonte: elaborazione del Servizio Politiche del Lavoro su dati Eurostat, ISTAT, anno 2005.

Indicatori principali dell'agenda di Lisbona sulla qualificazione del capitale umano. Anno 2005 (valori percentuali)

Indicatori	Ferrara	Emilia-Romagna	Nord Est	Italia	UE15	UE25	Obiettivo UE 2010
Tasso di scolarizzazione superiore (20-24 anni)	72,1	73,5	75,5	71,1	74,1	76,9	85
Livello di istruzione della popolazione adulta (25-64 anni)	47	49,7	52,3	53,6	66,0	68,9	-
Early leave schoolers (18-24 anni)	17,9	19,0	18,4	22,1	17,2	15,2	10
Adulti che partecipano all'apprendimento permanente	5,9	5,7	6,1	5,9	12,1	11	12,5
Quota di laureati in discipline tecnico-scientifiche (*)	30	16,5	12,2	10,9	13,6	12,7	-

Fonte: Eurostat, ISTAT. * Dato relativo al 2004 per l'UE; il dato relativo a Ferrara differisce in modo così vistoso da quelli di confronto delle altre realtà probabilmente a causa delle differenti modalità di computo da parte dei vari atenei, alcuni dei quali includono in questo dato la vasta gamma dei percorsi attivati negli ultimi anni presso le facoltà di Medicina.

Le attività promosse con Programma provinciale afferiscono agli assi finanziari adattabilità, occupabilità, inclusione sociale dell' Ob 2 del FSE. Il quadro di riferimento integrato delle programmazioni, distinto per le principali caratteristiche di destinatari è il seguente:

8.6.1 Persone non occupate (inoccupate e disoccupate) in cerca di lavoro

I destinatari prioritari sono le persone che si collocano con maggiori fragilità sul mercato del lavoro, faticano maggiormente ad entrarvi o rientrarvi dopo una espulsione, a consolidare l'occupazione: i lavoratori precari e atipici, i lavoratori immigrati(2.778 persone iscritte ai centri per l'impiego al 31.03.08, di cui 1.709 donne), i lavoratori anziani (over 45), le donne, in generale le persone con basso titolo di studio o qualificazione professionale. Attualmente, i lavoratori over 40 rappresentano circa un terzo degli iscritti alle liste dei disoccupati (in totale, 21.982 persone al 31.03.08), e vi è certamente una notevole intersezione tra questo insieme e quello rappresentato dalle persone con basso titolo di studio (circa il 46 % degli iscritti). Nei confronti di questi target l'individuazione di misure efficaci di politica attiva del lavoro è difficile per una pluralità di ragioni.

Altro target importante è rappresentato dagli studenti in situazione di rischio di abbandono scolastico e/o

formativo.

I principali filoni di attività programmati fanno riferimento a:

1. Attività formative finanziate sul FSE/ /Asse Occupabilità (ca.2 milioni € annui);
2. Percorsi di qualifica biennale in Obbligo Formativo (ragazzi in abbandono scolastico che non hanno compiuto i 18 anni, c.a 2,5 milioni € annui);
3. Attività di Obbligo Formativo Integrato (OFI) nel primo triennio delle scuole medie superiori (risorse nazionali L.144/99, ca 500.000 €. annui);
4. Atri servizi di politiche attive (colloqui di orientamento, tirocinii, ecc.) erogati dagli operatori dei Centri per l'impiego della Provincia).
5. In connessione con la programmazione regionale, sono incorso azioni di incentivazione alle imprese per la stabilizzazione a tempo indeterminato di persone disoccupate e/o precarie.

8.6.2 Persone in stato di svantaggio o disabilità

I destinatari prioritari sono le persone in una condizione di svantaggio individuale certificato e le persone disabili ai sensi della L.68/99 (disabilità fisica e/o psichica superiore al 46%)⁷, per le quali l'inserimento e la permanenza sul mercato del lavoro è particolarmente complesso. La stessa struttura di impresa del territorio ferrarese fa sì che siano pochi i posti di lavoro "in ottemperanza all'obbligo" (che scatta solo oltre i 15 dipendenti, e prevede comunque meccanismi di esonero a seconda dei ruoli e dei settori produttivi). In via del tutto teorica, detti posti consentono il collocamento del solo 40% degli iscritti (ovvero circa 1.600 lavoratori disoccupati, contro 649 posti ancora disponibili in obbligo, al 31.12.2007). Negli ultimi anni comunque il collocamento mirato ha progressivamente inserito molti lavoratori le cui abilità residue meglio si conciliavano con l'occupabilità nel sistema produttivo ferrarese ed il matching tra le richieste di profili/abilità attualmente domandati dalle aziende e le abilità/competenze/aspettative dei lavoratori disabili che cercano lavoro, si fa sempre più difficile.

Per questo target, la programmazione in essere è già stata preliminarmente concertata con quella dei Piani sociali di zona, come disposto dal Programma Operativo Regionale, al fine di evitare sovrapposizioni negli interventi, e determinare le migliori sinergie.

Nei confronti di questi destinatari le programmazioni in corso contemplano:

- 1) attività formative e di tirocinio finanziate sull'Asse Inclusione Sociale del FSE (circa 1 milione € annui);
- 2) altre attività di politica attiva (formazione e tirocini, colloqui di orientamento e definizione delle schede professionali, tutoraggi ecc.), incentivi alle imprese per l'assunzione dei disabili, finanziamento di progetti condivisi con i servizi sociali per promuovere l'occupazione dei disabili, a valere sul Fondo Regionale Disabili;
- 3) incentivi alle imprese per l'occupazione dei disabili con le risorse del Fondo Nazionale Disabili.

Per il 2008, senza garanzia di continuità per il futuro, è attivo il programma PARI, finanziato dal Ministero del Lavoro attraverso Italia Lavoro, che prevede incentivi all'occupazione per le imprese che assumono a tempo indeterminato persone in stato di disagio certificato (per un importo complessivo di Euro 2.860.000 di cui 800.000,00 per contributi all'assunzione e 2.060.000,00 per iniziative formative).

8.6.3 Lavoratori occupati

La priorità è data ai lavoratori atipici e precari, alle persone con basso titolo di studio, alle donne, ai dipendenti di aziende in crisi, ai lavoratori immigrati⁸, con l'obiettivo di stabilizzarne l'occupazione, ma anche ai titolari di impresa e ai quadri, per accrescere le competenze imprenditoriali e migliorare la competitività del sistema produttivo, con particolare riferimento al sistema delle PMI. Sull'Asse Adattabilità del FSE sono finanziate attività di formazione continua (nell'ambito delle strategie aziendali) e di formazione permanente (a domanda individuale, per accrescere le competenze dei singoli), con una disponibilità annua pari a ca.1,7 milioni €.

⁷ Gli iscritti al collocamento mirato sono, al 31.12.2007, 2.441 unità, ca. 800 delle quali iscritte per soli motivi di accesso a misure di assistenza, e quindi non disponibili al lavoro. Gli iscritti disponibili sono ca. 1600.

⁸ Vale la pena di rilevare che, al 31.12.2007, risultavano regolarmente assunte per lo svolgimento di lavori domestici e di cura 2.620 (per la quasi totalità donne) lavoratori stranieri, numero in progressivo aumento e certamente largamente superiore, data la stima di amplissima diffusione di lavoro sommerso in questo ambito. Per contribuire all'emersione ed al supporto alle famiglie in cerca di assistenti familiari, il Servizio politiche del lavoro ha formato un "repertorio delle assistenti familiari" per facilitare il matching su personale formato e referenziato, a disposizione anche dei Comuni e dei servizi sociali che ne facciano richiesta.

Ai fondi comunitari si aggiungono le risorse nazionali ex L.236/93 e L.53/00, la cui dotazione è determinata annualmente (per il 2007, nel complesso ca.1 M€.); le priorità sono anche in questo caso individuate in capo alle utenze più deboli e a tematiche di conciliazione dei tempi.

Un approfondimento a parte merita la questione delle “badanti” a rischio sociale sia per età che per salute. Le donne straniere occupate nel settore domestico/assistenza familiare erano n° 2.485 alla fine del 2007, di cui:

- 502 con un'età dai 50 ai 55 anni;
- 318 con un'età dai 56 ai 60 anni;
- 84 con un'età dai 61 ai 65 anni;
- 30 con un'età oltre i 66 anni.

Tenuto conto:

- che le domestiche/assistenti familiari provengono in genere dall'Ucraina, dalla Moldova, dalla Romania e dalla Polonia;

- che nel 2006 sono state ricoverate nei diversi ospedali ferraresi n° 206 moldove, n° 266 rumene, n° 310 ucraine e n° 95 polacche, per un totale di 877 su un totale di 2.694 donne straniere ricoverate (pari al 32,6%);

-che molte di loro, presenti da oltre 5 anni, hanno diritto alla carta di soggiorno oppure, in caso di malattia, ad un permesso di soggiorno per cure mediche, per cui non saranno costrette a tornare in patria anche se senza lavoro;

- che il sistema sanitario dei loro paesi non consente adeguate cure se non a pagamento;

che non hanno potuto ricongiungere familiari per i vincoli della legge Bossi/Fini;

emerge un quadro che nel medio periodo può porre diversi problemi sul versante socio/assistenziale: donne sole, in gran parte ultrasessantenni, costrette ad uscire dal lavoro domestico e di assistenza familiare per problemi di salute, di disagio psico/fisico o, semplicemente, per limiti d'età, senza avere un minimo di pensione sociale e senza l'appoggio di una struttura familiare.

Molte di loro potranno tornare in patria se il nucleo familiare non ricongiunto sarà in grado di provvedere alle loro necessità. In caso contrario (specie se affette da malattie che richiedono cure intensive e continuate nel tempo) rimarranno in Italia per accedere ai servizi socio-sanitari. Non è facile quantificare l'entità del fenomeno, ma azzardando un'ipotesi, si può stimare che nel prossimo triennio avremo almeno 50-70 casi di persone in gravi difficoltà, numeri destinati a raddoppiare negli anni successivi

8. 7 Le Politiche abitative

L'incremento dei canoni di locazione e del numero dei nuclei famigliari in condizioni di disagio economico insieme alla crescente presenza sul territorio provinciale di migranti hanno determinato un notevole incremento della domanda di alloggi di edilizia residenziale pubblica.

Il patrimonio immobiliare di erp è di circa 6600 alloggi (dati al 31/1/2008), di cui 3300 circa nel Comune di Ferrara, gli altri distribuiti su tutto il territorio provinciale

Come si diceva, negli ultimi anni e' notevolmente aumentato il numero degli aspiranti all'assegnazione di un alloggio popolare.

A fronte di 6.219 alloggi occupati e di c.a 400 in ristrutturazione, i nuclei famigliari in attesa sono 2.866 di cui 796 sono di stranieri. Nel 2007 le case assegnate a stranieri sono state il 24% del totale delle assegnazioni.

L' aumento del disagio economico è testimoniato dai redditi dichiarati dagli assegnatari, che sono ben al di sotto dei limiti di accesso all'erp (ise= euro 32.520/isee = euro 16.260),

Quasi 3400 utenti sono collocati nella fascia di canone di protezione , avendo un reddito isee entro i 7500 euro annui. I comuni segnalano anche l'aumento di richieste di esonero dal pagamento del canone e dell'accollo delle spese di gestione.

In prevalenza, i nuclei degli assegnatari hanno un numero limitato di componenti con la sola eccezione dei nuclei di stranieri .

Rispetto al fenomeno delle migrazioni, possiamo rilevare un progressivo incremento degli stranieri negli alloggi popolari e nelle graduatorie di assegnazione mentre stanno emergendo problemi di integrazione culturale che si riflettono sulla convivenza nei fabbricati .

Rispetto a questa tematica, Acer ha attivato un servizio di mediazione linguistica e culturale , offerto in fase di consegna dell'alloggio popolare , per favorire la conoscenza dei Regolamenti comunali e prevenire problematiche di convivenza.

Particolarmente rilevante e' il fenomeno delle marginalità sociali, rappresentato non solo da utenti conosciuti dal Servizio Sociale, dal Sert e dal Servizio di Igiene mentale, ma anche da “nuovi” soggetti problematici, per lo piu' anziani e persone di mezza età sole che vivono alla giornata.

Negli ultimi tempi sono emerse situazioni di forte degrado in alcuni alloggi popolari che hanno richiesto il

ripristino delle normali condizioni igieniche e l'allertamento dei servizi sociali. Sono emerse anche forme di illegalità, si tratta di situazioni che se da un lato richiedono forme di controllo strutturate, peraltro già attivate da Acer, dall'altro interrogano circa il ruolo dell'erp che rischia di diventare la sola risposta all'emergenza abitativa di nuclei in condizioni di forte disagio personale e sociale. Le liste d'attesa per contro evidenziano che fuori restano quasi 3.000 famiglie i cui redditi non sono tali da sostenere un canone a libero mercato.

Nuovi alloggi erp sono in costruzione a Ferrara nell'ambito dei Contratti di quartiere II mentre sul bando Regionale per i 3.000 alloggi destinati alla locazione e alla proprietà sono stati finanziati interventi che consentiranno la realizzazione di 73 alloggi per la locazione permanente (Ferrara e Comacchio) e di 52 alloggi per la proprietà (Ferrara).

La casa resta comunque il problema principale per numerose famiglie e per tanti giovani.

Un aiuto potrà venire dalla costituenda Agenzia per la casa finanziata dal Ministero della solidarietà sociale, dal Comune di Ferrara e dalla Provincia nell'ambito di un progetto che vede come capofila Acer.

8. 8 I Servizi per la prima infanzia

La programmazione provinciale degli interventi relativi alla prima infanzia ha consentito di sviluppare un'offerta ampia ed equamente distribuita.

Sul territorio provinciale sono funzionanti 262 tra servizi e scuole dell'infanzia. Nell'a.s. 2007/2008 i posti nei servizi per l'infanzia (nidi, micronidi, servizi integrativi, servizi sperimentali di educatrice domiciliare) pubblici e privati convenzionati sono 1.785 rispetto ad un'utenza potenziale (0-2 anni) di 7.672 unità.

L'indice di copertura dell'utenza potenziale è quindi del 23,27%. Sono in fase di realizzazione ampliamenti da parte del pubblico e del privato convenzionato per ulteriori 273 posti.

I servizi privati non convenzionati dispongono di 316 posti ai quali si aggiungeranno a breve altri 48 posti già finanziati. I bambini in lista d'attesa nei servizi 0/2 erano 666 al 30/9/2007 di cui il 48,35% nel Comune di Ferrara dove la richiesta risulta particolarmente elevata. L'utenza potenziale del Comune di Ferrara rappresenta infatti il 35,38% dell'intera utenza provinciale, i posti disponibili sono il 47,11% del totale provinciale, i bambini in attesa di un posto, come visto, sono il 48,35% di tutti i bambini in lista d'attesa.

8. 9 Le Politiche della Mobilità

8.9.1 Il quadro d'insieme

Le attività di spostamento della popolazione insediata sul territorio della provincia costituiscono uno degli aspetti più rilevanti e caratterizzanti della vita quotidiana, in cui le esigenze che a vario titolo determinano la mobilità delle persone presentano una dinamica di sviluppo particolarmente accentuata.

In primo luogo è da registrare un crescente ampliamento della gamma delle motivazioni di viaggio, unitamente alla progressiva intensificazione dei viaggi (in termini di numero procapite di spostamenti/giorno), alla loro dispersione nell'arco temporale giornaliero e, da ultimo ad un aumento delle distanze di tragitto⁽⁹⁾.

Sono questi fenomeni che, accentuati dalla collocazione delle nuove abitazioni quasi esclusivamente nelle aree più periferiche dei centri urbani e favoriti dalla migrazione delle sedi lavorative (siano questi impianti a carattere manifatturiero o centri di servizio) in zone del territorio ancora una volta esterne – e spesso molto lontane dal perimetro urbano più denso– determinano un evidente e progressivo innalzamento degli indici di mobilità individuale. Questi ultimi hanno raggiunto nel capoluogo il valore medio di 3,2 spostamenti giornalieri procapite con riferimento alla popolazione mobile⁽¹⁰⁾.

I fatti brevemente delineati vanno ad innestarsi su condizioni strutturali intrinsecamente problematiche – quando si ragiona in termini di mobilità – legate alla forte dispersione territoriale delle residenze e alla bassa densità insediativa, anche laddove l'edificato appare più compatto; evidenze queste che portano inevitabilmente a determinare una "struttura di mobilità" fatta di flussi non solo dispersi geograficamente⁽¹¹⁾

⁹ Nel triennio intercorrente tra le ultime due rilevazioni periodiche effettuate dal Comune di Ferrara sulla mobilità locale (anni 2002 e 2005) la distanza media dei viaggi nel loro complesso è aumentata solo da 4,5 a 4,8 km, mentre considerando solo i tragitti effettuati per motivi di lavoro la loro lunghezza è triplicata, passando da 1,9 a 5,9 km.

¹⁰ Va intesa come quota di persone che effettuano almeno uno spostamento nell'arco della giornata. Essa è identificabile con l'82,5% della popolazione totale di età superiore a 14 anni ed è cresciuta di oltre 5 punti percentuali nell'ultimo triennio di rilevazione.

¹¹ Si pensi che con riferimento alle indagini campionarie citate nella nota precedente la quota di viaggi con destinazione il centro città si è contratta del 20%, passando dal 36,5% del totale delle destinazioni al 29,9%. Analogamente la quota di viaggi con destinazione le

ma anche relativamente modesti (almeno rispetto a contesti urbani di taglia comparabile).

Un ulteriore e peculiare fattore del contesto territoriale in oggetto – in specifico riferibile alla città capoluogo – è rappresentato dalla eccezionale intensità d'uso della bicicletta come normale mezzo di spostamento. Considerando che a livello cittadino oltre un quarto di tutti gli spostamenti avviene in bicicletta, è evidente da un lato la rilevanza da attribuire alle problematiche legate alla sicurezza di movimento di questa specifica parte di “utenti della strada” e al contempo le opportunità che una pratica diffusa e costante della bicicletta offre per :

- migliorare e mantenere elevati livelli di benessere tra la popolazione, grazie ai benefici effetti sulla salute connessi all'esercizio fisico personale;
- ottenere un uso moderato e più contenuto dei vettori motorizzati individuali e quindi garantire in via indiretta migliori condizioni di salubrità dell'atmosfera locale.

Il quadro che emerge è quindi quello di un ambito tematico in grande evoluzione, in cui le esigenze sempre più diversificate di mobilità, la segmentazione della popolazione mobile in gruppi con problematiche e aspettative assai differenziate, le trasformazioni territoriali e strutturali, pongono nel loro insieme inedite sfide all'amministratore pubblico che intenda fornire servizi di mobilità qualitativamente rispondenti alle attese (in termini di accessibilità, sicurezza, confort) e quindi voglia strutturare il sistema locale dei trasporti in forme atte a conseguire adeguati standard di prestazione (tempi di viaggio, capacità e diffusione delle strutture di interscambio modale, frequenza e diffusione del trasporto collettivo, possibilità di alternative modali, ecc.).

Vi è da aggiungere ed evidenziare come proprio nel campo della salute e del benessere si esplichino alcuni dei più negativi effetti prodotti – anche nel contesto territoriale di riferimento in cui, tra l'altro, le condizioni ambientali aggravano taluni fenomeni - da un sistema di mobilità largamente basato su vettori e modalità di trasporto che costituiscono una fonte diretta di incidenti e indiretta di malattie e patologie che intaccano la salute delle persone.

Come noto, tali esternalità comportano elevati costi, non solo umani e sociali (sofferenze, riduzione della aspettativa di vita, perdita di occasioni lavorative e sociali per coloro che siano diventati inabili/disabili a seguito di incidenti stradali, ecc.) ma anche strettamente economici, dei quali i più consistenti ed evidenti sono rappresentati dalle perdite di produzione, dalle spese di assistenza sanitaria, dal recupero dei danni materiali.

Da questo sintetico quadro emergono almeno tre aspetti rilevanti:

- la stretta correlazione esistente tra “sistema della mobilità” e l’“ambito della salute e del benessere”;
- la rilevanza di tale interdipendenza in termini di impatti e di progressiva biunivocità;
- l'insorgenza di problematiche tra le condizioni socio-sanitarie della popolazione e i loro standard di mobilità (livello di accessibilità ai servizi, opportunità di scelta, qualità e condizioni di effettuazione degli spostamenti, ecc.).

In particolare, si vuole qui osservare come la tradizionale relazione mono-direzionale (dal sistema trasportistico verso e sul “sistema della salute”) si stia trasformando sempre più in una relazione biunivoca tra le due aree di interesse, in cui la progressiva estensione di situazioni intrinseche di condizioni degradate di mobilità personale (per motivi anagrafici e/o per diminuita capacità di movimento in autonomia) sollecitano le strutture pubbliche ad un impegno aggiuntivo e alla ricerca di nuove soluzioni (efficaci ed efficienti) per essere affrontate e superate (¹²).

8.9.2 Le policies

Gli enti territoriali competenti hanno indirizzato da tempo la loro azione nel campo della mobilità locale allo scopo di costruire, adeguare, migliorare il sistema delle infrastrutture e delle attrezzature di trasporto del bacino ferrarese - anche attraverso interventi assai innovativi – nello sforzo di anticipare o comunque rispondere ai bisogni di mobilità via via emergenti, sempre nella determinazione e con la convinzione di realizzare interventi e di attivare misure gestionali o provvedimenti organizzativi orientati alla sostenibilità.

Ciò nella convinzione che un uso moderato e consapevole dei mezzi di trasporto motorizzati individuali

aree del forese è raddoppiata raggiungendo il 22,4% del totale.

¹² Si cita come caso esemplificativo il progetto “MUOVERSI”, attivato nel luglio 2007 e che ha riscosso un forte apprezzamento. Esso interessa il territorio del comune di Ferrara e assicura servizi personalizzati su prenotazione per le persone disabili o non autosufficienti; viene svolto tramite il coordinamento organizzativo del “Centro H” che funge da *call center* e il supporto operativo di 7 pulmini attrezzati messi a disposizione da varie associazioni del “terzo settore”.

costituisca il modo prioritario (anche se non il solo) attraverso la quale si possono declinare concretamente i principi di risparmio energetico, di uso efficiente del territorio, di tutela ambientale, di rispetto delle testimonianze storiche nonché di prevenzione e contrasto all'incidentalità stradale.

Allo stesso tempo gli enti locali hanno attivato una prima serie di azioni per evitare o combattere l'esclusione sociale e per garantire la maggior fruizione possibile dei servizi a rete (sanitari, culturali, ricreativi, ecc.) anche a quella parte di popolazione che sconta intrinseche condizioni di minor mobilità o incapacità a muoversi autonomamente sul territorio o, più semplicemente, abita in aree scarsamente o per nulla servite dai servizi di trasporto pubblico di linea.

Il tal senso emerge con grande rilievo il tema della accessibilità nelle sue diverse accezioni e molteplicità di situazioni. Una casistica non esaustiva, ma significativa, è riportata di seguito e riguarda temi e problematiche già oggetto di un lavoro tecnico e progettuale che dovrà essere continuato, affinato e ulteriormente sviluppato. Si tratta di:

- Interventi di riqualificazione e adeguamento degli spazi urbani per la sicurezza e l'agevolazione dei "movimenti di prossimità" pedonali.
- Interventi per dotare di collegamenti sicuri le aree periferiche con il nucleo centrale degli abitati (capoluogo e altri centri della provincia) tramite itinerari ciclabili protetti.
- Interventi sulla accessibilità ai servizi di trasporto collettivo tramite l'adeguamento delle fermate e la messa in esercizio di mezzi attrezzati per un agevole incarozzamento (rialzo delle banchine di attesa, attrezzaggio di pedane e scivoli, acquisto bus a pianale ribassato).
- Attivazione di servizi di trasporto specifici per persone disabili o a ridotta mobilità
- Agevolazioni economiche o contributi monetari per:
 1. acquisto di titoli di viaggio di TPL
 2. fruizione di servizi taxi
 3. uso mezzi di trasporto privati convenzionati
- 2. Rilascio di contrassegni e assegnazione di spazi di sosta a servizio delle persone invalide (art. 188 Codice della Strada e art. 381 del Regolamento di esecuzione relativo).

Altra cruciale area di interesse da prendere in considerazione è quella connessa alla riduzione della incidentalità stradale che si è già detto essere un fenomeno particolarmente grave per il territorio della provincia di Ferrara, affetta da indici di mortalità e lesività ancora tra i più elevati nel contesto nazionale, malgrado i notevoli interventi di carattere strutturale e le azioni di tipo preventivo messe in campo negli ultimi anni.

In questo ambito una rilevanza particolare assumono gli incidenti cosiddetti "in itinere" che coinvolgono persone in attività lavorativa e che costituiscono una fonte di crescente preoccupazione anche per parte del mondo imprenditoriale per gli evidenti effetti che generano sulle attività produttive.

In proposito, va evidenziato che le opportunità offerte da azioni mirate e concertate di mobility management - così come è previsto dalla normativa specifica ⁽¹³⁾- non sono affatto trascurabili, anzi, potrebbero conseguire importanti risultati in breve tempo e a costi ridotti. Un contributo concreto, ad esempio, potrebbe venire dalla diffusione di linee di "bus aziendali" (almeno per quelle zone industriali di una certa consistenza dove esiste un numero di aziende sufficientemente alto da costituire "massa critica") opportunamente incentivate, così come è avvenuto in alcuni casi nella provincia di Ferrara.

Occorre riconoscere che a dieci anni dall'emanazione delle prime leggi per promuovere il mobility management esse non hanno ancora trovato a livello locale adeguata attenzione e il riconoscimento sufficiente perché dalla formale predisposizione dei Piani Spostamento Casa-Lavoro (PSCL) prescritti per decreto si sia riusciti - salvo alcune positive, ma sporadiche iniziative - ad generalizzare concrete misure di promozione delle forme di spostamento alternative alla pervasiva mobilità che si avvale dei mezzi motorizzati individuali.

Le istanze verso l'adozione di un modello di mobilità locale maggiormente "sostenibile" rispetto a quello attuale che solo potrà garantire, nel tempo, il raggiungimento di quei parametri di efficienza del sistema trasportistico già richiamati e necessari a garantirne un corretto funzionamento (in termini di qualità e mix dei servizi offerti, di livello di servizio delle reti di trasporto, di economicità e uso degli spazi, di tutela ambientale, ecc.) non contrastano ma anzi si pongono come fattori che concorrono ad assicurare maggiori livelli di benessere e salute alle popolazioni interessate.

Le difficoltà per dare attuazione a tale modello sono d'altra parte notevoli, per motivi culturali, organizzativi, strutturali e economici, come si è mostrato. Si pensi, ad esempio, alle difficoltà di organizzare una rete di

¹³ Vedasi Decreto del Ministero dell'Ambiente del 27.03.1998.

trasporto collettivo attrattiva e utile all'utenza che al tempo stesso sia anche efficiente sotto il profilo economico.

In definitiva, l'obiettivo generale di mantenere e aumentare i livelli del benessere e della salute che il Piano Socio-sanitario provinciale si propone di conseguire, trova nell'attuazione di corrette politiche di mobilità un importante e decisivo fattore di sostegno e complemento. A tal fine, nella parte dedicata alle scelte progettuali, esso identifica e fa proprie alcune azioni – tra quelle inerenti al campo della mobilità sopra richiamate - che ritiene essere di comune interesse e maggiore incisività per i propri scopi.

9. 10 Le Politiche Ambientali

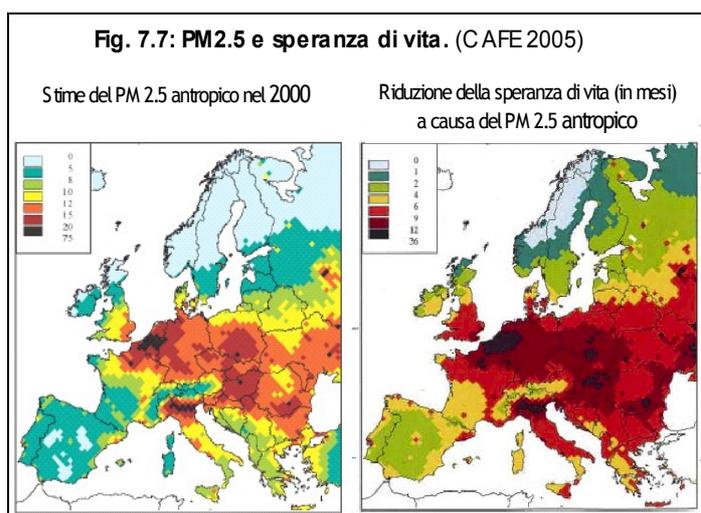
Il Piano di Tutela e Risanamento della Qualità dell'Aria (PTRQA), approvato lo scorso mese di marzo, ha messo in luce come esista un collegamento diretto, anche se non facilmente quantificabile, tra qualità dell'aria e salute della popolazione.

Un intero capitolo del Piano affronta in modo specifico il problema, mettendo in evidenza gli inquinanti critici per la salute, gli effetti, gli studi in atto e previsti a livello locale.

Nella disamina delle implicazioni sanitarie legate alla qualità dell'aria, si può fare riferimento ai principali tra gli indicatori sanitari, desunti dalla letteratura disponibile ed applicati alla realtà provinciale ferrarese.

Un primo indicatore sanitario è quello rappresentato dalla riduzione della speranza di vita alla nascita attribuibile all'inquinamento: si tratta dell'indicatore che in maniera complessiva e concreta può rendere visibile il danno prodotto dalla persistenza dell'inquinamento atmosferico, in particolare delle polveri fini (PM2,5).

In letteratura (Rapporto CAFE 2005, Baseline Scenarios for the Clean Air for Europe Programme) è possibile rinvenire un importante lavoro di calcolo del citato indicatore sanitario in Europa in dipendenza delle concentrazioni stimate di PM2.5. Nello specifico, con l'inquinamento da PM2.5 riferito all'anno 2000, si è calcolato che la vita di ogni persona all'interno dell'Unione europea sia accorciata in media di 8.6 mesi e in Italia di 9 mesi (+6% rispetto al valore europeo). L'applicazione in provincia di Ferrara, per il 2002, di un metodo di stima analogo (AirQ¹⁴) ha portato all'evidenza di una diminuzione della speranza di vita alla nascita a causa dell'inquinamento atmosferico pari a circa 1.2 anni (per confronto, nel 2003 Bologna presentava una diminuzione pari a 1.1 anni).¹⁵



Nel Piano di Tutela e Risanamento della qualità dell'aria, in particolare nell'elaborato delle Norme di Attuazione, sono previsti per gli inquinanti maggiormente responsabili di effetti negativi sulla salute (polveri fini, ossidi di azoto, benzene, ossidi di zolfo, ammoniaca,), riduzioni in termini % sull'intero territorio provinciale entro il 2012, intervenendo sia con prescrizioni negli atti autorizzativi degli impianti industriali che con indirizzi e direttive ai Comuni e agli altri enti nella gestione del territorio, nella pianificazione delle infrastrutture e dei servizi.

Elemento importante nella predisposizione del Piano è stata la partecipazione delle parti sociali ed economiche e dei cittadini, chiamati ad elaborare, insieme alla Provincia, le proposte di risanamento approvate.

E' in corso anche l'elaborazione del Piano Provinciale di Tutela delle Acque (PPTA), che la Provincia predispose partendo dalle direttive impartite dalla Regione con il Piano di Tutela regionale, approvato nel

¹⁴AIRQ (Air qualità health impact assessment) è un software prodotto e distribuito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: consente di effettuare la stima degli effetti a breve e a lungo termine dell'inquinamento atmosferico, utilizzando i dati ambientali ed epidemiologici delle singole città.

¹⁵ Il dato va letto così: un bambino nato nel 2002 a Ferrara avrebbe avuto una speranza di vita di 81.6 anni. Di questi però 1.2 anni (con intervallo di confidenza 0.3-2.1) sarebbero da ritenersi perduti a causa dell'esposizione ai livelli di inquinamento da PM2.5 (stimato come quota fissa, 70%, del PM10) superiori a 15 microg/m³, presenti nel 2002 e per convenzione considerati invariati per tutta la sua vita futura.

2005.

La situazione delle acque superficiali e sotterranee della nostra provincia risulta critica, e non rispondente ai requisiti richiesti dalle normative comunitarie e nazionali, in particolare per la presenza di composti organici e di nutrienti, mentre non si sono mai presentati inquinamenti legati alla presenza di sostanze tossiche.

Il PPTA dovrà individuare le azioni di risanamento che consentano di riportare il nostro bacino idrografico entro i parametri di legge.

Il riferimento è fondamentalmente quello legato agli usi, che nella nostra provincia sono essenzialmente quello irriguo, sia per le acque superficiali che per quelle sotterranee, e quello del mantenimento di condizioni idonee alla vita dei pesci, mentre è escluso l'uso idropotabile.

Risulta invece in linea con i requisiti previsti dalla legge l'uso balneare delle nostre acque costiere e l'uso delle acque costiere e lagunari per la molluschicoltura.

Anche nella predisposizione di questo strumento di pianificazione sarà garantita la partecipazione delle parti sociali e dei cittadini.

Tra i Piani di settore, già approvato nel 2004 ed in fase di revisione, vi è anche il Piano Provinciale di Gestione dei Rifiuti (PPGR).

Al di là delle necessità di aggiornamento riguardo ai quantitativi di rifiuti prodotti e smaltiti, ma soprattutto rispetto alle modifiche introdotte dalle nuove norme emanate nel 2006-2007 sugli obiettivi di raccolta differenziata, la programmazione della gestione dei rifiuti risulta coerente con le prescrizioni regionali e nazionali, rispetta la % di raccolta differenziata prevista (40% al 2007) e garantisce l'autosufficienza dello smaltimento sul territorio provinciale dei rifiuti prodotti, grazie alla presenza di impianti (discariche e inceneritore) adeguati alle nostre esigenze.

La pianificazione in vigore si estende fino al 2012, anno nel quale si dovrà rivedere l'intero Piano, e la revisione in atto consentirà di delineare le nuove azioni da mettere in campo da parte dei Comuni e dei gestori per incrementare la raccolta differenziata alle % previste (65% entro il 2012).

La partecipazione delle parti sociali all'elaborazione e aggiornamento del Piano è garantita da diverse azioni messe in atto dalla Provincia, in particolare dalla costituzione dell'Osservatorio Provinciale dei Rifiuti (OPR), che raccoglie, elabora e diffonde, attraverso convegni, iniziative e sito web, i dati di produzione, raccolta differenziata e smaltimento dei rifiuti nella provincia.

L'Osservatorio è costituito anche da un Comitato Istituzionale al quale partecipano le Organizzazioni di categoria, le Organizzazioni Sindacali, le Organizzazioni del Terzo Settore, l'Agenzia di Ambito Territoriale Ottimale – ATO6.

8. 11 Sintesi degli interventi sociali e socio-sanitaria contenuti nei Piani di zona 2005/2007 e Programma attuativo annuale 2008

I Piani di zona 2005/2007 hanno fatto propri i bisogni scaturiti dal profilo di salute della popolazione e le priorità individuate dal Piano per la salute 2003/2005 di seguito richiamate:

- domiciliarità delle cure- prendersi cura di chi si prende cura, care-giver per anziani- salute mentale;
- sostegno ai genitori nella cura dei figli;
- prevenzione degli incidenti stradali e loro esiti;
- prevenzione e assistenza tumore al polmone;

e le hanno poste in una relazione di complementarietà con gli obiettivi di benessere sociale relativi alle aree:

- responsabilità familiare, capacità genitoriale e diritti dei bambini e degli adolescenti;
- politiche a favore dei giovani;
- immigrazione, asilo, lotta alla tratta;
- contrasto della povertà;
- prevenzione e contrasto delle dipendenze e di altre forme di disagio sociale;
- politiche a favore di anziani e disabili.

Parimenti i piani zona hanno recepito le priorità scaturite dalla concertazione realizzata a livello provinciale che sono state così declinate:

- tutela dell'infanzia e dell'adolescenza anche attraverso il potenziamento delle equipe sovradistrettuali, la costituzione di un fondo di solidarietà per il ricovero in strutture e il coordinamento trasversale e verticale delle politiche;

- povertà: attraverso la promozione di azioni sovradistrettuali e provinciali;
- persone anziane e con disabilità, attraverso la promozione e diffusione di punti di ascolto, reti di contatto e la sperimentazione di soluzioni residenziali;
- immigrazione con particolare attenzione alle forme e soluzioni di accoglienza e la sperimentazione di iniziative innovative per i richiedenti asilo e i rifugiati.

e i documenti elaborati dal gruppo provinciale di lavoro sui minori:

- proposta di riorganizzazione delle equipe di primo e secondo livello operanti in materia di affido, adozione, abuso e maltrattamento con la quantificazione delle risorse professionali necessarie;
- protocollo di intesa tra istituzioni in materia di prevenzione delle forme di abuso e maltrattamenti gravi in danno ai minori;
- protocollo operativo tra servizi sociali e scuole in materia di segnalazioni di presunti abusi e maltrattamenti;
- protocollo tra servizi e famiglie affidatarie in materia di affido familiare.

Con i piano attuativi annuali 2005, 2006, 2007 e 2008 e con le specifiche programmazioni provinciali sono stati conseguiti i seguenti risultati:

8. 11. 1 Responsabilità familiare, capacità genitoriale e diritti dei bambini e degli adolescenti

- incremento servizi 0-3 anni;
- consolidamento e sviluppo dei centri per le famiglie (non presenti solo nel distretto Ovest) e ampliamento degli interventi di sostegno/appoggio a domicilio.

Nel distretto Centro Nord sono stati sviluppati interventi a favore della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nei primi mesi di vita del bambino e a sostegno delle madri sole e attività di mediazione familiare, con particolare riferimento alla gestione delle situazioni di conflittualità intra-familiare;

- messa in rete dei centri risorse per l'integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap;
- consolidamento delle forme di auto e mutuo aiuto familiare in collaborazione con e attraverso il sostegno alle organizzazioni di volontariato;
- potenziamento e qualificazione degli interventi di mediazione linguistica e culturale nelle scuole anche con il sostegno alle loro reti e progetti;
- sviluppo delle iniziative di prevenzione e contrasto del fenomeno del bullismo;

Nei distretti Sud Est e Centro Nord è stato costituito con il contributo della Provincia un fondo di solidarietà per i minori.

Per quanto concerne il potenziamento delle equipe sovradistrettuali, la situazione è quella descritta nel profilo di comunità.

Nell'ambito dei piani provinciali di tutela nel quadriennio sono stati realizzati:

- 25 interventi di formazione per coppie candidate all'adozione, n. 189 coppie formate;
- 10 interventi di formazione sull'accoglienza dei minori per operatori psico sociali dei servizi pubblici e delle comunità, n. 150 operatori formati;
- 25 interventi di formazione in materia di tutela e adozione per operatori dei servizi e delle scuole per l'infanzia e della scuola primaria,
- 15 interventi di formazione in tema di tutela dei minori e accoglienza (adozione e affido) per genitori.

Permangono le seguenti problematiche:

- gli affidi familiari sine die,
- la durata degli affidi alle comunità,
- la violenza intrafamiliare

8.11.2 Politiche giovanili

- potenziamento e qualificazione degli Informagiovani e degli spazi giovani (ex Legge Regionale 21/1996 "Promozione e coordinamento delle politiche rivolte ai giovani")
- consolidamento della rete di servizi e degli interventi di inserimento lavorativo di giovani seguiti dal Sert .

Permangono le seguenti problematiche:

- abbandoni scolastici;

- accompagnamento all'autonomia degli ultra-diciottenni provenienti da situazioni di elevata protezione (affido familiare o comunità);
- alto tasso di disoccupazione giovanile e in particolare femminile;
- precarietà del lavoro, in particolare di quello femminile, e difficoltà di accesso al credito e alla casa.
- incidentalità e della mortalità stradale.

8.11.3 Accoglienza ed Integrazione sociale cittadini stranieri immigrati, Asilo politico e protezione umanitaria, Lotta alla tratta e allo sfruttamento

- realizzazione e consolidamento di servizi di ambito provinciale quali il CSII (Centro Servizi Integrati per l'Immigrazione) e, in convenzione con il Centro Donne e Giustizia, del centro di accoglienza per donne che hanno subito violenza e del centro di accoglienza per donne vittime della tratta;
- potenziamento del sistema di accoglienza di emergenza anche in convenzione con associazioni del terzo settore (107 posti nel distretto centro Nord);
- consolidamento e sviluppo degli sportelli informativi;
- sviluppo di iniziative di alfabetizzazione linguistica degli adulti (corsi tenuti da organizzazioni di volontariato e Centri Territoriali Permanente per l'educazione degli adulti);
- consolidamento degli interventi di mediazione linguistica e culturale nelle scuole;
- qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari (progetto Aspasia - finanziato dal FRNA fondo regionale per la non autosufficienza) e nuovo repertorio badanti della Provincia;
- consolidamento di forme di partecipazione e rappresentanza attraverso la elezione della Consulta provinciale per l'immigrazione e del Consiglio delle Comunità straniere del Comune di Ferrara;
- realizzazione di servizi di mediazione linguistica culturale per l'accesso ai servizi socio sanitari.

Permangono le seguenti problematiche:

- conseguimento dell'autonomia abitativa (che determina una forte pressione per l'accesso all'ERP – edilizia residenziale pubblica, specie nel comune capoluogo);
- pronta accoglienza a seguito di perdita di lavoro, sfratto e separazione (richiesta anche da italiani immigrati dal sud e da altre fasce deboli),
- incidenti sul lavoro.

8.11.4 Contrasto della Povertà e dell'esclusione sociale:

- sottoscrizione del patto per il lavoro nel distretto Centro Nord per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate;
- consolidamento degli inserimenti in lavori socialmente utili e di tirocini formativi supportati da borse lavoro nell'ambito di progetti personalizzati;
- miglioramento delle attività promosse all'interno dalla casa circondariale e delle relazioni con l'esterno.

Permangono le seguenti problematiche:

- inserimento e reinserimento lavorativo di persone svantaggiate comprese persone adulte seguite da lungo tempo dai servizi;
- incremento delle persone che richiedono forme di integrazione del reddito;
- superamento dei campi per i nomadi stanziali.

8.11.5 Politiche a favore delle persone anziane e con disabili:

Persone anziane

- incremento dei posti residenziali e semiresidenziali;
- incremento degli assegni di cura;
- incremento progetti personalizzati;
- potenziamento dell'assistenza domiciliare;
- qualificazione del lavoro di cura e sostegno ai care giver;
- realizzazione di punti di ascolto, di informazione, telecompagnia e contrasto dell'isolamento e della solitudine;
- miglioramento dei processi delle dimissioni protette.

Persone con disabilità

- incremento dei posti residenziali e semiresidenziali,

- incremento degli assegni di cura,
- potenziamento dell'assistenza domiciliare,
- incremento degli interventi per la mobilità e l'autonomia in ambito domestico,
- promozione e sostegno di forme di auto aiuto,
- sviluppo dell'accoglienza temporanea per l'autonomia e il sollievo dei care giver

Permangono le seguenti problematicità:

- continuità dei progetti di vita delle persone disabili nel passaggio dalla scuola ad altre forme di inserimento sociale e/o lavorativo e nel passaggio della presa in carico dallo SMRIA – Servizio Mentale Riabilitativo Infanzia e Adolescenza (AzUSL) al servizio sociale territoriale;
- collocamento obbligatorio degli aventi diritto;
- fragilità delle famiglie;
- percorsi di autonomia e indipendenza per le persone con disabilità;
- lista di attesa per l'accesso alle case protette.

8. 12 Relazione sui principali risultati raggiunti con i Piani per la Salute, in termini di risultato, nel periodo 2003- 2006

La valutazione di outcome, alla fine del triennio, è stata effettuata tramite indagini ad hoc, una per ogni progetto. Si riportano di seguito l'indicatore di outcome di ogni progetto, con una breve descrizione dei risultati ottenuti

Diritto alla domiciliarità delle cure: prendersi cura di chi si prende cura (care giver anziani)

Indicatore di outcome	% dei caregiver che riconoscono miglioramento della qualità della vita
Risultati	L'indagine si è sviluppata nel secondo quadrimestre del 2006, ha coinvolto 194 persone nel ruolo di care-giver, che accedevano agli ambulatori UVA dell'Azienda USL. I dati non sono ancora sufficientemente elaborati per mostrare il risultato ottenuto
Conclusioni	Sul versante operativo, dell'attività dei servizi, i risultati finora illustrati suggeriscono la necessità di una migliore comprensione delle dinamiche che sono alla base del rapporto tra carico assistenziale e caratteristiche del paziente e del caregiver. Sul versante dell'indagine, occorre approfondire l'analisi, ricorrendo a tecniche di tipo multivariato.

Diritto alla domiciliarità delle cure: prendersi cura di chi si prende si prende cura (care giver del malato psichico)

Indicatore di outcome	% dei caregiver che riconoscono miglioramento della qualità della vita
Risultati	Lo studio ha coinvolto 6 Centri Salute Mentale afferenti al Dipartimento di Salute Mentale di Ferrara. Sono stati selezionati 73 familiari di utenti in carico, per partecipare a gruppi multifamiliari di discussione sulle condizioni dei congiunti ammalati e sulle eventuali problematiche familiari conseguenti, I partecipanti sono stati divisi in due gruppi: casi (gruppi che hanno avuto supporto) e controlli(gruppi senza trattamento) Risultano miglioramenti statisticamente significativi nelle dimensioni "carico oggettivo", "sostegno pratico" e "sostegno affettivo", mentre nella percezione "aiuto sociale percepito" non si evidenziano cambiamenti.. Nel gruppo di controllo si verifica un miglioramento significativo nella dimensione del "carico oggettivo", mentre su diverse altre dimensioni si evidenziano peggioramenti significativi : "carico soggettivo", "aiuto sociale percepito", "contatti sociali", "sostegno pratico" e "sostegno affettivo" percepiti, nonché un peggioramento significativo degli "atteggiamenti positivi" nei confronti del familiare malato.
Conclusioni	Il familiare del malato psichico beneficia molto degli interventi di supporto, tipo "gruppi di discussione" auto- o etero- condotti, mentre il familiare che frequenta in CSM, beneficia comunque di un cambiamento generico, ma documentato. La sperimentazione positiva, consente di programmare interventi sul care-giver che vanno a beneficio del familiare e, indirettamente, del paziente.

Sostegno ai genitori nella cura dei figli

Indicatore di outcome	Incremento delle attività e delle risorse economiche impegnate per il sostegno alle famiglie con minori
Risultati	<p>La metodologia seguita per verificare l'incremento o il decremento delle attività e delle risorse economicamente impegnate per il sostegno alle famiglie con minori, ha visto l'analisi dei Piani di Zona dei distretti del territorio nel triennio di riferimento, con attenzione sulle risorse destinate ai minori e alle loro famiglie. Si è preso in esame la previsione di spesa della scheda di rilevazione dei dati economici applicati ai Piani Sociali di Zona.</p> <p>Le voci economiche considerate riguardanti la fascia 0-18 anni, sono: Area responsabilità familiari (es. Centri per le famiglie, Contributi Fondo Sociale per l'Affitto); Area Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (es. Servizi per la prima infanzia, Centri estivi); Area disabilità, solo la voce Assistenza in orario scolastico.</p> <p>L'incremento di risorse impegnate nei confronti del target individuato, si è registrato nel Distretto Sud Est e nel Distretto Ovest, dove si assiste ad un leggero incremento. Il Distretto Centro Nord, invece, registra un leggero decremento delle risorse impegnate nell'arco dei tre anni.</p>
Conclusioni	I risultati dell'indagine sono stati presentati in occasione dei tre Comitati di Distretto e della CTSS. Si è concordato che è necessario avviare dei gruppi di analisi interistituzionali per verificare la corrispondenza dei dati, le possibili interpretazioni delle variazioni registrate, e fondare in sistema di monitoraggio per il target considerato.

Prevenzione dell'incidentalità stradale e suoi esiti

Indicatore di outcome	I descrizione del trend degli incidenti stradali
Risultati	<p>Lo studio condotto ha evidenziato quanto segue. Dopo aver fatto registrare, analogamente a quanto accaduto a livello nazionale e regionale, una sensibile diminuzione del numero di persone decedute per incidente stradale nel 2003 rispetto al 2002 (-3,8%), nel 2004 il dato è tornato ad aumentare, facendo registrare un incremento rispetto al 2003, del 4,2% e riportandosi così ai valori del 2002. Nel 2005 il n. di persone decedute è nuovamente diminuito (- 16%) rispetto all'anno precedente. Analogo è l'andamento per la mortalità, che cala dai 94 deceduti nel 2002 ai 77 nel 2003 per poi risalire ad 86 nel 2004, con un indice di mortalità che si attesta al 5,1%. L'indice di gravità o di pericolosità, correlabile alla velocità dei veicoli, si mantiene sostanzialmente stazionario dal 2003 al 2005 (3,4 – 3,3 morti per 100 incidentati).</p> <p>I dati sono stati presentati all'Osservatorio Provinciale per l'Educazione e la Sicurezza stradale.</p>
Conclusioni	<p>Non ci sono stati finora evidenti miglioramenti nei comportamenti dei ferraresi alla guida.</p> <p>Si può agire in modo efficace solo attraverso un'analisi puntuale delle cause, e l'individuazione di strategie condivise ed efficaci.</p> <p>L'Osservatorio provinciale per l'educazione e la sicurezza stradale è lo strumento più idoneo.</p>

Prevenzione e assistenza dei tumori al polmone

Indicatore di outcome	riduzione della % dei fumatori
Risultati	<p>Lo studio di esito relativo al Progetto "Prevenzione e assistenza tumori al polmone" è stato realizzato grazie all'Indagine sugli Stili di vita effettuata nel 2005. Si è evidenziato come tra il 1996 e il 2005 la percentuale di fumatori si è ridotta, passando dal 32,8% (per persone di 14 anni e oltre) al 27,3% (da 18 a 69 anni). In controtendenza rispetto all'andamento medio regionale che ha visto una sostanziale stabilità della percentuale di fumatori: dal 26,3% (14 anni e oltre) al 28,1% (18-69 anni).</p>
Conclusioni	<p>L'impegno assunto è di continuare il monitoraggio dei fumatori, e di alcuni target particolari, al fine di realizzare azioni più mirate. Target in osservazione: donne in gravidanza, giovani fumatori</p>

fumatori recidivi

9. Accordi ed Intese

MINORI	Costituzione Ufficio giuridico comune per la tutela dei minori ai sensi della Legge Regionale n. 14/2008 del 28 luglio 2008
	Protocollo operativo Scuole – Servizi Territoriali per il contrasto di situazioni di pregiudizio, maltrattamento e abuso in danno ai minori. Allegato ai Piani di zona 2005/2007 – Programma attuativo 2005 DGP 266 / 68841 del 5 luglio 2005 Modelli organizzativi delle equipe territoriali e sovradistrettuali dedicate all'affido, all'adozione nazionale ed internazionale; alla tutela del minori. Programma attuativo 2005, DGP 105 / 29823 del 23 marzo 2004
	Protocollo in ambito sanitario sulle “buone pratiche da seguire in caso di sospetto pregiudizio o pregiudizio grave in danno a minore (abuso o maltrattamento). <i>In fase di perfezionamento.</i>
	Protocollo operativo sulle modalità di esecuzione dei provvedimenti di allontanamento di minori dalla famiglia di origine in esecuzione di un decreto della magistratura minorile o di esecuzione di un provvedimento ai sensi dell'art. 43 cc. Siglato il 31 marzo 2008 dalla Questura di Ferrara, AzUSL di Ferrara – DSM – SMRIA, ASP Centro servizi alla persona di Ferrara
	Protocollo di intesa fra i Comuni, Azienda USL, Provincia e Associazione delle Famiglie Affidatarie “Dammi la mano”. Allegato ai piani di zona 2005/2007 – Programma attuativo 2005 DGP 266 / 68841 del 5 luglio 2005
GIOVANI	Rinnovo Convenzione Promeco
DONNE IN SITUAZIONE DI FRAGILITA'	Progetto comune Uscire dalla violenza. Convenzione con Centro Donne e Giustizia
	Realizzazione di un accordo di rete per l'accoglienza delle donne vittime di violenza, dello sfruttamento e della tratta
MIGRANTI	Progetto comune CSII – centro servizi integrati per l'immigrazione
PERSONE CON DISABILITA'	Convenzione Centro Perez – Percorso di autonomia per disabilità acquisite
	Rete dei centri risorse handicap
INNOVAZIONE TECNOLOGICA – ICT	Servizi E-CARE

10.

Autori

La redazione del documento è stata curata dall'Ufficio di supporto alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Roberto Cassoli, Comune di Ferrara, Dirigente servizio interventi sociali, Ufficio di piano distretto Centro-Nord;
Paola Castagnotto, Azienda USL di Ferrara, Respirabile Ufficio per l'integrazione, Segretario della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria;

Cristiano Guagliata, Provincia di Ferrara;

Felice Maran, Azienda USL di Ferrara, Coordinatore dei servizi sociali e socio-assistenziali;

Manuela Paltrinieri, Provincia di Ferrara, Assessore alle politiche sociali e della salute;

Andrea Persanti, Azienda USL di Ferrara, Direttore distretto Sud-Est;

Maria Caterina Sateriale, Azienda USL di Ferrara, Responsabile Unità Piani per la salute;

Maria Chiara Tassinari, Azienda USL di Ferrara, Direttore distretto Centro-Nord;

Alberto Tinarelli, Azienda USL di Ferrara, Direttore distretto Ovest;

Maria Dolores Torselli, Comune di Argenta, Ufficio di piano del distretto Sud-Est;

Mauro Zuntini, Comune di Cento, Dirigente settore servizi alla persona, Ufficio di piano distretto Ovest

Hanno inoltre collaborato alla stesura del documento:

Nadia Benasciutti, Provincia di Ferrara;

Andrea Benini, CSII Centro servizi integrati per l'immigrazione di Ferrara;

Antonella Celati, Provincia di Ferrara;

Barbara Celati, Provincia di Ferrara;

Cristina Crestani, Azienda USL di Ferrara;

Alberto Croce, AMI Agenzia per la mobilità interna di Ferrara;

Renata Dani, ACER – Azienda per la casa emilia-romagna di Ferrara;

Massimo Forlani, Azienda USL di Ferrara;

Monica Franceschi, Provincia di Ferrara;

Elisabetta Ghesini, Provincia di Ferrara;

Paola Magri, Provincia di Ferrara;

Moreno Po, Provincia di Ferrara.