



Piano Socio Sanitario 2018-2020
Distretto Centro Nord



DISTRETTO CENTRO NORD DELLA PROVINCIA DI FERRARA

**Comuni di Ferrara, Masi Torello, Voghiera,
Copparo, Berra, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro, Tresigallo
Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
ASP e ASSP**

PIANO PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020

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

1. Introduzione <i>(a cura degli Amministratori)</i>	p. 3
2. Percorso per la realizzazione del Piano <i>(La Programmazione Locale Partecipata: Aree e Community Lab)</i>	p. 4
3. Fotografia del territorio <i>(dati ed analisi dei bisogni del Distretto)</i>	p. 7
4. Scelte Strategiche e Priorità <i>(i 3 obiettivi del PSSR e le Priorità specifiche del Distretto Centro Nord, distinte per Area Tematica)</i>	p.22
5. Interventi ambito POVERTA'	p.32
6. APPENDICE - Manuale di manutenzione e monitoraggio del Piano	p.38

ALLEGATO I - Schede di Intervento

ALLEGATO II - Schede Economiche – Piano Attuativo 2018
(Tabelle Fondi economici suddivise per scheda, Progetto/intervento, Servizio di competenza)

Capitolo I

Introduzione

Presentiamo qui il PIANO TRIENNALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2018-2020 del DISTRETTO CENTRO NORD di FERRARA: il frutto di un lungo lavoro che ha coinvolto in maniera positiva diversi protagonisti tra istituzioni e realtà sociali.

Un lavoro partecipato e costruttivo in cui la garanzia di servizi e progetti consolidati si è confrontata con un contesto sociale in continuo mutamento: un contesto che è stato approfondito con tutti gli strumenti a disposizione per leggerne al meglio la conformazione.

Tutto ciò senza nasconderci le carenze e le difficoltà con cui siamo quotidianamente chiamati a confrontarci: anzi, è proprio la consapevolezza dei limiti che ci spinge a cercare nuove soluzioni .

Dall'analisi del contesto si è passati ad una verifica attenta di quanto i servizi sociali, sanitari e sociosanitari siano ancora in grado di rispondere ai reali bisogni delle persone del nostro territorio: un percorso (che non si chiude oggi) che ha evidenziato sia la sostanziale tenuta della rete dei servizi alla persona sia la necessità di ripensarne alcuni per adeguarli alle nuove domande che emergono.

Fortunatamente non ci è mai mancata la voglia di sperimentare: per questo possiamo affrontare il presente con una relativa tranquillità, frutto dell'impegno di tanti operatori che non si sono mai seduti sui risultati conseguiti.

L'elaborazione del Piano ci ha visto uscire sempre più dalle "stanze dei servizi" in un costante confronto col mondo dell'associazionismo, del terzo settore, delle organizzazioni sindacali fino al contatto diretto con gruppi informali e coi singoli cittadini.

Anche qui non siamo "nati ieri": negli ultimi dieci anni l'impronta partecipativa della programmazione sociosanitaria si è sviluppata in modo sempre più pregnante, consentendo quel ruolo di regia degli Enti pubblici a supporto di una rete solida con le realtà impegnate direttamente "sul campo".

I frutti si vedono nei meccanismi di co-progettazione già sperimentati in diversi campi: dalla promozione comunitaria all'accompagnamento sociale, da interventi per l'infanzia a piani personalizzati per il contrasto alla marginalità e il sostegno all'autonomia.

Questo triennio, inoltre, ci vedrà impegnati in una ricerca costruttiva per individuare criteri di monitoraggio che rendano conto dell'esito delle singole azioni.

Siamo, quindi, all'avvio di una stagione che non vedrà interruzioni ma una costante attività di confronto per dare le migliori risposte possibili alle persone che vivono nel Distretto Centro Nord.

La strada è ancora lunga: abbiamo bisogno di sostenerci reciprocamente e di guardare sia i passi da intraprendere, sia i nuovi orizzonti da esplorare. La capacità di affrontare il cammino con occhi nuovi che vadano oltre i confini tradizionali dei servizi è accompagnata da una visione distrettuale condivisa dai sindaci del Distretto e supportata dall'Azienda Usl. Insieme sosteniamo una vera integrazione fra sociale e sanitario che trova la sua piena espressione nell'Ufficio di Piano in cui la collaborazione fra Azienda Usl, ASP/ASSP e Servizi dei Comuni rappresenta un dato acquisito di grande rilevanza.

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

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

Capitolo II

Percorso svolto per la realizzazione del Piano

Incontri di Ufficio di Piano per condividere e approfondire la metodologia di lavoro, linee distrettuali della programmazione locale:

Nel 2017: 14 settembre, 26 settembre, 11 ottobre, 25 ottobre, 13 dicembre, 20 dicembre.

Nel 2018: 12 gennaio, 30 gennaio, 16 febbraio, 20 marzo, 11 aprile, 23 maggio

Comitato di Distretto: 30 novembre 2017, 2018: 16 gennaio, 22 febbraio, 14 marzo, 28 maggio

Incontro sovra distrettuale dei 3 distretti: 4 maggio, 25 maggio

Incontri dei tecnici delle istituzioni di Area

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

Incontri Pubblici di Area:

Area C "Politiche per promuovere l'autonomia delle persone"

1° Incontro Giovedì 5 Aprile dalle ore 16 alle ore 18

presso la sala riunioni dell'Istituzione Scolastica Via Guido d'Arezzo n. 2 Ferrara

2° Incontro Giovedì 3 Maggio dalle ore 16 alle ore 18

presso la sala riunioni dell'Istituzione Scolastica Via Guido d'Arezzo n. 2 Ferrara

Area B "Politiche per la riduzione delle diseguaglianze e la promozione della salute"

1° Incontro Mercoledì 11 Aprile dalle ore 16 alle ore 18

presso la sala riunioni dell'Istituzione Scolastica Via Guido d'Arezzo n. 2 Ferrara

2° Incontro Mercoledì 9 Maggio dalle ore 16 alle ore 18

presso la sala riunioni dell'Istituzione Scolastica Via Guido d'Arezzo n. 2 Ferrara

Area A " Politiche per la prossimità e la domiciliarità"

1° Incontro Venerdì 13 Aprile dalle ore 15 alle ore 17

presso la Sala Romagnoli - ASP Via Ripagrande n. 5 Ferrara

2° Incontro Martedì 15 Maggio dalle ore 16 alle ore 18

presso la sala riunioni dell'Istituzione Scolastica Via Guido d'Arezzo n. 2 Ferrara

Area D ed E " Politiche per la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini" e "Politiche per la qualificazione e l'efficientamento dei servizi"

Giovedì 10 Maggio dalle ore 17 alle ore 19 presso la Sala riunioni C - ASP Via Ripagrande n. 5 Ferrara

Numero di incontri effettuati:

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

Partecipanti alle Aree Pubbliche:

Incontro di Apertura del 27 Gennaio: 92 persone

Area A: n. 70 persone in 2 incontri ; Area B: n. 67 in 2 incontri

Area C: n. 85 in 2 incontri; Area D e E: n. 15 persone in 1 incontro

Incontro Finale Piano Attuativo 2018 del 17 maggio: 78

Incontri di Community lab (4 incontri pubblici) : n. 310 partecipanti

Ulteriori attività effettuate

I Percorsi di Programmazione Locale Partecipata: COMMUNITY LAB

L'avvio del processo partecipativo vede una sperimentazione localizzata in **2 aree territoriali** dove lo **sfaldamento-deterioramento dei legami sociali** è percepito con maggior rilievo.

Si tratta del **quartiere Pontelagoscuro/Barco per il Comune di Ferrara** e del **Comune di Berra per l'Unione dei Comuni Terre e Fiumi**.

Per entrambi i territori si prevede un coinvolgimento diretto delle **Casa della Salute**.

In questa fase abbiamo scelto di iniziare il percorso:

ABITIAMO IL NOSTRO QUARTIERE a Pontelagoscuro/Barco per il Comune di Ferrara.

Verrà avviato nel **2019** quello nel **Comune di Berra** per l'Unione dei Comuni Terre e Fiumi.

Brevi premesse sul contesto e sulle situazioni individuate.

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

Da qui la scelta di agire su un ambito circoscritto secondo il principio della **prossimità territoriale**: la **necessità di intercettare e coinvolgere le persone che vivono in un determinato contesto locale, un quartiere**.

Si condivide di **mappare e osservare la vita in un quartiere**, iniziando da luoghi classici/strategici: la parrocchia, la scuola, la piazza.

Successivamente dall'approfondimento della conoscenza del territorio, moltiplicando le voci, (raccolgendo diversi vissuti e punti di vista, attraverso interviste e momenti conviviali) si svilupperanno ipotesi di micro interventi che promuovano il benessere collettivo attraverso il contributo di più protagonisti formali e informali.

Quali realtà coinvolgere?

- **Tutte le realtà Istituzionali e i punti ascolto informali**.

- Le **Scuole** innanzitutto, "antenne" principali di una comunità.

- Poi altre **realità informali**, (promossi dai cittadini attivi od associazioni), in collegamento ad "oggetti/luoghi" conosciuti: medici di medicina generale, farmacie, attività commerciali e artigiane, centri sociali, ecc...

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

IL PERCORSO

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

Gli obiettivi del percorso sono:

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

LABORATORI PARTECIPATI in questo percorso di COMMUNITY LAB:

2017

23 ottobre Palazzo Savonuzzi, Sala Wunderkammer (Via Darsena)

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

14 dicembre Centro Sociale il Quadrifoglio (Pontelagoscuro)

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

2018

20 Aprile "AbitiAmo il nostro quartiere - Pontelagoscuro e Barco"

La Camminata di Quartiere e il Teatro Sociale, condotto prof.ssa Vincenza Pellegrino (Università di Parma)

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

FOTOGRAFIA DEL TERRITORIO

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

Distretto Centro Nord a confronto con la Regione

L'andamento demografico **regionale** dello scorso decennio è stato caratterizzato da una popolazione in continua e costante crescita, oltre il 7%. Tale crescita è quasi interamente dovuta ai cittadini stranieri, più che raddoppiati, a fronte di un +0,7% degli italiani.

Nell'ultimo triennio il ritmo di crescita della popolazione è progressivamente rallentato.

Nel corso dell'ultimo anno esaminato, la popolazione residente nella nostra regione è pari a 4 milioni 454 mila abitanti, con una crescita zero e in controtendenza rispetto agli ultimi dieci anni (-0,06% rispetto al 2015), di cui 534.614 persone con cittadinanza non italiana (pari al 12%).

L'andamento demografico del **Distretto Centro Nord** è stato decisamente diverso.

La popolazione negli ultimi 10 anni ha avuto un notevole diminuzione: - 1,64% (cioè da 176.579 del 2006 a 173.579 del 2017), gli italiani calano vertiginosamente, con un -7,08% (da 170.436 a 132.471); diverso il trend per i cittadini stranieri che vedono un aumento del + 5,4% (da 6.143 del 2006 a 15.544 del 2017) e rappresentano l' 8,95 % della popolazione.

La causa prevalente del calo demografico è attribuita alla concomitanza di un basso livello di natalità con una mortalità quasi stabile, ed alla riduzione dei flussi migratori, che riescono appena a compensare il calo dovuto alla dinamica naturale.

I dati demografici ci presentano quindi una **popolazione regionale** che continua ad invecchiare (innalzamento dell'indice di vecchiaia, 175,5 nel 2016 contro 168 del 2012); in particolare la popolazione dei "grandi anziani", rappresentata dalle persone con più di 75 anni (560.835 persone), incide per il 12,6% sul totale dei residenti, ovvero oltre una persona su dieci.

L'invecchiamento della popolazione del **Distretto Centro Nord** rappresenta il dato forse più rappresentativo del nostro territorio, essendo il più vecchio d'Europa. L'indice di vecchiaia è del 277,3 contro il 265,7 Regionale e le persone con più di 75 anni nel nostro Distretto sono 26.8254, il 15,2 %.

Le conseguenze del processo di invecchiamento e l'inerzia dei processi demografici, sostanzialmente lenti e difficilmente modificabili nel breve e medio periodo, consentono di prevedere alcuni dati di scenario fino al 2020.

Si prevede che la popolazione regionale crescerà a ritmi molto contenuti, e cambierà la sua composizione: già oggi in Emilia-Romagna quasi un bambino su tre nasce da madre straniera.

Si tratta di una trasformazione molto rilevante e strutturale della popolazione regionale, sempre più eterogenea e multiculturale, resa ancora più evidente dalla presenza di oltre 140 gruppi nazionali.

Nel Distretto Centro Nord di Ferrara questo scenario probabilmente sarà ancor più netto: solo ipotizzando un calcolo di probabilità ad "alta immigrazione" la popolazione del Distretto si manterrà costante, in assenza di flussi migratori la popolazione è destinata a calare ulteriormente ed in misura costante nei prossimi anni¹. Scenari meno "tranquillizzanti" danno la provincia di Ferrara, unica in Regione a natalità 0 tra vent'anni.

La diminuzione dei giovani (0-14 anni) sia in termini assoluti che relativi, prevista nel breve periodo dopo un decennio di crescita (**nel nostro distretto** gli 0-14 sono 17.994 il 10,35 % della popolazione, molto meno degli ultra 75enni), ed i tassi di fecondità quasi costanti, sia per le donne italiane che straniere, rappresentano forse il dato più critico con implicazioni dirette sulla vitalità della Regione e sulle politiche pubbliche.

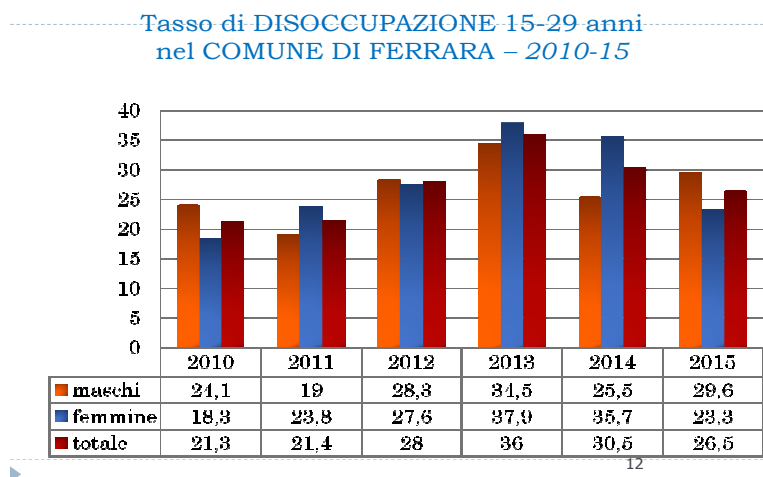
¹ http://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/pro_dem/pro_pop/consultazione/cfr_scenari

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

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

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

Si riporta il dato riferito al Comune capoluogo .



La struttura della famiglia, che riveste una funzione centrale all'interno del sistema di welfare, è stata interessata da mutamenti importanti negli ultimi venti anni.

La dimensione media delle famiglie della Regione E.R. si riduce progressivamente, passando da 2,41 componenti nel 2001 a 2,25 nel 2011, e si stima possa ridursi ulteriormente fino 2,14 componenti per famiglia al 2020.

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

A livello regionale aumentano le famiglie unipersonali, che rappresentano oltre un terzo del totale, l'aumento riguarda sia gli italiani sia gli stranieri: per i primi si tratta principalmente di persone anziane, per i secondi si tratta soprattutto di giovani adulti.

Complessivamente le famiglie composte da uno o due componenti rappresentano quasi i due terzi del totale, mentre si assiste ad una lenta e tendenziale riduzione delle coppie con figli che si accompagna alla diminuzione prevista dei nati, soprattutto da coppie italiane.

La riduzione della dimensione delle famiglie unitamente agli effetti della crescente mobilità delle persone, che le porta a vivere più o meno lontano dai luoghi di nascita e di discendenza, e delle mutazioni nella struttura per età e provenienza della popolazione regionale, convergono verso un accorciamento e uno sfilacciamento delle reti familiari in senso più ampio.

Oltre un quinto delle famiglie regionali vede la presenza di una persona di 75 anni e oltre (1/4 tra le famiglie di italiani), anche se più della metà degli anziani vive solo. Meno dell'8% delle famiglie italiane e il 22,6% delle famiglie straniere vedono la presenza di minori in età prescolare.

Nel Distretto Centro Nord di Ferrara oltre un quarto delle famiglie ha la presenza di almeno una persona che supera i 75 anni, di questi il 46% vive solo, infatti considerando i dati sulle le famiglie unipersonali sono il 38,67%, l'11,57% delle famiglie unipersonali è di persone ultra 75 anni.

In Emilia Romagna, come a livello nazionale, nell'ultimo decennio intercensuario ad aumentare sono soprattutto le famiglie unipersonali (+ 43,5%) le famiglie monogenitoriali (+ 24,3%)

In Emilia Romagna sono 182.000 le famiglie formate da un solo genitore che convive con uno o più figli nell'82% dei casi è la madre unico genitore.

In provincia di Ferrara nel 2017 sono censite 11.295 famiglie monogenitoriali, madri con figli, su un totale di 162.928 nuclei familiari.

Questo cambiamento socio demografico ha forti interconnessioni con un'idea di benessere della comunità che è dimensione sociale, sanitaria e relazionale. Per la sua complessità richiede un'azione fortemente integrata tra tutte le politiche.

Grava oggi sulle famiglie, strutturalmente più fragili, un impegno sempre più elevato nei **compiti di cura**, che si riversa particolarmente sulle donne. Nonostante la crescente **partecipazione delle donne al mercato del lavoro**, permangono ancora forti divari nella distribuzione dei carichi di lavoro domestico tra donne e uomini: le donne dedicano più tempo degli uomini al lavoro domestico e familiare, oltre 3 volte superiore a quello degli uomini.

In Emilia-Romagna le persone di età fra i 15 e i 64 anni che nel 2010 dichiarano di prendersi regolarmente cura di qualcuno (figli coabitanti minori di 15 anni, altri bambini, adulti disabili, malati o anziani) sono più di un milione e 100mila, pari al 40,2% della popolazione totale della fascia di età considerata.

La crisi economica di questi anni ha prodotto un'ulteriore fragilità nelle famiglie e ha aumentato le difficoltà principalmente di quelle in cui il capofamiglia è di nazionalità straniera, o delle famiglie numerose, con presenza di minori e/o anziani.

In base alla spesa per consumi, le famiglie che vivono in condizioni di **povertà relativa** nel 2015 rappresentano il 4,8% del totale delle famiglie residenti in regione, mentre in Italia il tasso di povertà relativa supera il 10%.

Sebbene l'Emilia-Romagna sia la Regione italiana che, dopo il Trentino-Alto Adige e la Lombardia, presenta il più basso livello di povertà relativa (seguita da Veneto al 4,9% e da Toscana al 5,0%), la caduta del reddito e le modificazioni intervenute nella sua distribuzione hanno avuto pesanti riflessi sulla spesa per consumi e quindi sulla povertà relativa, in particolare per le famiglie più vulnerabili.

La **povertà materiale ed educativa nell'infanzia** determina elementi di fragilità che si manifestano nell'intero arco della vita sia in termini di salute che di opportunità lavorative, sociali, relazionali. Dai dati Istat del 2014 la percentuale di minori in Emilia-Romagna in condizione di povertà assoluta è del 9,5%, pari a 65.000 minori, con un aumento del 4% dal 2012 al 2015.

Il tasso di abbandono scolastico in Emilia-Romagna è pari al 15,3%, relativo ai ragazzi/e che hanno abbandonato la scuola con la sola licenza media (i cosiddetti Early leavers), dato che è oltre l'obiettivo fissato da UE2020, evidenziando uno scenario sicuramente inquietante, anche se meno negativo del dato nazionale. In Emilia Romagna, come a livello nazionale, nell'ultimo decennio intercensuario ad aumentare sono soprattutto le famiglie uni personali (+ 43,5%) le famiglie monogenitoriali (+ 24,3%).

In Emilia Romagna sono 182.000 le famiglie formate da un solo genitore che convive con uno o più figli nell'82% dei casi è la madre unico genitore.

In provincia di Ferrara nel 2017 sono censite 11.295 famiglie monogenitoriali, madri con figli, su un totale di 162.928 nuclei familiari.

Questo cambiamento socio demografico ha forti interconnessioni con un'idea di benessere della comunità che è dimensione sociale, sanitaria e relazionale. Per la sua complessità richiede un'azione fortemente integrata tra tutte le politiche.

Un altro indicatore preoccupante, in specifico rispetto ai bisogni formativi degli alunni di origine straniera, riguarda i non ammessi al secondo anno di scuola superiore: il dato evidenzia un tasso dei ragazzi stranieri quadruplo di quello degli italiani. Si registra poi nel 2014 un tasso di disoccupazione nella fascia 15-29 anni del 21,3% (26,3 % tra le ragazze) e un'incidenza dei Neet (senza scuola e senza lavoro) nella stessa fascia pari al 21,1% (22,8% al femminile, nel 2011 era 17,0%).

Da segnalare anche il rilevante incremento della percentuale di ragazzi con DSA presenti nelle istituzioni scolastiche dell'Emilia-Romagna.

La crisi ha inoltre prodotto un **crescente disagio abitativo**: è aumentata sia l'incidenza sul reddito delle spese per l'abitazione, sia il numero di famiglie che incontrano difficoltà a pagare l'affitto (sfratti emessi da circa 3.500 nel 2001 a 6.800 nel 2014, di cui più del 30% emessi per morosità), sia il numero di pignoramenti di case abitate dai proprietari.

Una componente del disagio abitativo è riscontrabile anche nelle liste di attesa per l'assegnazione di una casa popolare. Da un'indagine condotta alla fine del 2014, il numero complessivo di domande inserite nelle graduatorie dell'ERP comunali ammonta a circa 35mila, a fronte di poco più di 51mila alloggi di edilizia residenziale pubblica occupati.

I cambiamenti strutturali del **mercato del lavoro**, gli esiti della grave congiuntura che si traducono in disoccupazione, soprattutto giovanile, o nel ricorso alla cassa integrazione per un certo numero di lavoratori acuiscono le difficoltà di trovare alloggi a costi sostenibili e non consentono alle famiglie e soprattutto ai giovani di accedere a mutui agevolati per l'acquisto della casa, la cui concessione è condizionata dalla disponibilità di un reddito fisso a garanzia della solvibilità.

Si è creata così, e rischia di allargarsi, un'area "grigia" fatta di persone e famiglie che non possono contare sulla certezza di reddito nel tempo, formata soprattutto dalle fasce più deboli della forza lavoro, ma che interessa anche settori del lavoro autonomo e delle professioni che, in passato, sarebbero stati senz'altro classificati, quanto a status socioeconomico, tra le classi medie. L'ampliarsi della platea di persone in condizioni di debolezza e/o precarietà economica, la crescita dei costi dei servizi abitativi e la fragilità dei legami familiari non potranno che acuire il disagio abitativo, soprattutto in alcuni segmenti della popolazione quali le persone anziane e gli stranieri.

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

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

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

ALCUNI ESEMPI

Disabilità e Scuola

Le persone con disabilità rappresentano un gruppo di popolazione dai bisogni complessi sia nella fascia 0/18 che nel passaggio alla vita adulta.

In particolare possiamo verificare un aumento costante negli ultimi dieci anni della presenza di alunni con disabilità anche grave nei diversi ordini di scuola, con accentuazioni per le Scuole Secondarie di II° grado:

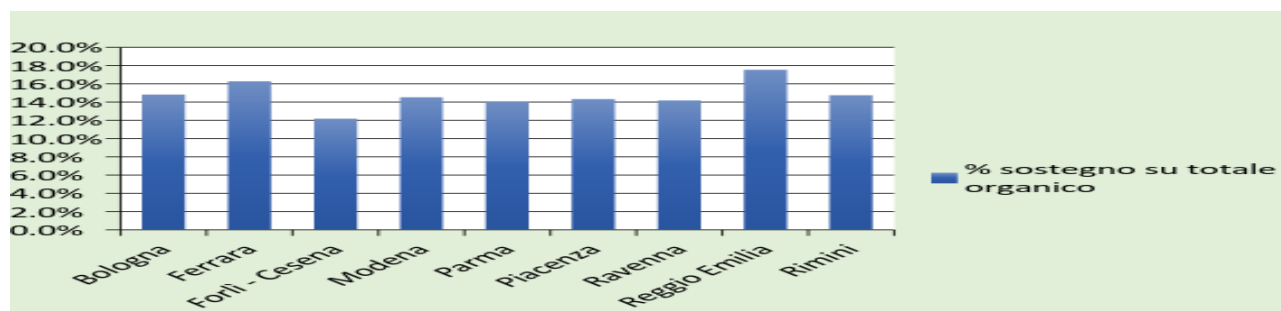
Scuole Secondarie II° grado 2017-18	Alunni con certificazione di disabilità 483 (33,9% sul totale di 1.424)	Totale alunni con certificazione di disabilità in tutte le scuole statali provinciali 1.424
Scuole Secondarie II° grado 2002-03	Alunni con certificazione di disabilità 160 (24,9% sul totale di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

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

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

TOTALE ALUNNI	39.095	ALUNNI CERTIFICATI	1.356	3,5%
------------------	--------	-----------------------	-------	------

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



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

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

Fragilità familiari

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della povertà dei minori e delle loro famiglie, si tratta di povertà economica, ma anche educativa e relazionale.

Il Settore Minori dell'ASP ha seguito nel corso del 2017 n.1.175 nuclei familiari presi in carico con accesso spontaneo al Servizio, attraverso lo Sportello di Segretariato Sociale con una richiesta di aiuto.

Tra le principali difficoltà nell'esercizio della genitorialità vi sono le fasi di transizione legate all'eventuale insorgere di crisi della coppia, separazione/divorzio, perdita del lavoro, problematiche legate all'adolescenza dei figli, difficoltà economica, il carico assistenziale del nucleo familiare nelle situazioni di disabilità o patologie dei figli, ecc.

L'essere stranieri, condizione spesso con scarse reti di supporto sociali e familiari, fa emergere situazioni di rischio di isolamento sociale e di deprivazione sia del nucleo familiare che dei figli anche se nati in Italia.

Vi sono inoltre alcune forme di genitorialità che richiedono un'attenzione specifica, come l'essere famiglia affidataria e adottiva

Lo stato della salute (contesto regionale).

L'aspettativa di vita alla nascita, in crescita negli anni scorsi, ha fatto registrare una flessione nel 2015, ma nel 2016 è tornata ai livelli del 2014, con un lieve aumento. Sia per gli uomini che per le donne, l'aspettativa di vita nella nostra Regione è superiore alla media nazionale.

Tra il 1990 e il 2013 gli anni di vita persi diminuiscono, in particolare quelli persi per gli incidenti stradali che erano la quinta causa di morte nel 1990 e diventano la quindicesima nel 2013 (-60%).

Sono invece aumentati molto gli anni di vita persi per l'Alzheimer e cardiopatia ipertensiva.

Quanto all'impatto sulla salute di consumi e stili di vita, i principali fattori di rischio modificabili e intermedi (ipertensione, fumo di tabacco, sedentarietà, elevato consumo di alcol, ipercolesterolemia, obesità e scarso consumo di frutta e verdura) determinano la maggior parte (86%) degli anni di vita vissuti in condizioni di disabilità.

Si stima che negli anni 2010-2013 più di 2 milioni di abitanti in Emilia-Romagna abbiano avuto un basso consumo di frutta e verdura, 1 milione fossero in sovrappeso e 300 mila obesi, più di 800 mila fossero fumatori, più di 600 mila fossero sedentari e altrettanti abbiano presentato un consumo eccessivo di alcol.

La condizione di salute percepita dichiarata dalle persone prima e dopo la crisi (Istat) non mostra differenze sostanziali nella quota di popolazione adulta che ha dichiarato un cattivo stato di salute, né in Emilia-Romagna né nelle altre regioni italiane.

Si evidenziano invece disuguaglianze socio-demografiche; la salute fisica e psicologica risulta peggiore per soggetti di genere femminile, che vivono in famiglie con risorse economiche inadeguate, con basso titolo di studio o cattive condizioni abitative.

Il contesto sanitario nei distretti della provincia di Ferrara.

Contesto socio-demografico

Gli indicatori denotano una popolazione matura, che sostiene un forte carico sociale.

La popolazione ferrarese presenta le caratteristiche demografiche tipiche di una società "matura", dove una forte presenza di anziani si accompagna a una limitata presenza di giovani, e le classi di età centrali - che riuniscono la popolazione economicamente attiva, oltre che quella tradizionalmente impegnata nelle attività di cura - sono proporzionalmente meno presenti.

Nel 2017 l'indicatore provinciale che esprime il “**carico sociale**” di un territorio, cioè l'indice di dipendenza, è pari a 63 (che è ben superiore alla soglia critica di 50): su **100 persone in età lavorativa si contano 63 persone bisognose di sostegno, ciò significa che più della metà della popolazione “dipende” da meno della metà della popolazione stessa.**

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

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

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

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

Fonte: Rapporto CEDAP

L'invecchiamento si caratterizza per una forte polarizzazione: un altissimo indice di vecchiaia e dipendenza degli anziani in alcuni comuni del medio ferrarese (Berra, Copparo, Jolanda e Ro), e indici di vecchiaia e di dipendenza più bassi nell'Alto Ferrarese (Cento, Poggio, Sant'Agostino, Vigarano) che sono allineati alla media regionale e italiana².

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

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

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

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

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

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

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

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

Dal punto di vista epidemiologico, la struttura della popolazione si riflette in una maggiore **incidenza delle patologie croniche** (diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio) rispetto alla media regionale e da **una aumentata prevalenza e incidenza delle patologie cronico degenerative e delle forme di demenza**.

Nell'infanzia, le patologie infettive mostrano una bassa numerosità e un trend in discesa, sia per le buone condizioni sociali e sanitarie, sia per i programmi di vaccinazione svolti (le coperture vaccinali sono prossime alla soglia raccomandata del 95%)³ (nel 2017 le coperture vaccinali raggiungono, a livello provinciale, la soglia raccomandata del 95%).

In questo contesto di elevato carico sociale e forte bisogno di assistenza, l'**aspettativa di vita** media a Ferrara risulta essere la più bassa della RER. Tuttavia va sottolineato che questo valore è progressivamente cresciuto negli ultimi anni e nel 2016 si è sostanzialmente allineato al valore medio nazionale, che è tra i più alti al mondo⁴.

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

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

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

	Speranza di vita (valore in anni) ANNO 2016
--	---

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

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

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

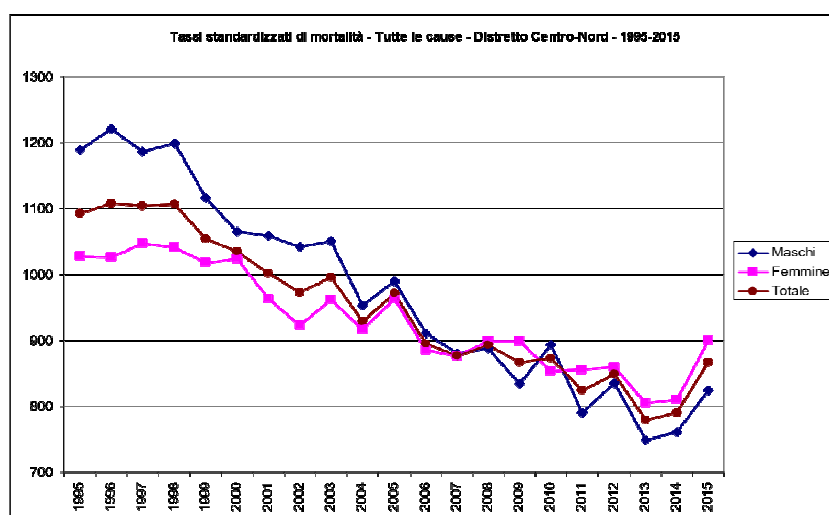
Dati ISTAT e Osservatorio nazionale della Salute anno 2017.

A parte la flessione del 2015, che ha riguardato l'intero territorio nazionale, l'andamento evidenzia una progressiva crescita, sia per gli uomini che per le donne⁵.

L'aumento della speranza di vita interessa anche le persone portatrici di disabilità: in Europa la aspettativa media delle persone con disabilità si assesta intorno ai 62 anni (negli anni '60 non superava la maggiore età e nel decennio successivo arrivava a 33 anni) e circa il 10% di esse supera i 70 anni d'età.

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

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



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

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

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

Banca dati REM, Regione Emilia Romagna

⁵ Il divario tra i sessi, seppure in lieve diminuzione, rimane elevato (circa 4 anni). Studi recenti hanno rilevato come questo differenziale sia attribuibile per il 60% circa alla minore mortalità delle donne nell'ambito delle malattie cardiovascolari e dei tumori. Profilo di salute della comunità ferrarese – Azienda Usl di Ferrara dicembre 2016

La diminuzione delle morti per malattie cardiovascolari (-13% all'anno negli ultimi 20 anni) ha giocato un ruolo importante. Tuttavia le malattie del sistema circolatorio continuano a rappresentare la prima causa di morte delle donne ferraresi (38,7%), mentre negli uomini la causa principale è rappresentata dai tumori (34,5%).

Tra i fattori che si possono associare alla crescita dell'aspettativa di vita c'è l'assistenza sanitaria per condizioni potenzialmente letali. Per esempio a Ferrara il tasso di mortalità dopo un ricovero ospedaliero per infarto si è significativamente ridotto. Anche la riduzione della mortalità per incidente stradale, grazie a tanti interventi multisettoriali, ha un impatto positivo importante (diminuzione assoluta pari all'84%, nel periodo 2001-2015) ⁶. Sono invece aumentati molto, a livello mondiale, gli anni di vita persi per l'Alzheimer e la cardiopatia ipertensiva ⁷.

Il ricorso ai servizi sanitari

Il ricorso al **ricovero ospedaliero, come forma di assistenza sanitaria, mostra un trend in diminuzione**⁸, con avvicinamento ai valori medi regionali, in conseguenza anche a miglioramenti nella gestione di malattie croniche a livello territoriale.

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

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

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

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

Tra le cause principali di ricovero si ritrovano, nello specifico, le patologie a carico del sistema cardiocircolatorio (15.4% nel 2013 sulla totalità delle patologie) e i tumori (11.8% nel 2013), che insieme inducono oltre il 25% dei ricoveri. ¹⁰

⁶ I dati sulla mortalità e cause di morte sono tratti dal Profilo di salute della comunità ferrarese. Azienda Usl di Ferrara (dicembre 2016) all'anno 2015.

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

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

⁹ Nel tasso di ospedalizzazione sono esclusi i neonati sani e comprese le schede di mobilità passiva interregionale in contestazione. Tasso standardizzato di ospedalizzazione: Tasso x 1.000 abitanti. La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella italiana residente al 01/01/2012

¹⁰ Numeri minori, ma sempre alti, si trovano per le patologie dell'apparato digerente (9.2%), genitourinario (9.0%) e respiratorio (6.7%). Non trascurabili gli accessi per traumi/avvelenamenti (6.5%) Dati dal 2011 al 2015. Fonte: Profilo di comunità della popolazione ferrarese (dicembre 2016).

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

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

Il progetto della Centrale (avviato nel 2017) si articola sui tre distretti, attraverso i quattro presidi ospedalieri pubblici, tra i quali l’Azienda Ospedaliera Universitaria “Sant. Anna”, e i tre di Cento, Argenta e Lagosanto afferenti all’Azienda Territoriale. A questi si affiancano le due strutture accreditate presenti nella città di Ferrara e quattro strutture intermedie pubbliche o convenzionate (due Ospedali di Comunità e due Hospice). Nella rete assistenziale si inseriscono anche le strutture sociosanitarie, le CRA/RSA dedicate ai ricoveri temporanei, le CRA con Nuclei ad Alta Intensità Assistenziale (NAIA), un Nucleo speciale Demenze ed infine CRA ad ingresso definitivo da graduatoria assistenziale.¹¹

A livello di **assistenza territoriale**: l’Azienda Usl di Ferrara eroga attività assistenziale in maniera integrata all’Azienda Ospedaliero Universitaria “S. Anna” su un territorio di 349.692 abitanti, attraverso tre Presidi Ospedalieri, due Ospedali di Comunità, due Hospice e 6 Case della Salute attive, più una in corso di programmazione. Tredici sono i Nuclei di Cure Primarie, costituiti da 246 Medici di Medicina Generale e 39 Pediatri di libera scelta, che garantiscono l’erogazione dell’assistenza di base.

Le n.6 Case della Salute, dislocate in numero di 2 a Ferrara, 1 a Copparo, 1 a Portomaggiore-Ostellato, 1 a Comacchio e 1 a Codigoro, implementano un sistema di cure primarie centrato su una visione ampia ed integrata di salute, intesa come benessere bio-psico-sociale.

Lo sviluppo delle Case della Salute rappresenta un cambiamento culturale all’interno del Servizio Sanitario Nazionale: il paradigma del nuovo modello di cura è incentrato sull’anticipazione degli interventi rispetto al possibile manifestarsi degli eventi clinici di riacutizzazione (dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa), incentivando il modello del paziente esperto.

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

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

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

In calce al capitolo sul ricorso ai servizi sanitari è utile riportare il dato nazionale sulle disuguaglianze di salute: in Italia, per motivi economici, liste di attesa e ticket, **rinuncia alle cure sanitarie** il 7,2% dei residenti, pari a circa 4,3 milioni di persone. Il 5,1%, ovvero circa 2,7 milioni di persone, lo fa per motivi economici, la seconda causa sono le liste d'attesa¹². Non si dispongono di dati riferiti al territorio ferrarese su questo fenomeno, che a livello nazionale presenta un forte gradiente territoriale (nelle Regioni del Sud si riscontra la percentuale maggiore rinuncia alle cure pari all'11,2% dei residenti; al Centro il 7,4% e al Nord il 4,1%). Tuttavia è ragionevole supporre che il fenomeno trovi una compiuta espressione anche in questa provincia, dove il reddito dichiarato dai nuclei familiari è mediamente più basso rispetto a quello delle altre province della regione.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

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

Nella prevenzione primaria, sono diminuite le persone che fumano (oggi: 24% - erano il 36% vent'anni fa); nella prevenzione secondaria, si registra una buona partecipazione delle donne ferraresi ai programmi di screening oncologico. Questo ha contribuito a ridurre le morti per tumore del 3% all'anno negli ultimi 20 anni. La mortalità per tumore della mammella femminile è in lieve costante diminuzione (-0,5% all'anno). La mortalità per tumore del colon retto è in lieve costante diminuzione (-0,6% all'anno). La diversa evoluzione dell'abitudine al fumo (calo nei maschi e aumento nelle donne) si rispecchia nel diverso andamento della mortalità per tumore del polmone: in diminuzione nei maschi (-3% all'anno) e in lieve crescita nelle donne (+0,3% all'anno)¹³.

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

Stato nutrizionale ed eccesso ponderale (persone sovrappeso o obese)¹⁴: la provincia di Ferrara ha una maggior presenza di obesi rispetto alla media regionale.

Si stima che l'eccesso ponderale coinvolga quasi un adulto (tra i 18 e i 69 anni di età) su due: in particolare il 31% di essi è in sovrappeso e ben il 14% obeso. Occorre ricordare che le persone in eccesso ponderale mostrano profili di salute più critici e maggiori carichi di malattia (dichiarano più frequentemente di soffrire di ipertensione o ipercolesterolemia). L'eccesso ponderale aumenta con

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

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

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

l'avanzare dell'età, e colpisce maggiormente gli uomini rispetto alle donne e le persone socialmente svantaggiate.

Il distretto Centro Nord, che ha una popolazione meno sedentaria, mantiene valori di eccesso ponderale più bassi rispetto al resto della provincia. La quota più elevata di persone in sovrappeso si registra nel distretto Sud-Est (33%), la più alta di obesi è nel distretto Ovest (16%)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Focus 1: le principali cause di morte nel territorio ferrarese

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte delle donne ferraresi (38,7%), negli uomini la causa principale è rappresentata dalle **patologie tumorali** (34,5%).¹⁵.

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

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

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

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

Le patologie a carico dell'apparato respiratorio costituiscono uno spettro molto ampio, andando da BPCO a varie forme di neoplasia. Relativamente al cancro al polmone, è più colpita la componente maschile della popolazione. Nei maschi, rappresenta il secondo tumore per incidenza, dopo i carcinomi della prostata ed è la prima causa di morte per tumore (il 27% del totale delle morti), mentre nella donna è la terza causa, dopo mammella e colon-retto (11% del totale delle morti).

La percentuale di sopravvivenza a 5 anni, pur essendo aumentata negli ultimi decenni, risulta ancora molto bassa.

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

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

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

Recenti studi nazionali riportati dal Rapporto OsMed-AIFA per l'anno 2015 (l'ultimo disponibile) evidenziano infatti una ampia diffusione della politerapia - ovvero l'assunzione concomitante di più farmaci della stessa o di diverse aree terapeutiche - nella popolazione geriatrica. In particolare si afferma che in Italia l'11,3% dei cittadini anziani ricevono una prescrizione contemporanea di 10 o più farmaci. Il gruppo di età che risulta essere esposto al più alto carico farmacologico è quello tra i 75 e gli 84 anni, con il 55% dei soggetti trattati con 5- 9 farmaci e il 14% con 10 o più farmaci.¹⁶

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

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

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

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

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

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

Capitolo IV

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

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

2. **Come secondo obiettivo viene confermato il Distretto quale snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione socio-sanitaria.**

Tutti i nodi della rete istituzionale e dei servizi devono fare sempre più perno sull'ambito distrettuale, proprio per realizzare adeguatezza gestionale, qualità ed integrazione dei diversi servizi [omogeneità di lettura dei problemi, per avere omogeneità gestionale].

3. **Il terzo obiettivo è quello di far nascere e sviluppare strumenti nuovi di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali.**

Si pensi ai percorsi di Community Lab, ai Progetti di Comunità relativi agli stili di vita, al Piano regionale della prevenzione.

A questi strumenti ormai unanimemente si riconosce un significativo valore in quanto favoriscono la responsabilizzazione delle persone, facendone emergere le risorse e spesso generano e attivano esperienze di associazionismo e volontariato.

Tutte queste esperienze si sono rivelate molto utili a comprendere bisogni rimasti inespressi, opportunità e risorse territoriali, a motivare gli operatori nello svolgimento del loro lavoro, a ideare soluzioni e avviare esperienze innovative.

Il nostro Distretto ha candidato alla Regione Emilia Romagna **2 percorsi sperimentali di programmazione locale** partecipata:

1 - "Fragilità e Conflittualità Familiare"

2 - "Vulnerabilità e fragilità come attivatori di risorse in un percorso di prossimità territoriale attorno e con le Case della Salute"

[ricordo la giornata del 31 maggio p.v., a Ponte-Barco...].

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

TEMATICHE COMUNI ALLE AREE, emerse negli incontri

- Sostegno al **caregiver** che impatta su una quantità di situazioni diverse, curare la formazione – potenziare la domiciliarità; per Anziani, disabili e famiglie in difficoltà con minori. Di solito i caregiver sono donne e quindi attenzione alla salute delle donne, alla conciliazione dei tempi di lavoro e dell’attività di cura;
- Curare **i Punti Informativi / Informazione per accesso ai servizi**; Informare con attenzione le aree periferiche anche con punti informali (centro anziani....). Creare punti di ascolto che possano fare da bussola verso il cittadino in difficoltà. (Le associazioni possono diventare il motore di questi sportelli, anche in collaborazione con le Case della Salute).
- **Valorizzare il territorio** utilizzando luoghi che possano diventare l’occasione per campagne informative, per la narrazione dello star bene, anche agevolando le reti presenti nel quartiere (scuola/parrocchia/centro anziani/comitato di quartiere/Medici Medicina Generale – di Gruppo).
- Valorizzare l’utilizzo di ambienti e spazi sia Istituzionali che privati per l’organizzazione di attività diverse dalla destinazione d’uso originaria dello spazio.
- **Integrazione socio-sanitaria**, anche nella progettazione dei percorsi/progetti di vita dei singoli.
- Rendere più semplice la fruibilità dei servizi dentro le Case della Salute.
- **Facilitare l’Accesso ai servizi**: una rete decentrata che valorizzi figure di riferimento locali per rilevare i bisogni, tracciare le fragilità, riconoscere le situazioni emergenziali prima che esplodano; ma anche la capacità di informare, veicolare messaggi, promuovere buone prassi, favorire la conoscenza dei servizi.
- **Superare la difficoltà di Accesso alle cure**, in particolare per quello che riguarda la possibilità di effettuare anche semplici esami di routine, da parte di alcune categorie con difficoltà fisica.
- Agire sulla **conflittualità e disagio dei ragazzi** (Interventi formativi e Peer education), Sostegno alla cura degli Adolescenti. Sviluppare percorsi per favorire la solidarietà nelle scuole sui temi della violenza in senso lato (di genere, tra pari, tra genitori e figli, tra genitori e insegnanti, tra insegnanti ed alunni). Nelle scuole manca una adeguata cultura delle pari opportunità: importante fare una riflessione ampia sulle differenze di genere anche nell’ambito dell’apprendimento.
- Pilastro per accompagnare verso l’autonomia le persone è il **LAVORO**.
- Attenzione alla **sostenibilità delle azioni proposte dalla comunità**: è necessario un coinvolgimento dei decisori già dai Tavoli di Area.
- **CASA**: ipotesi di “coabitazione accompagnata” (non assistita), favorendo una presenza più diversificata, possibile risorsa positiva.
- **PREVENZIONE**: creare una rete integrata fra tutti gli attori Istituzionali e Sociali coinvolti in interventi legati all’attività motoria (ma non solo).
- **COPROGETTAZIONE**: strumento fondamentale per realizzare molti degli interventi progettati.

AREA A

POLITICHE PER LA PROSSIMITA' E LA DOMICILIARITA'

1° Tavolo “CASA DELLA SALUTE E RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA”

(Facilitatori: Franco Romagnoni e Patrizio Fergnani)

Le PRIORITÀ individuate:

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

Le ESPERIENZE POSITIVE segnalate:

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

2° Tavolo PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE E DOPO DI NOI

(Facilitatore Alessandro Venturini)

Le PRIORITA' e PROPOSTE segnalate:

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

realmente individualizzati e “tarati” sulle capacità e le esigenze dei singoli. Viene confermata l'importanza di individuare degli strumenti attuativi per potere gestire i progetti come la **Coprogettazione**.

- Superare il modello di presa in carico da parte dei servizi di minori/adulti/anziani con disabilità in modo da dare maggiore continuità al progetto di vita della persona.

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

CARCERE

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

La casa circondariale di Ferrara è situata in Via Arginone, zona periferica della città

L'Istituto Penitenziario ha una popolazione¹⁷ detenuta di 357 persone, di cui il 40% di origine straniera. Dotato di aree esterne (in particolare l'area verde per i colloqui all'aperto), e locali interni (cucina, palestra, teatro). L'area dedicata ai colloqui con spazi dedicati all'incontro dei detenuti con i figli, dotati di giochi e allestimenti dedicati all'infanzia, dove vengono organizzate iniziative da parte dei volontari specificamente dedicate ai bambini in visita.

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

Le PRIORITA' individuate:

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

Le BUONE PRASSI segnalate:

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

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

¹⁷ Dati 20 aprile 2018

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

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

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

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

Riflessione sulle maggiori criticità:

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

Elementi di positività riscontrati:

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

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

Le PRIORITA' individuate:

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

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

Le BUONE PRASSI “socializzate” nel gruppo:

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

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

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

Le PRIORITA' individuate:

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

Strumenti individuati:

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

Giovani

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

Stranieri e neo arrivati e Minori Stranieri non accompagnati:

- In questo periodo storico è difficile e “scomodo” avviare progetti innovativi e sostegno alle persone straniere, ma è ritenuta una priorità assoluta.
Parola chiave: “Tornare a Gorino”.
- A conclusione dei percorsi di accoglienza in emergenza delle persone richiedenti protezione internazionale, spesso le persone beneficiarie rimangono sole e senza sostegno.

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

POLITICHE PER PROMUOVERE L'AUTONOMIA DELLE PERSONE

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

Le PRIORITA' individuate:

1 – Interventi e progettualità innovative a favore delle categorie di persone non inquadrabili nei percorsi istituzionali (L. 68, L. 14/2015, RES e SIA). Tali strumenti infatti sono ritenuti efficaci ma danno risposte ad una minoranza delle persone in stato di bisogno, sono considerati strumenti troppo restrittivi, una grande fetta di persone vulnerabili “invisibili”¹⁸ di fatto è tagliata fuori dalle risposte attualmente fornite dai Servizi.

2 – Investire risorse per creare **strutture di accoglienza a bassa soglia**, capaci di comprendere diverse tipologie di utenza (Dipendenze, senza fissa dimora, studenti e giovani precari, immigrati, donne e uomini separati in difficoltà economiche, donne vittime di violenza).

Proposta unica condivisa dal tavolo:

La parola chiave condivisa è “Andare oltre i target”¹⁹, si riflette sull’opportunità di collegare insieme in momenti laboratoriali le categorie “note” ai servizi” con le nuove vulnerabilità. Per fare ciò è indispensabile superare la targetizzazione istituzionale dei servizi, attraverso lo sviluppo di uno spazio di riflessione/formazione ed integrazione per operatori delle istituzioni e del privato sociale (linguaggio condiviso, buone prassi, scambio di competenze), promuovere lo “scambio di competenze/officina dei saperi”, che siano generativi di risorse, per favorire l’emersione delle qualità positive delle persone, aperti in modalità trasversale a categorie diverse di persone (dalla marginalità sociale all’accoglienza, ai centro per le famiglie, ai volontari ed operatori del terzo settore, cittadinanza attiva ecc..).

Obiettivo: attraverso un percorso laboratoriale/formativo avviare uno studio di fattibilità per la possibile costituzione di una **Cooperativa di Comunità di Servizi** ove protagonisti sono i beneficiari/utenti coinvolti.

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

Il CONTESTO in cui ci troviamo:

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

COSA si sta facendo:

- 1 – Il dipartimento di psichiatria (AUSL) sta facendo una formazione specifica ai suoi operatori per l’abitare assistito rivolto a pazienti psichiatrici.
- 2 – Esiste la figura dei controllori di vicinato (persone formate che sono orientate verso l’aspetto della sicurezza e contro il degrado).

¹⁸ Ceto medio impoverito, povertà di reti familiari e sociali, impoverimento per eventi naturali, giovani che vivono la dimensione della precarietà lavorativa: tutti gruppi di persone in difficoltà/vergogna rispetto alla formulazione di aiuto.; Gino Mazzoli in *Animazione Sociale* “Articolare la partecipazione in tempi di esodo dalla cittadinanza”.

¹⁹ Il target, termine di origine aziendale mira al congelamento e alla cristallizzazione dei gruppi sociali esistenti. La targetizzazione porta alla segmentazione, alla creazione di mondi separati non più comunicanti, Il target è nemico dell’emancipazione, poiché mira a mantenere l’individuo nella posizione che occupa e nella psicologia che lo governa, Il target, che teoricamente differenzia rispetto alla generalità, è anche il rifiuto e l’esclusione dell’inclassificabile e del trasversale. Rif. Remo Bassetti “Contro il Target” 2008.

- 3 – Esiste la figura dell'agente accertatore di ACER, – Portierato sociale (Barco) riceve i residenti per le problematiche legate al disagio sociale, anziani soli
- 4 – Progetto specifico per i padri separati (mai da soli).

Le PRIORITA' individuate:

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

Cosa manca:

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

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

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

Le PRIORITA' individuate:

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

Le buone prassi "socializzate nel gruppo:

- Integrazione dei servizi (sociale, lavoro, sanità)
- La modalità operativa di redigere progetti individualizzati e la collaborazione e presenza di Cooperative sociali
- L.R. 14/2015; IPS esperienza specifica della salute mentale
- Tutoraggio (come "sostegno"= strumento per sostenere gli inserimenti lavorativi)

- Alternanza scuola lavoro²⁰

Cosa manca:

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

Cosa manca alla progettualità?

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

Progettiamo, le Premesse:

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

Con che modalità:

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

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

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

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

Nel Piano Sociale e Sanitario di ogni Distretto saranno previste:

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

Capitolo V

²⁰La legge di Bilancio ha inoltre previsto uno **sgravio contributivo del 100%**, anziché 50%, **per le aziende che assumono** giovani che abbiano svolto l'alternanza scuola-lavoro o l'apprendistato formativo presso le loro aziende.

Interventi ambito POVERTA' **(vedi anche Scheda 22)**

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

La situazione di crisi economica protrattasi in questi ultimi anni ha avuto ricadute importanti anche sulla nostra Provincia aumentando le situazioni di disagio socio economico e facendo emergere in maniera importante una fascia sociale di fragilità, che trasversalmente accomuna giovani e adulti e che di fatto ne impedisce la ricollocazione nel mercato del lavoro e ritarda le opportunità e tempi per una gestione in autonomia della propria esistenza.

Il Distretto Centro Nord, a seguito dell'avvio a fine anno 2017 del primo Piano attuativo dell'Accordo di programma 2017, in attuazione della prima fase della legge regionale 14/2015, sta già raccogliendo dati significativi e utili per la programmazione 2018.

In particolare ad oggi sul Distretto Centro Nord si rileva come la profilazione eseguita dai tre servizi di accesso della legge 14 (Sociale, Sanitario e Lavoro) consegna un dato quantitativo superiore al previsto di coloro che mostrano condizioni di fragilità in ingresso che permettono il passaggio alla scheda di profilazione successiva.

Ad oggi, dopo 4 mesi di attivazione delle Equipe multi professionali del distretto Centro Nord, i servizi sociali, sanitari e del Lavoro hanno profilato 890 persone, 470 sono state inviate al secondo livello di profilazione e 170 sono risultate “ fragili e vulnerabili “ con invio all'EMP: 120 sono state validate dall'Equipe, che ha attivato le misure di intervento approvate per il territorio e gestite dall'Ente di formazione attuatore del piano di interventi.

Situazione al 10/02/2018 - Interventi attivati da Equipe Multi Professionale

	<i>N. al 31/12/2017</i>	<i>N. dal 01/01 al 10/02/2018</i>	<i>Totale</i>
Progetti partiti *	24	28	52
Tirocini in corso di svolgimento	8	14	22
Partecipanti previsti formazione lunga**	4	0	4
Partecipanti previsti formazione permanente**	0	5	5
Maschi	21	29	50
Femmine	53	17	70
Italiani	53	32	85
Stranieri	21	14	35
Tutoraggi previsti nei progetti	5	6	11
Orientamento previsti nei progetti	7	28	35
Tirocinio tipo D	64	31	95
Tirocinio tipo C	4	14	18
Corso sicurezza	68	46	114

**persone contattate dagli Enti di Formazione per primo colloquio. I restanti ad arrivare a 120 validati da EMP, entro 60gg devono ricevere Programma personalizzato per la firma.*

*** nessun corso è partito perché non è stato raggiunto il numero minimo di partecipanti*

La tipologia di utenza fragile ad oggi profilata e vagliata in equipe è soprattutto in carico congiunto all'Agenzia per il lavoro e ai Servizi Sociali delle due ASP. Al momento più contenuti numericamente risultano i casi di prevalente componente sanitaria del caso in carico.

Promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità –programmazione e attuazione integrata tra servizi sanitari sociali e lavoratori è quindi una priorità di questo intervento progettuale.

Si accede al servizio dopo una specifica profilatura da parte di equipe multi-professionali che valutano il bisogno della persona ed associano il servizio da attivare (inserimento lavorativo o percorso professionale formativo).

Il Distretto Centro nord di Ferrara ha presentato di recente in Regione il Programma attuativo per l'anno 2018 e previsionale per il triennio 18-20 relativo agli interventi della legge 14/2015 prevedendo una programmazione di risorse fra tirocini di inserimento lavorativo tip. D e C, formazione permanente, misure di accompagnamento al lavoro, orientamento alle progettualità, tutoring nei contesti di inserimento, pari ad € 750.426.000 per l'annualità 2018.

Il Piano di finanziamento previsto per l'annualità 2018 della l.r. 14/15 sul Distretto Centro Nord è il seguente:

Fonte di finanziamento/anno di riferimento	2018
FSE – Fondo Sociale Europeo	€ 750.426,00
FRD – Fondo Regionale Disabili**	0
Quota compartecipazione dei comuni con risorse proprie (min 10% del totale di FSE assegnato)	€ 75.500

** in via di quantificazione.

Al finanziamento del Piano attuativo 2018 della Legge 14/2015 concorrono anche i Comuni del Distretto Centro Nord, attraverso le proprie Asp, nella misura di un 10% dei Fondi FSE stanziati, erogando servizi aggiuntivi (trasporto, programmi di sostegno educativo ai minori del nucleo, contributo economico, etc...) integrati e finalizzati alla progettualità prevista dall'equipe multi professionale della legge 14/2015.

Misure a contrasto della povertà-sostegno all'inclusione attiva e reddito di solidarietà (SIA / REI – RES)

Per fronteggiare il fenomeno di povertà che nell'anno 2015 ha raggiunto i 4 milioni di individui, si è individuata da parte della RER una misura di contrasto e sostegno al reddito (RES) che si è avviata a Settembre 2017.

In Emilia-Romagna, nei primi due mesi di avvio si sono registrate 6.059 domande per ottenere il Reddito di solidarietà. Partito a metà settembre, quasi 2.000 richieste hanno già ottenuto il via libera dall'Inps, che ne ha giudicate 1.692 idonee al finanziamento del Res e 225 al Sia (Sostegno all'inclusione attiva), la misura nazionale riservata a nuclei familiari con minori.

Sulle restanti 4.000 domande sono tuttora in corso i controlli. In sostanza, senza il Reddito di solidarietà voluto dalla Regione sarebbero state poco più di un decimo le persone ad aver avuto un sostegno contro la povertà.

I richiedenti si dividono pressoché alla pari fra uomini (50,6%) e donne (49,4%), persone con più di 45 anni (65,7%) e nella gran parte dei casi (69%) senza minori a carico. E' la fotografia di chi è stato ammesso al Res, persone che vivono in situazione di grave povertà, che faticano ad arrivare a fine mese, spesso con in comune il dramma della disoccupazione.

A livello territoriale, le richieste arrivate ai Servizi sociali sono state: 1.556 per la provincia di Bologna, 912 a Modena, 591 a Rimini, 573 a Ravenna, 571 a Reggio Emilia, 514 a Ferrara, 497 a Parma, 477 a Forlì-Cesena e 368 a Piacenza.

A livello nazionale, dal 1 gennaio 2018, il REI che è anch'essa misura di contrasto alla povertà ha sostituito il Sia che era nato nel Maggio 2016. Il servizio è a domanda individuale

In particolare, dai dati presentati lo scorso 3 Aprile 2018 da INPS emerge che le misure di contrasto alla povertà hanno raggiunto il 50% della platea potenziale coinvolgendo 870 mila persone.

La maggior parte dei benefici vengono erogati al Sud: sette beneficiari su dieci vivono infatti nelle regioni meridionali, con in testa Campania, Calabria e Sicilia.

L'importo medio mensile è di 297 euro e risulta variabile a livello territoriale con un minimo di 225 euro per la Valle d'Aosta fino ai 328 per la Campania; complessivamente le regioni del Sud hanno valore medio più alto di quelle del Nord e del Centro.

Quanto alla composizione dei nuclei, quelli con minori risultano essere 57.000, rappresentando il 52% dei nuclei beneficiari e coprendo il 69% delle persone interessate. I nuclei con disabili rappresentano invece il 20% dei nuclei beneficiari, coprendo il 20% delle persone interessate.

Ad oggi i Servizi Sociali del Distretto Centro Nord di Ferrara, hanno istruito e inoltrato complessivamente quasi 1.000 domande tra Sia, Rei e Res, di cui 721 su Ferrara, Masi Torello e Voghiera e 230 sui 6 Comuni dell'Unione Terre e Fiumi.

Piano finanziario: 400.856,56 euro

Risorse triennio 2017-2019 misura PON inclusione SIA per il rafforzamento dei servizi sociali per l'attuazione delle misure SIA.

Nell'ambito dell'Area dedicata alle politiche per promuovere l'autonomia delle persone è stato attivato un sottogruppo preposto ad affrontare le tematiche del lavoro sia finalizzate al contrasto della povertà che all'avvicinamento delle persone fragili.

Il confronto tra i partecipanti ha messo in luce come, partendo da quanto realizzato con la sigla del Patto per il Lavoro il 20 luglio 2015, che ha posto al centro della programmazione regionale il rilancio dello sviluppo e di una piena e buona occupazione in Emilia Romagna, la Consulta provinciale (Ferrara) Economia e Lavoro ha identificato 8 priorità di sviluppo che vanno dall'incremento degli investimenti al potenziamento dell'inclusione sociale. Questi indirizzi hanno posto le basi per l'istituzione di un "Focus Ferrara", sottoscritto da Provincia di Ferrara, Comune di Ferrara e Università per sperimentare un nuovo modello organizzativo per lo sviluppo economico del territorio.

Il gruppo ha preso in esame alcuni dati sull'andamento dell'economia ferrarese presenti nel Report ECONOMIA FERRARESE del 28 marzo 2018 che mostrano come l'Emilia-Romagna si conferma la prima regione italiana per ritmo di crescita nel 2017, insieme alla Lombardia, e si prospetta come la prima assoluta nel 2018, davanti a Piemonte e Lombardia.

In questo contesto, l'aumento del valore aggiunto di Ferrara nel 2017 è stimato al +1,3%, variazione positiva ancora inferiore al dato regionale (+1,8%), ma in miglioramento rispetto al recente passato.

L'indicatore dovrebbe raggiungere, nell'anno in corso, il valore nazionale (stimato da Prometeia al +1,6%), sempre più basso, per qualche decimale, a quello dell'Emilia-Romagna.

In termini assoluti, il valore aggiunto calcolato a prezzi costanti (anno di riferimento il 2010) per il 2017, con 7,829 miliardi di euro, risulta per la terza volta superiore alla media del periodo 2009-2017, ma lontano ancora 12 punti percentuali dal massimo registrato 10 anni prima, nel 2007.

Dall'analisi della formazione del valore aggiunto per settori, si rileva come la ripresa si sia diffusa in molti settori, trainata dalla nuova accelerazione dell'espansione del settore industriale, mentre si conferma più moderata la crescita nel settore dei servizi. Fatica invece ad uscire dalla fase di recessione, il comparto delle costruzioni che ancora, dopo dieci anni, rileva contrazioni nel valore aggiunto prodotto. Solo nel 2019 dovrebbe registrare un primo incremento (+1,1%), quando invece a livello regionale l'inversione di tendenza è stata rilevata già nel corso del 2017.

Per l'industria manifatturiera il 2017 dovrebbe essere stato un anno di nuova accelerazione della tendenza positiva. Prometeia stima che l'aumento del valore aggiunto settoriale a Ferrara sia salito al 2,2%. Nel corso del 2018, troverà conferma il trend e il ruolo dell'industria come settore trainante dell'economia ferrarese, con una sensibile accelerazione della crescita che dovrebbe attestarsi al 3,2%. La difficile congiuntura ha lasciato una profonda cicatrice anche sul tessuto industriale. Alla fine del 2018, l'indice reale del valore aggiunto industriale risulterà inferiore ancora del 12% rispetto al precedente massimo del 2007.

Infine, il variegato settore dei servizi, nel 2017 dovrebbe avere messo a segno un incremento dell'1,4% del valore aggiunto, confermando praticamente l'andamento dell'anno precedente. La ripresa si confermerà nel corso del 2018, nonostante un lieve rallentamento, con un nuovo aumento del valore aggiunto prodotto dell'1,2%. Al termine del 2018 anche il valore aggiunto dei servizi dovrebbe risultare più basso (-10,5%) rispetto a quello del precedente massimo toccato nel 2008.

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

I servizi sociali territoriali del Distretto Centro Nord, in relazione alla crisi economica iniziata nel 2008 e in considerazione dell'utenza di cui si fanno carico, interessata da percorsi di vita connotati per forte fragilità e complessità delle problematiche incontrate, si trovano a dover fronteggiare un crescente numero di casi di nuclei familiari fragili, in situazione di estrema povertà, del tutto sprovvisti di soluzioni alloggiative a fronte di: uscita da strutture di accoglienza per la conclusione di percorsi di tutela, sfratto dal libero mercato o decadenza dall'assegnazione di alloggi di ERP.

Questi nuclei presentano fragilità multiple: mono-genitorialità, mancanza di reddito, problemi di salute, difficoltà di integrazione che rappresentano elementi di rischio per la tutela dei minori in essi presenti.

Inoltre l'impoverimento di varie categorie sociali e la condizione di homeless è in aumento sensibile. La condizione di povertà ha colpito anche fasce di popolazione in passato meno esposte al fenomeno, come quelle anziane, e che invece oggi vivono sempre più un disagio socio/economico estremo.

Il Servizio sociale si propone di individuare soluzioni di accoglienza alloggiativa temporanea per rispondere alla fase emergenziale e costruire con le famiglie un percorso volto all'autonomia e all'inclusione sociale.

Il Servizio sociale ha inoltre attivato un servizio di inserimento lavorativo per utenti non disabili appartenenti alla "fragilità", "nuove povertà", con prossimità al lavoro.

L'aumento dell'utenza Ser.D. con gravi patologie invalidanti, senza risorse familiari e sociali, difficilmente collocabili in un contesto di lavoro in libero mercato in concomitanza anche della crisi economica comporta la realizzazione di progetti con l'obiettivo di garantire a questi utenti un impegno quotidiano che favorisca il mantenimento di abilità residue attraverso l'attività lavorativa favorendo in tal modo l'inclusione sociale e consentendo il mantenimento di condizioni di vita accettabili per un'esistenza equa e dignitosa. Questa categoria di utenti difficilmente rientrano, per mancanza di requisiti, nei percorsi attivabili con i nuovi fondi previsti dalla normativa della L. 14 e L. 68.

Dare continuità e implementare le attività di rete tra istituzioni e privato sociale, per la realizzazione di servizi anche a bassa soglia che non rispondano soltanto a situazioni di logiche contingenti ma che sappiano coniugare la risposta ai bisogni primari ad un'azione di ascolto, presa in carico e investimento sulle capacità residue della persona.

Si propone di dare continuità alle seguenti azioni sul territorio del Comune di Ferrara:

- 1) l'accoglienza in dormitorio e comunità: Accoglienza Donne, Uomini, Emergenza Freddo
- 2) Progetti verso l'autonomia (tirocini, borse lavoro, fondi Sociali e Sanitari, etc...)
- 3) Protocollo Welfare ACER e Protocollo Hera
- 4) Emporio solidale, Banco alimentare, sostegni a progetti del volontariato locale
- 5) sostegno per neo-maggioresni in uscita da percorsi di accoglienza
- 6) cohousing assistito.

Politiche Abitative

Le politiche abitative possono essere promosse secondo due assi distinti e complementari:

1. Il primo riguarda le fasce sociali meno abbienti a cui deve essere assicurato il diritto all'abitazione;
2. Il secondo riguarda "l'area grigia" del mercato abitativo, debole economicamente per affrontare il mercato e i suoi valori ma sufficientemente benestante per superare le soglie economiche di accesso all'edilizia residenziale pubblica

Per questo le politiche abitative possono essere promosse secondo due obiettivi :

1. Il primo è di tutela sociale dei cittadini meno abbienti e delle fasce sociali vulnerabili
2. Il secondo riguarda le azioni da mettere in campo tenuto conto delle esigenze di competitività e di flessibilità della nostra società: la fluidità del mercato del lavoro si gioca anche sulla dotazione di un adeguato stock di immobili destinato all'affitto a canoni sostenibili da parte di una fascia di popolazione né povera né ricca (la c.d. "area grigia") e sulla possibilità di accedere al diritto allo studio (soprattutto nella formazione universitaria) mettendo a disposizione una quota di patrimonio per il segmento degli studenti universitari.

Le politiche abitative promosse in questi anni dai Comuni del Distretto sono state finalizzate al conseguimento di entrambi questi obiettivi.

1. Tutela sociale dei cittadini meno abbienti e delle fasce sociali vulnerabili

Non va dimenticato mai come l'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015) e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità avendo, tra l'altro, funzione di sostegno concreto alla realizzazione di interventi sociali e sanitari fuori da contesti istituzionalizzati.

In questo ambito si è lavorato per :

- la **completa revisione dei regolamenti erp**, cercando di dare agli stessi una medesima struttura su base provinciale: e questo non solo per adeguarsi ai nuovi indirizzi regionali ma anche per uniformare i criteri e condividere le esperienze. Uno dei punti di forza della revisione dei regolamenti è stata la scelta di premiare con forti condizioni di punteggio le giovani coppie in modo da sostenere l'ingresso nell'erp di famiglie giovani;
- **introdurre la possibilità per la Giunta di individuare una quota riserva di assegnazione per particolari categorie di richiedenti erp, già individuate attraverso le varie condizioni di punteggio (nuclei monogenitoriali, nuclei con disabile, ecc.);**
- **l'attivazione di protocolli d'intesa e progetti a prevenzione della decadenza per morosità**, aiutando i nuclei fragili, segnalati dai servizi socio sanitari, nel pagamento dei canoni;
- **la condivisione delle Politiche abitative con le parti sociali;**
- **l'implementazione del patrimonio di edilizia residenziale pubblica**, con alloggi acquisiti tramite confisca alle organizzazioni mafiose, tramite contrattazione urbanistica, acquisizioni ex lege di immobile realizzati senza i prescritti titoli edilizi, federalismo demaniale;
- la realizzazione **della matrice sociale** come metodologia per l'assegnazione volta ad individuare, senza salti di graduatoria, il miglior abbinamento nucleo/alloggio, al fine di riprodurre il più possibile nel contesto condominiale le percentuali e le caratteristiche tipologiche dell'utenza ERP presente nei Comuni;
- **l'avvio del progetto finalizzato ad evitare il sottoutilizzo degli immobili erp**, con l'individuazione dei casi di grave sottoutilizzo dai quali partire con un piano di mobilità;
- **il cofinanziamento del fondo affitto** per gli anni 2015/2016/2017.

Sempre tra gli interventi a tutela della fasce deboli, tenuto conto di come la crisi economica di questi anni abbia messo in evidenza la difficoltà dei servizi socio sanitari a gestire sempre più numerose situazioni di cosiddetta "emergenza abitativa" (che richiedono risposte in tempi rapidi e l'attivazione di risorse multiple) è stato affrontato il tema del disagio abitativo in maniera più organica e strutturata al di là di logiche puramente emergenziali avendo sempre cura della promozione dell'autonomia della persona.

A tal fine:

- **è stato rivisto più volte il Regolamento per l'emergenza** mantenendo quali linee di intervento, oltre all'assegnazione dell'alloggio di emergenza, anche il contributo per il sostegno della locazione o l'assegnazione di alloggi di agenzia per la casa;
- è stata ampliata la previsione di cui all'art.3 del Regolamento di assegnazione, rendendo possibile l'assegnazione in deroga a nuclei segnalati dai servizi socio sanitari;
- sono stati **attivati progetti di welfare c.d. generativo e di cohousing** mettendo a disposizione dei servizi socio sanitari una serie di alloggi, non tutti appartenenti al patrimonio erp, da utilizzare per i nuclei senza i requisiti per l'accesso all'erp ai quali, in cambio della casa, viene chiesto di rendere una serie di prestazioni gratuite e volontarie a vantaggio della collettività;
- **è stata finanziata** anche con risorse comunali la linea di intervento regionale finalizzata al sostegno degli sfratti per **morosità incolpevole**;
- sono state siglate apposite convenzioni con ACER Ferrara per la gestione dei **fondi statali destinati alla morosità incolpevole**.

Poiché la Regione ha previsto che l'intervento pubblico attraverso il patrimonio erp sia "a termine" e sussidiario rispetto all'iniziativa degli individui quando il reddito degli stessi sia tale da consentire loro di sostenere una locazione privata, sono stati adattati i regolamenti comunali alle nuove metodologie di calcolo del canone erp e sono stati definiti i nuovi limiti per la permanenza in erp.

La Regione infatti ha rivisto i requisiti per la permanenza in erp ed ha approvato un nuovo sistema di calcolo del canone che parte, per scendere via via in base alla fascia di reddito, dal c.d. canone oggettivo ovvero il canone astrattamente esigibile per l'alloggio in base alle sue caratteristiche costruttive e posizionali.

I comuni hanno altresì provveduto – nei limiti della discrezionalità loro consentita dalla Regione - ad adottare i correttivi necessari: sospensione dell'emissione della decadenza per due anni per i nuclei con

supero reddito fino al 10% o per i nuclei con supero reddito dal 10% al 20% se fragili); per gli altri si è proceduto all'attivazione delle decadenze valutando - ove possibile la sostituzione – di trasformare le locazioni da erp ad ers nei casi di nuclei più fragili per non imporre loro un cambio alloggio.

2. “Area grigia” del mercato abitativo

Si tratta di tutelare quella fascia di persone che sono deboli economicamente per affrontare il mercato privato ma sufficientemente benestanti per superare le soglie economiche di accesso all'edilizia residenziale pubblica.

A tal fine:

- sono stati realizzati a Ferrara 43 alloggi di edilizia residenziale pubblica;
- ACER ha partecipato - insieme a Cassa Depositi e Prestiti tramite il fondo FIA - alla realizzazione a Ferrara del primo intervento di social housing (ovvero quegli interventi di interesse pubblico che vedono il concorso dei privati ed eventualmente del terzo settore) presso le Corti di Medoro;
- si è contribuito alla concreta realizzazione del diritto allo studio (soprattutto nella formazione universitaria) **mettendo a disposizione una quota di patrimonio (complessivamente n.84 alloggi al Maggio 2018) per il segmento degli studenti universitari**; sono infatti attivi due studentati (via Putinati e Casa delle Vedove) di proprietà comunale oltre ad una serie di alloggi comunali che sono stati affidati in gestione ad ACER per la locazione a studenti fuori sede. Gli stessi alloggi ers possono essere locati a studenti fuori sede.
- verranno utilizzati i fondi regionali di cui alla DGR 817/2012 per supportare un'Agenzia Casa a favore di studenti universitari in fascia di reddito medio bassa.

APPENDICE

Manuale di Monitoraggio e Manutenzione del PIANO

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

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

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

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

Tornando al lavoro fatto in questi mesi, possiamo dire che ci ha consentito di confermare la validità del lavoro che abbiamo svolto in questi anni fino ad oggi (e non mai un dato scontato).

Ma si conferma anche che stiamo davvero introducendo INNOVAZIONE, come diciamo da mesi: perché ne abbiamo bisogno, è una esigenza nostra, non solo, o non tanto, perché ci viene indicato da altri.

Abbiamo bisogno di innovazione perché la nostra realtà è cambiata, perché parliamo spesso di nuovi bisogni, di nuove fragilità, di nuove povertà; e dobbiamo far corrispondere queste nuove emergenze con la programmazione e gli interventi che mettiamo in campo.

I contenuti del lavoro delle Aree hanno sostanziato di contenuti le esigenze che abbiamo enunciato a più riprese. Dobbiamo proseguire e, per quanto possibile, migliorare su questa strada.

Come procedere nel corso del triennio di validità del Piano?

La PROGETTAZIONE cui si darà corso dovrà certamente avere un alto grado di continuità con il percorso svolto in questi anni, perché dobbiamo certamente garantire che i Servizi e le Attività procedano e rispondano alle tante esigenze del nostro territorio.

Ma gradualmente la Progettualità dovrà introdurre gli elementi di innovazione che il Piano proporrà e che ci dovranno consentire di aggiornare le nostre RISPOSTE alle tante e nuove DOMANDE che la realtà ci pone.

L'orizzonte del Piano è Triennale, per cui c'è tutto il tempo di riflettere ancora per meglio aggiornare la nostra Progettualità.

Con gradualità, ma lo sforzo va fatto, sia nei contenuti che nei metodi.

Per avere coerenza e continuità fra PIANO e PROGETTI, si può pensare che la progettazione sia valutata dall'Ufficio di Piano, che è il luogo tecnico già esistente e funzionante in cui sono presenti i massimi rappresentanti di tutti i servizi di tutto il territorio distrettuale, per consentire poi al Comitato di Distretto (che è il luogo della decisione) di assumere orientamenti che abbiano la massima coerenza possibile con gli orientamenti e le priorità che noi tutti abbiamo condiviso nel Piano.

Anche questa sarebbe una importante innovazione (di metodo), con l'intento di aumentare la partecipazione concreta di più Soggetti, e in ultima analisi di migliorare il lavoro di tutti.

Infine, ci sembra necessario prevedere un forte elemento di CONTINUITA' del percorso fatto in questi mesi di elaborazione del Piano, come peraltro da più parti è uscito nel lavoro delle Aree, perché il tema della PARTECIPAZIONE sia un elemento strutturale del Piano nel corso di tutto il triennio, non si fermi al lavoro importantissimo che abbiamo fatto in questi mesi.

Da tutti i Tavoli del Piano è emersa la richiesta che il Piano Sociale e Sanitario del Distretto sia davvero un lavoro continuativo, anche e soprattutto dopo che sarà approvato.

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

Inoltre, abbiamo pensato di inserire questa Appendice del Piano da chiamare **MANUALE DI MONITORAGGIO E MANUTENZIONE DEL PIANO**, che contenga tempi e modi di una continua rilettura delle nostre impostazioni e della loro corrispondenza alle esigenze, alle richieste e alle sollecitazioni che la realtà ci pone tutti i giorni.

Indicativamente, è da prevedere lo svolgimento di:

- una Conferenza Plenaria annuale
- incontri periodici delle Aree
- incontri di concertazione periodici con le OO.SS. e con il Terzo Settore.

Questo percorso deve essere utile per monitorare nel tempo i contenuti del Piano, valutarne gli esiti in termini di efficacia, efficienza e sostenibilità sociale, nonché per ridefinire il Piano in funzione dei cambiamenti dei bisogni del territorio, quando e come sarà ritenuto necessario.

E chiedere che la Progettualità sia aggiornata di conseguenza, sempre in modo collettivo e con spirito collaborativo fra Istituzioni e società.