



ASP ●●●●●
centro servizi alla persona



BILANCIO DI MANDATO

2008 · 2012



COMUNE DI FERRARA



COMUNE DI DIVOGHERA



COMUNE DI MASITORELLO



ASP ●●●●
centro servizi alla persona
Bilancio di Mandato

2008 / 2012

Comune di Ferrara

Comune di Voghiera

Comune di Masi Torello



Indice

Presentazione di Sergio Gnudi, Presidente ASP	pag.12
Nota di Maurizio Pesci, Direttore Generale ASP	pag.13
Nota metodologica	Pag.14
Valori e Visione	Pag.15
1. Committenza e Mandato	Pag.17
1.1 Introduzione – Committenza e mandato: ruoli istituzionali	Pag.18
1.2.1 Premessa: dal contratto di servizio 2012-2016	Pag.21
1.2.2 Il confronto istituzionale	Pag.21
1.2.3 Le linee strategiche dell'Assessorato volte al consolidamento del ruolo del Distretto Centro-Nord	Pag.22
1.2.4 Orientamenti comuni ai tre Settori del Servizio Sociale ASP e relative azioni	Pag.23
1.2.5 Risorse umane e economiche	Pag.27
1.2.6 Linee per l'integrazione socio sanitaria tra Servizio Sociale e Azienda UsI	Pag.27
2 Organizzazione e Adeguatezza	Pag.29
2.1 Introduzione	Pag.30
2.2 Il Servizio Sociale: organizzazione	Pag.31
2.2.1 La riorganizzazione dei settori Minori, Adulti, Anziani	Pag.32
2.2.2 La riorganizzazione è funzionale all'approccio professionale dei nuovi bisogni	Pag.33
2.2.3 Criticità	Pag.34
2.3 La Casa Residenza: evoluzione 2008-2012	Pag.35
2.4 Le risorse umane e la struttura organizzativa	Pag.40
2.5 La formazione e la crescita	Pag.43
2.5.1 Azioni di miglioramento	Pag.44
2.6 L'innovazione per il miglioramento organizzativo e qualitativo	Pag.45
2.6.1 CAF – Griglia di autovalutazione	Pag.46
2.6.2 Gestione per obiettivi	Pag.47
2.6.3 BSC (Balanced Scorecard)	Pag.47
2.6.4 La Fondazione Zancan e lo schema polare: progetto e verifica di PAI e PEI	Pag.48
2.7 Il Sistema Qualità e la Comunicazione	Pag.50
FOCUS - Il Balanced Scorecard e il CAF-EFQM	Pag.55
3 Integrazione e Qualità	Pag.57
3.1 Introduzione – L'integrazione socio sanitaria: una sfida sempre aperta	Pag.58
3.2 Alcuni protocolli e prassi di interazione socio sanitaria	Pag.61
3.2.1 Protocollo PUAPS	Pag.62
3.2.2 Protocollo SERT	Pag.63
3.2.3 Buone prassi con il Dipartimento di Salute Mentale	Pag.63
3.2.4 Protocollo per la presa in carico di minori con disabilità	Pag.64
3.2.5 UVM-D – Dalla cura della malattia alla centralità della persona: da dove nasce	Pag.66
3.2.6 Proposta di miglioramento del funzionamento della rete di servizi per le persone affette da demenza nel territorio del Comune di Ferrara, Voghiera, Masi Torello	Pag.67
3.3 La gestione in ASP del Fondo per la non autosufficienza regionale e nazionale	Pag.70
3.3.1 Nucleo di coordinamento e valutazione	Pag.71
FOCUS: Casa della salute: la nuova opportunità di integrazione Copparo e Ferrara	Pag.73

4 Qualità e Sostenibilità	Pag.75
4.1 Introduzione – Cooperazione, Associazionismo e Volontariato nella gestione dei servizi alla persona	Pag.76
4.2 Progetto “Oltre la strada”	Pag.77
4.3 Progetto interventi educativi domiciliari: sostengono alla genitorialità	Pag.79
4.4 Progetto “Mamme con prole in suolo straniero”	Pag.80
4.5 Progetto “Promozione e sostegno all'affidamento familiare”	Pag.81
4.6 Programma finalizzato “Area detenuti” progetto Sesamo	Pag.82
4.7 Emergenza Umanitaria cittadini provenienti dal Nord Africa	Pag.84
4.8 Progetto “Io lo so che non sono solo”	Pag.85
4.9 Progetto tutoraggio	Pag.86
4.10 Attività formative e tirocini	Pag.87
4.11 Centro socio-occupazionale “Il Fienile” di Baura	Pag.87
4.12 Protocollo formazione	Pag.88
4.13 Associazione Casa e Lavoro: Agenzia di servizi per l’attuazione del progetto di vita	Pag.88
4.14 Servizio di promozione riabilitazione all’autonomia	Pag.89
4.15 Progetto “Il Cafè della Memoria”	Pag.91
4.16 Progetto “Uffa che Afa”	Pag.92
4.17 Progetto “Sostene”	Pag.93
4.18 Progetto “Giuseppina”	Pag.94
4.19 Progetto “Aspasia”	Pag.95
FOCUS: L’accreditamento dei servizi socio sanitari ed assistenziali – il caso della Casa Residenza per Anziani di Via Ripagrande	Pag.97
5 Bilancio economico sostenibile: patrimonio e investimenti	Pag.99
5.1 Introduzione	Pag.100
5.2 Bilancio economico ASP	Pag.101
5.3 Il Controllo di Gestione in ASP	Pag.105
5.4 Investimenti: ristrutturazioni e manutenzioni	Pag.107
FOCUS: Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica	Pag.108

Gruppo di coordinamento

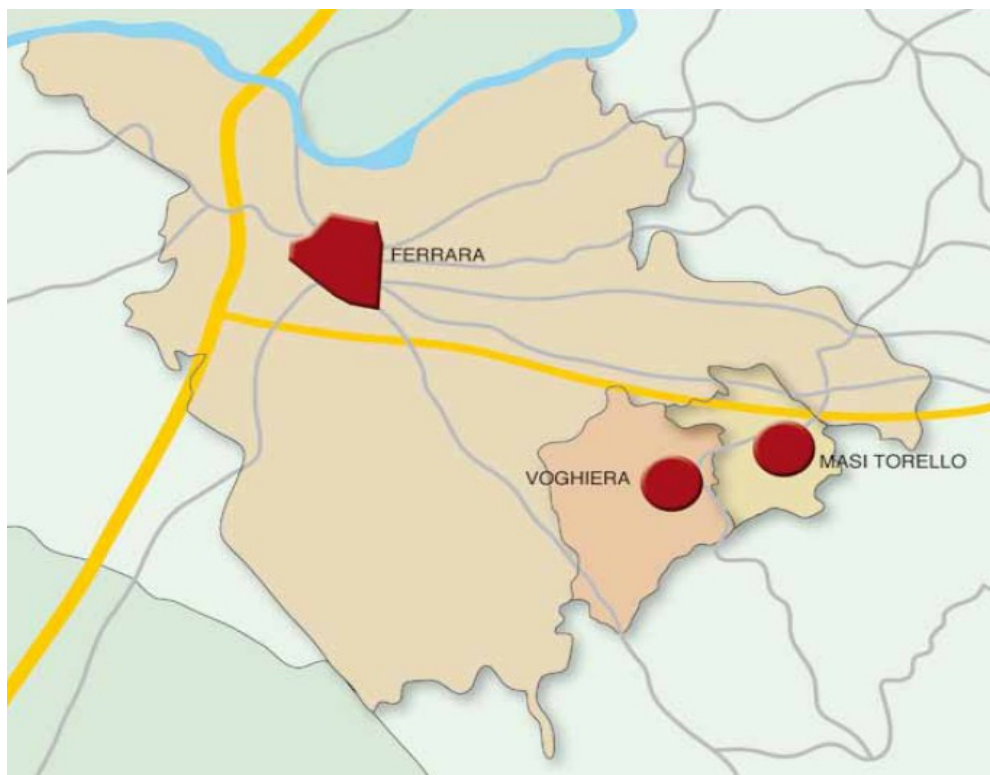
Chiara Bertolasi, Enrico Bracci, Paola Castagnotto, Patrizio Fergnani,
Mara Migliari, Maurizio Pesci

Gruppo di lavoro e redattori

Anna Ardizzoni, Patrizia Baglietti, Anna Baldoni, Maria Barletta, Daniele Battaglioli, Silvia Benci,
Alessandro Benvenuti, Luca Berti, Annalisa Berti, Annalisa Bignardi, Maria Cristina Boato,
Federico Boccaletti, Tiziana Bonazzi, Silvia Bonsi, Antonella Cambrini, Tito Manlio Cerioli,
Claudia Checchi, Nicola Cirelli, Cecilia De Sanctis, Daniela Delaiti, Vincenza Fichera, Nicola
Folletti, Nadia Franceschetti, Maria Grazia Lonzi, Angela Mambelli, Roberto Marchetti, Marilena
Marzola, Sabina Massaro, Mara Migliari, Linda Milano, Biagio Missanelli, Sabrina Montanari,
Paola Morelli, Raffaella Mosca, Laura Orlandini, Gemma Papi, Anna Perale, Paola Perini, Silvana
Righetti, Marcello Rimondi, Marco Rocchi, Fabrizio Samaritani, Giuseppe Sarti, Giovanna Tinari,
Valeria Tonioli, Federico Tuscalas, Sandra Villa, Marco Visentini, Danila Zanibelli, Federico Zullo

Un sentito e doveroso ringraziamento a tutte le persone
che hanno contribuito alla pubblicazione

Mappa geografica e dati di contesto



I comuni soci: Ferrara – Voghiera – Masi Torello

I dati di contesto



Alcuni dati di contesto	2008	2011
Residenti (Ferrara, Masi Torello, Voghiera)	139.906	141.667
Indice di vecchiaia (Ferrara)	269,5	253,5
% minori (Ferrara, Masi Torello, Voghiera)	11,64%	12,39%
% stranieri (Ferrara)	6%	8,55%
% disoccupati fascia 15-29 anni (Ferrara)	12,5% (2006)	21,40%

Nel periodo dal 2008 al 2011 si evidenzia un aumento dei residenti complessivi nei Comuni di Ferrara, Masi Torello e Voghiera. La popolazione sotto i 18 anni è aumentata ed è inoltre aumentato il numero degli stranieri.

L'indice di vecchiaia che definisce il rapporto tra la popolazione anziana (oltre 65 anni) e la popolazione più giovane (0-14) risulta in calo.

Vi è una esplosione dell'indice di disoccupazione che raddoppia e passa dal 12,50% al 21,40%.



Utenti in carico	2008	2011
MINORI (0-17 anni)	1.522	1.529
ADULTI (18-64 anni)	738	802
ANZIANI (>65 anni)	1.427	2.559 *
CASA RESIDENZA ANZIANI	180	65 (da 01/04/11)

La Casa Residenza ha ridotto il numero degli ospiti in virtù dell'applicazione della normativa sull'accreditamento.

* Nell'anno 2008 il sistema di rilevazione considerava gli utenti in carico con servizi organizzati. Nel 2011 il miglioramento del sistema di monitoraggio ha permesso il rilevamento di tutti gli utenti in carico

Legenda Acronimi

ABC	Activity Based Costing (metodo di analisi dei costi)
AIA	Alta Intensità Assistenziale
AS	Assistente Sociale
ASCOM	Associazione Commercianti
ACLI	Associazione Cristiana dei Lavoratori Italiani
AMA	Associazione Malattia di Alzheimer
ANCESCAO	Associazione Nazionale Centri Sociali, Comitati Anziani e Orti
ANMIC	Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili
ANTEAS	Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà
AUSER	Autogestione Servizi
ACER	Azienda Casa Emilia Romagna
AFM	Azienda Farmaceutica Municipalizzata
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASP	Azienda Servizi alla Persona
ASSP	Azienda Speciale Servizi alla Persona
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
BEM	Business Excellence Model
BSC	Balanced Scorecard (Scheda di Valutazione Bilanciata)
CDG	Centro Donna Giustizia
CFP	Centro Formazione Professionale
CUP 2000	Centro Unico di Prenotazione
CAF	Common Assessment Framework (Griglia Comune di Autovalutazione)
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
CIDAS	Cooperativa Inserimento Disabili Assistenza Solidarietà
DGR	Decreto di Giunta Regionale
D.LGS	Decreto Legislativo
DAI-SM-DP	Dipartimento Aziendale Integrato - Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
DCP	Dipartimento Cure Primarie
DSM	Dipartimento Sanità Mentale
EFQM	European Foundation for Quality Management
EIPA	European Institute of Public Administration
ERP	Edilizia Residenziale Pubblica
FEDERFARMA	Federazione Nazionale Unitaria Titolari di Farmacia
FRNA	Fondo Regionale Non Autosufficienza

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali sociale, familiare, lavorativo)
IPSG	Innovative Public Services Group
ISO	International Organization for Standardization (Organizzazione internazionale per la normazione)
INPS	Istituto Nazionale della Previdenza Sociale
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
IPAB	Istituzione di Pubblica Assistenza e Beneficenza
L.REG.	Legge Regionale
MMG	Medico di Medicina Generale
OST	Open Space Technology (metodologia per creare gruppi di lavoro e riunioni particolarmente ispirati e produttivi)
OSS	Operatore Socio Sanitario
ONLUS	Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PUAPS	Protocollo Unificato per le Attività Psico Sociali
PA	Pubblica Amministrazione/Pubbliche Amministrazioni
RTI	Raggruppamento Temporaneo di Imprese
RDN	Responsabile di Nucleo
RAEE	Rifiuti Apparecchiature Elettriche ed Elettroniche
SMRIA	Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza
SAA	Servizio Assistenza Anziani
SAD	Servizio Assistenziale Domiciliare
SIL	Servizio Inserimento Lavorativo
SERT	Servizio per le Tossicodipendenze
TIA	Tariffa Igiene Ambientale
TQM	Total Quality Management
UDI	Unione Donne in Italia
UISP	Unione Italiana Sport per Tutti
UVAR	Unità di Valutazione Abilità Residue
UVG	Unità di Valutazione Geriatrica
UVM-D	Unità di Valutazione Multi Dimensionale Disabili Adulti Distrettuale
UVM	Unità di Valutazione Multiprofessionale
UO	Unità Operativa
USL	Unità Sanitaria Locale
SSPS	Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali

Questa non è la prima presentazione che, come presidente dell'ASP, mi accingo a scrivere. Certamente la più importante e quella che vorrei fosse la più informale. La più diretta. Questa azienda, nata dalle ceneri di due Ipab, dall'effettiva gestione dei servizi sociali territoriali dei comuni associati, compie i suoi primi cinque anni. Cinque anni, attraversati da grandi cambiamenti sociali, morsi da una crisi senza precedenti, che intacca la tenuta del welfare. Cinque anni che appaiono quasi il passaggio da un'epoca all'altra. Era quindi dovuto un bilancio di ciò che abbiamo provato a essere, a fronte di ciò che eravamo. Quando si costituì l'ASP gli obiettivi erano chiari: mantenere e aumentare la qualità dei servizi offerti alla cittadinanza, rendicontare i progetti e i risultati ottenuti, tendere a che l'intervento sociale fosse sempre di più un sociale di comunità, con la creazione di una rete solida di rapporti e comunione di interventi tra tutti i soggetti, Comuni, Usl, Terzo Settore. Lascio alle pagine successive la presentazione e l'analisi delle azioni e delle forze messe in campo per perseguire questi obiettivi. Quello che a me preme sottolineare, in queste brevi righe, è che un altro scopo avevamo come consiglio di amministrazione e come azienda: che il nostro impegno fosse un impegno sostenibile anche economicamente. Che potesse essere consolidato e non lasciato alle intemperie delle iniziative estemporanee, spesso magari meritorie, ma con prospettive troppo limitate. In una breve frase: il nostro impegno era quello di progettare il futuro dei nostri servizi sociali nella comunità ferrarese, che potessero essere solidi e duraturi. Nei piani di sviluppo presentati sul finire del 2007 tutto questo era presente. Purtroppo non era considerata la crisi profonda che ci avrebbe colpito da lì a poco. Il grande merito dei dirigenti e dei dipendenti di questa azienda è stato quello di, pur in presenza di una situazione che si andava deteriorando, aver mantenuto ben saldi gli obiettivi e di aver sempre guardato avanti, razionalizzando al massimo le risorse e qualificando gli interventi. Aver lavorato sulla formazione, sulla gestione e sul suo controllo, sulla trasparenza nel rendicontare i risultati, sul rendere reale la collaborazione con il Terzo Settore.

Questo bilancio di mandato non è la somma dei quattro bilanci sociali presentati nel corso degli anni, seppur importanti, come importante è stata la certificazione ISO 9001. Questo bilancio vuol rendere conto a tutti, cittadini, istituzioni, forze sociali e politiche, delle azioni svolte tra il 2008 e il 2012: azioni che già nel 2008 avevano un loro obiettivo.

Io penso che quel progetto, magari ambizioso, abbia prodotto molti frutti, molti investimenti e anche molta qualità. Siamo completamente diversi da quello che eravamo, ma credo che anche tutte le realtà con cui abbiamo interagito siano molto cambiate e più solidali. Altri obiettivi questa azienda si sta già ponendo per i prossimi cinque anni: perché questo deve essere nel dna di una azienda che vive e ragiona nei tempi nostri, un'azienda che deve mantenere, nel contempo, un equilibrio economico per poter vincere per e insieme ai cittadini le sfide per uno stato sociale degno della nostra civiltà.

Mi sembra dovuto alla fine, rendere un grande merito a tutti i dipendenti che hanno accettato la scommessa di rimettersi in gioco e di aver creduto che si potessero raggiungere nuovi obiettivi. Senza di loro non saremmo certamente qui a presentare questo piccolo grande tassello di un' ASP, che incomincia a essere riferimento per molte altre aziende dei servizi sociali. La strada è stata aperta e un pezzetto lo abbiamo anche percorso, ora non resta che guardare avanti.

Sergio Gnudi

Presidente ASP

Questo primo Bilancio di Mandato di questa ASP, dai suoi contenuti alla modalità della loro esposizione, è il frutto di un percorso di profondi interventi riformatori del welfare state maturati all'inizio del corrente millennio e che, come tutti i processi rifondanti, trovano spinte ed ostacoli da sfruttare e da superare per rendere sempre più sicuri i passi per portare a compimento la Riforma avviata dalla Legge 328/2000 e tradotta nella nostra legge regionale 2/2003 che detta "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Non solo un impianto normativo ma un vero e proprio testo unico che cambia sostanzialmente l'approccio all'immaginario collettivo dei servizi sociali e che, come ASP Centro Servizi alla Persona, abbiamo sinteticamente ed efficacemente tradotto: dall'assistenza all'accompagnamento.

Assistere: aiutare; patrocinare; soccorrere; vigilare; sorvegliare.

Accompagnare: andare insieme; unire una cosa ad un'altra; (musica) eseguire un accompagnamento.

Nell'ultimo quinquennio abbiamo lavorato per accelerare ed ottimizzare questa impostazione cercando di strutturare un modello organizzativo, individuando obiettivi, predisponendo ed attuando azioni mirate ad abbassare il livello di dipendenza dai servizi e conseguentemente aumentare la capacità di autonomia delle persone in condizioni di disagio individuale e familiare.

Nel perseguire tale mandato, consegnatoci con il contratto di servizio dai nostri committenti già nel corso del 2007, a fronte dei bisogni espressi dalla nostra comunità, abbiamo impegnato tutte le nostre risorse per mirare ad una Azienda professionalmente all'altezza del compito, coesa in ogni suo reparto e servizio, consapevole dei propri limiti e potenzialità rispetto agli obiettivi sempre più esplicitati e monitorati con tutti i collaboratori. Professionisti, nel vero senso del termine, aperti al continuo confronto interno finalizzato a trovare la corretta linea aziendale per meglio relazionarsi con gli altri partner pubblici e privati nella costruzione e gestione dei servizi alla persona.

Non è stato e non è semplice conquistare e mantenere una buona sintonia tra varie professionalità provenienti da diverse esperienze lavorative, specialmente in un periodo di profondi cambiamenti nella struttura della domanda e dell'offerta sociale, dalla destabilizzante crisi economica all'accreditamento dei servizi socio-sanitari; ma, il naturale e doveroso impegno a svolgere al meglio il nostro lavoro, legato alla ambizione di essere riconosciuti come un punto imprescindibile e qualificato nella rete dei servizi, ha permesso di ridefinire una corralità ed identità aziendale e di rimodulare i processi relazionali con gli altri attori sociali ottimizzando l'offerta complessiva dei servizi.

Oggi possiamo affermare, senza falsa modestia, di avere una discreta orchestra, arricchita da nuove professionalità, da educatori a psicologi, tutor e mediatori culturali, e che continuamente dovrà adeguare le proprie diversità strumentali per supportare al meglio quell'accompagnamento al singolo e/o alla famiglia in difficoltà, per sostenere quel procedere insieme, interagendo ed integrandoci con gli altri soggetti singoli o associati, privati o pubblici che hanno un ruolo di "promozione della cittadinanza sociale, dei diritti e delle garanzie ad essa correlati".

Nel prossimo Bilancio di Mandato questa ASP, stante il contratto di servizio 2012/2016 appena sottoscritto, dovrà rendere il conto di quante sinfonie e spartiti sarà riuscita ad eseguire e comporre insieme agli altri "solisti ed orchestre" attivi nel Distretto Centro Nord, ma soprattutto dovrà impegnarsi a dimostrare se l'esecuzione è stata all'altezza delle aspettative e gradita dal "pubblico".

Rispetto ai bisogni sociali in continua evoluzione necessita la misurazione ed il continuo monitoraggio della efficacia dell'offerta dei servizi, puntando sulla valorizzazione consapevole dei rispettivi ruoli nella ridefinizione dei processi relazionali tra i vari Pubblici ed il Terzo Settore allargato; il risveglio di una volontà di partecipazione della società civile e di cittadinanza attiva deve essere colto nella sua intera potenzialità, specialmente oggi che le difficoltà ci obbligano tutti a trovare e proporre risposte non usuali e comunque percorribili.

La interazione ed integrazione dei diversi saperi e del fare è un atto dovuto alla nostra Comunità; le risorse ci sono, siamo tutti noi con il nostro know how; tutti noi attori e, nel contempo, fruitori del welfare state sostenibile nella e dalla nostra comunità; non possiamo deludere le loro, nostre aspettative; per quanto ci compete, abbiamo il dovere di provarci; continueremo a farlo.

Maurizio Pesci

Direttore Generale ASP

Nota metodologica

Il bilancio di mandato di ASP è stato redatto seguendo alcuni criteri:

- non è la somma dei bilanci sociali pubblicati annualmente
- rende conto delle azioni svolte fra il 2008 e il 2012
- illustra un percorso che si è sviluppato dentro e fuori l'azienda
- descrive punti salienti di relazioni intessute in rete
- privilegia il senso della partecipazione tesa alla qualità degli interventi di cura
- conferma il valore delle risorse umane e tecnologiche per 'prendersi cura delle persone'
- propone la sintesi dei piani programmatici e del budget aziendale dal 2008 al 2012
- offre l'immagine del sistema partecipato di tutela della salute cui concorrono diversi attori sociali
- apre visioni su scenari futuri di governo del welfare locale.

Lo stile di redazione ricalca quello proprio delle rendicontazioni sociali volto a fornire una lettura collocata fra l'impiego di risorse e i risultati conseguiti. Il racconto si sviluppa tramite argomenti e strumenti non prettamente economico-finanziari e rendiconta il lavoro di un'azienda inserita in un contesto territoriale e culturale caratterizzato dalla velocità dei cambiamenti e della crisi economica.

Il progetto di redazione è stato studiato e condiviso da rappresentanti dell'azienda, del Comune, dell'AUSL, del Terzo Settore. L'intento volge alla partecipazione che impone luoghi di riflessione - in questo caso a posteriori - dove il confronto, l'ascolto e l'interazione si focalizzano sulla conoscenza e il sapere che socializzati promuovono la crescita collettiva che, nella situazione specifica, è funzionale al miglioramento dei servizi sociali rivolti al cittadino.

L'adesione al progetto ha concretamente prodotto gruppi di lavoro che si sono impegnati nella stesura pratica del documento anche attraverso il coinvolgimento di numerosi redattori.

Le aree di rendicontazione, che coincidono con i capitoli del testo, sono così suddivise:

- committenza e mandato: racconta l'evoluzione dei rapporti fra i Comuni committenti e ASP dal primo contratto di servizio nel 2008 a quello attuale che determina le azioni e le relazioni dal 2012 al 2016
- organizzazione e adeguatezza: illustra la flessibilità organizzativa, l'impiego di risorse umane e tecnologiche per mantenere l'adeguatezza degli interventi professionali del 'prendersi cura'
- integrazione e qualità: sviluppa il tema dell'integrazione sociosanitaria riportando protocolli e buone prassi quali esperienze efficaci di relazione sociosanitaria nel nostro distretto; mette in luce, inoltre, punti evolutivi per migliorare i servizi integrati
- qualità e sostenibilità: riporta alcune convenzioni e progetti di servizi in rete fra pubblico e non profit; impossibile riprodurre la ricchezza del mondo del terzo settore, si sono privilegiate le esperienze contraddistinte dal rapporto di coprogettazione fra pubblico e privato
- bilancio economico sostenibile e patrimonio: descrive gli investimenti aziendali, i quadri di sintesi dei budget aziendali e i relativi piani programmatici dal 2008 al 2012.

Valori e visione

*Viviamo nell'era della velocità e abitiamo un mondo senza certezze.
La società è oppressa dal senso dell'insicurezza
e aleggia la paura della perdita e dell'abbandono.
Si ha paura della solitudine, della sofferenza
e dell'angoscia che annienta la speranza.
La disperazione si combatte con l'orgoglio e la solidarietà.
L'incertezza si vince con l'impegno, le risorse e le relazioni.
Persone-Affidabilità-Sostenibilità*

Il mandato dei primi cinque anni di ASP coincide con la gestione e l'erogazione di servizi rivolti alla persona che vive una condizione di disagio fisico-psichico-sociale. La mission di una azienda non cambia nel tempo; siamo produttori di servizi sociali e sociosanitari integrati. Ciò che evolve sono i valori e le visioni. Cambiano per effetto delle condizioni economiche, sociali e culturali. Si modificano perché la legislazione norma i comportamenti e gli agenti dei comportamenti.

Il bilancio dei primi cinque anni proietta l'immagine del cambiamento che inizialmente prende forma dalle contingenze cui bisogna fare fronte. Contingenze di carattere organizzativo e culturale che sono emerse all'interno di un organismo che stava inglobando anime diverse. Emergenze che sono esplose nel territorio e hanno colpito i cittadini, travolto le istituzioni e coinvolto tutti gli attori sociali della nostra comunità per effetto della crisi economica internazionale.

L'incertezza e il senso di insicurezza, che non avevano toccato il nostro territorio nel passato, hanno accelerato e affinato le buone prassi di lavoro in rete che già erano consolidate dall'esperienza sedimentata dalla cultura dell'aggregazione e della solidarietà che da sempre contraddistingue la nostra comunità.

La visione strategica impone l'impegno di tutti volto alla costruzione di scenari sostenibili tesi alla sicurezza e alla solidità dello stato sociale. La pianificazione strategica per la sicurezza dei valori sociali obbliga ad abbandonare atteggiamenti di chiusura prospettica e di egocentrismo strutturale e di protagonismo di settore.

La sostenibilità, oggi, si crea tramite l'inclusione e la partecipazione delle persone - non solo perché lo dice la legge. Credere e promuovere oggi i valori di equità di trattamento, rispetto della dignità dell'individuo e garanzia di qualità dell'intervento contribuisce a disegnare il percorso orientato all'aumento della sicurezza di domani.

L'incertezza si affronta insieme. Le politiche devono sostenere azioni di governance, di partnership e di confronto fra gli attori sociali dell'ambito pubblico, del privato pubblico e del privato sociale. L'azione e i comportamenti devono essere il frutto di strategie condivise nei luoghi del confronto e della concertazione. I cittadini, gli operatori del sociale e del sanitario insieme agli operatori del Terzo Settore e delle istituzioni sono la forza della visione prospettica per governare i cambiamenti e unire le risorse ambientali, umane e economiche volte a mantenere la qualità sostenibile del welfare locale.



1

Committenza e mandato

di
Patrizio Fernani, *Ufficio Governance e Piano di Zona Assessorato Servizi alla Salute e alla Persona, Comune di Ferrara*
Daniele Battaglioli, *Accreditamento ASP*



1.1 Introduzione - Committenza e mandato: ruoli istituzionali

(di Patrizio Fergnani)

La nascita dell'ASP "Centro Servizi alla Persona", definitivamente operativa dal gennaio del 2008, è stata preceduta da un lavoro di programmazione e di elaborazione estremamente significativo. Si trattava, come alla vigilia di ogni viaggio importante, di avere chiara la meta da raggiungere e di individuare le strade da percorrere fra le molteplici possibili: tutte legittime e più o meno percorribili.

L'attività di concertazione e programmazione condivisa ha portato i Comuni di Ferrara, Masi Torello e Voghiera a scegliere un modello in linea con la storia del sociale del nostro territorio: l'ASP non è stata costituita per essere un esecutore o gestore di decisioni altrui ma come un partner fondamentale per la realizzazione di un nuovo modello di Welfare.

Una meta ambiziosa, forse la più difficile da raggiungere: certamente la più stimolante. Anche la scelta dei servizi da attribuire all'ASP, che comprende anche il Servizio Sociale Territoriale, ha rappresentato una opzione innovativa: una sfida per chi non si limitava semplicemente a "delegare" una parte delle proprie competenze ma accettava di giocare un ruolo di coinvolgimento reciproco.

Un percorso originale, dunque, su cui il primo Contratto di Servizio si è incamminato con indicazioni reciproche che vincolavano ad una sperimentazione. I primi anni hanno coinciso (e non casualmente) con una riflessione importante su tutto il sistema di programmazione socio sanitaria così come pensata e vissuta all'interno del Distretto Centro Nord.

Si è giunti così ad una situazione che si è attualmente consolidata in un modello che vede al centro il Comitato di Distretto.

Il Comitato di Distretto del Distretto Centro Nord è costituito dai Sindaci o Assessori delegati dei Comuni (Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Tresigallo, Formignana, Jolanda di Savoia, Berra, Ro) e dalla Direzione distrettuale dell'Azienda USL.

E' l'organismo decisionale in cui vengono stabilite le linee strategiche per la politica sociale e socio sanitaria, promuovendo il piano per la salute ed il benessere sociale.

A questo livello si integrano in linee condivise le strategie e le azioni dei Comuni, dell'Azienda USL, dell'ASP di Ferrara, Masi Torello e Voghiera, dell'ASSP dell'Unione dei Comuni "Terre e Fiumi". Il Comitato di Distretto si è affermato come il luogo deputato all'elaborazione delle politiche in vista di una sempre più effettiva integrazione professionale ed istituzionale, nella logica secondo cui il benessere sociale è un fattore determinante per la salute della popolazione.

Il Comitato di Distretto ha anche il compito di garantire i momenti di concertazione con le Organizzazioni Sindacali e gli organismi rappresentativi del Terzo Settore. Tale attività consente una governance partecipata degli interventi. Nel rispetto e nella chiarezza dei ruoli si garantisce piena cittadinanza a tutti gli attori del socio sanitario in applicazione del principio di sussidiarietà.

Questa programmazione partecipata si realizza anche con questi strumenti e modalità operative.

L'Ufficio di Piano: è lo strumento tecnico in grado di supportare e coordinare la progettazione, acquisendo gli esiti delle Aree Tematiche e dei Gruppi di lavoro trasversali portandoli a sintesi per il Comitato di Distretto.

Nella Convenzione per il triennio 2012 - 2014 le **Funzioni dell'Ufficio di Piano vengono ribadite ai fini di programmare in ambito distrettuale** *“le forme, le modalità e le condizioni che favoriscono l'integrazione, garantendo così l'esercizio delle funzioni di monitoraggio dell'attuazione, dell'analisi delle varie fasi, delle eventuali criticità che ne impediscono la piena e coerente realizzazione e delle modalità attraverso cui le loro cause possono essere rimosse.”*

Pertanto le funzioni dell'Ufficio di Piano, sono individuabili come segue:

- a) Attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale e socio sanitaria (Piano di Zona distrettuale per la salute e il benessere sociale e Programmi attuativi annuali comprensivi del Piano per le attività per la non autosufficienza);
- b) attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e la compartecipazione degli utenti alla spesa;
- c) attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento;
- d) azioni di impulso e di supporto alla verifica delle attività attuative della programmazione sociale, socio sanitaria con particolare riferimento:
 - all'utilizzo delle risorse, monitoraggio e verifica in itinere dei risultati del Piano annuale per la non autosufficienza e dell'equilibrio del fondo Distrettuale per la non autosufficienza;
 - all'impiego delle risorse per l'attuazione in forma associata dei programmi finalizzati e per la gestione di alcuni servizi comuni, nell'ambito del Fondo Sociale locale;
 - al controllo e alla realizzazione delle condizioni tecniche-amministrative necessarie per attuare i contenuti del Piano, al favorire il dispiegarsi di progetti sociosanitari integrati anche con altre politiche di welfare;
 - al raccordo e all'utilizzo delle rilevazioni sulla domanda e sull'offerta, anche con riferimento all'attività degli sportelli sociali;
 - alla definizione e gestione di percorsi di formazione comuni tra i servizi del Distretto;
 - al monitoraggio degli indicatori del benessere e della salute, secondo le priorità di intervento e i programmi d'azione del programma annuale, predisposti ed in fase di realizzazione;
 - alla qualità dell'integrazione professionale sociale e sanitaria;
 - alle istruttorie per il tavolo di concertazione distrettuale tra il Comitato di Distretto e le OO.SS. e per la applicazione delle linee guida relative al rapporto tra Comitato di Distretto e Forum del Terzo Settore¹.

Si tratta di una sfida, un obiettivo alto a cui i nuovi compiti sono finalizzati, nel tentativo di rendere reale e vincolante per tutte le parti ciò che si sottoscrive nei documenti.

All'interno dell'Ufficio di Piano, il Gruppo Tecnico di Supporto accompagna e facilita il lavoro curando le connessioni fra le diverse parti a supporto di una funzione integrata distrettuale.

In questa mappa della programmazione distrettuale l'ASP di Ferrara si colloca come punto di forza di natura pubblica e professionale nell'ambito della rete degli interventi di natura sociale, socioassistenziale e sociosanitaria.

Dal punto di vista dei Comuni questo modello implica un forte coinvolgimento reciproco: esercitare una vera governance in un rapporto fra partner richiede un atteggiamento partecipativo per affinare conoscenze e competenze adeguate ai processi su cui si agisce in maniera congiunta anche se con ruoli diversi.

E' così che in questi anni, dal 2008 ad oggi, Comuni e ASP sono cresciuti insieme: insieme hanno affrontato ogni singola questione individuando insieme le soluzioni più percorribili.

¹ Convenzione 2012-2014, le funzioni dell'Ufficio di Piano

Ciò è evidente in tutti gli aspetti delle diverse aree di intervento dell'ASP: dalla Casa Protetta alle tre aree del Servizio Territoriale, al Settore Amministrativo ed Economico.

L'ASP non è semplicemente un esecutore ma un partner fondamentale per l'integrazione tra il sociale ed il sanitario e tra Servizio pubblico e realtà del Terzo Settore (volontariato e cooperazione sociale).

La costituzione e la costanza di gruppi specifici per ogni singolo settore/area ha rappresentato e rappresenta uno strumento per la lettura quotidiana di progetti e percorsi: lavorando insieme sui temi concreti si superano le distinzioni di ruolo puntando alla ricerca della migliore soluzione.

Il consolidamento della visione partecipativa della programmazione sociale ha portato alla stesura della Convenzione per il nuovo Ufficio di Piano su cui ci si è già soffermati.

Altro frutto fondamentale della nuova visione della committenza e della partnership è il nuovo Contratto di Servizio su cui si entrerà più nel dettaglio al punto 1.2.1

Infine preme sottolineare come la definizione dei ruoli e delle competenze dei vari protagonisti testimoni la volontà di proseguire il cammino intrapreso: i risultati già raggiunti sono solo nuovi punti di partenza, la strada è ancora lunga con mete inedite.

Fra queste emergono la necessaria riflessione sul ruolo dell'ASP in settori inediti come la cura dell'infanzia e della famiglia (in applicazione anche del mandato originario dell'IPAB "Conservatori e Orfanotrofi"), nel rapporto diretto col Terzo Settore per individuare le risposte più adatte ai bisogni che si manifestano sul territorio per cui non possono essere garantiti gli interventi professionali del Servizio Sociale.

Nel rapporto tra Committenza ed ASP, per giungere ad una programmazione sempre più centrata sui bisogni reali delle persone, vanno ridisegnate le modalità di lettura dei bisogni della cittadinanza. Ciò implica una riflessione sulle varie forme di sportelli presenti sul territorio e di segretariato professionale del Servizio Sociale.

Inoltre per leggere in profondità i mutamenti della nostra realtà sociale diventa fondamentale l'uso di sistemi informativi accessibili, di modalità di formazione condivisa, di uso di strumenti efficaci di valutazione degli esiti e dei processi.



1.2.1 Premessa: dal contratto di servizio 2012-2016

Il Contratto di Servizio definisce le relazioni tra i diversi partner e le modalità di gestione dei servizi e/o delle attività conferite all'ASP, compresa l'individuazione degli standard qualitativi e quantitativi del servizio.

Tutte le azioni e le progettualità sono state definite negli accordi tra le parti tramite la manifesta volontà, da parte di tutti gli attori, di ricercare la maggior coerenza ed integrazione possibile. Si intende dare a questa intesa un ampio respiro sia temporale che di ambito territoriale.

Per quanto concerne i servizi che l'ASP acquisisce in gestione si individuano i Servizi Sociali Territoriali che spaziano dalle attività rivolte ai Minori a quelle per gli Adulti fino a quelle per gli Anziani con tutte le azioni che possono mettere in campo e che vengono debitamente declinate.

A queste attività si affiancano i Servizi Residenziali e Semiresidenziali gestiti direttamente dall'ASP e tutta una serie di servizi di tipo amministrativo-contabile che la nostra Azienda è in grado di sostenere.

Il Contratto di Servizio regola sia gli elementi quali-quantitativi dei servizi erogati ed il loro monitoraggio, sia gli aspetti che si riferiscono al finanziamento della gestione dei servizi stessi.

Tutto ciò fa ben comprendere come questo Contratto di Servizio ha un valore strategico sull'impostazione e la conduzione delle politiche sociali dei prossimi anni nel nostro territorio, sapendo che la realtà economica attuale e futura ci costringe a scelte ben ponderate.

1.2.2 Il confronto istituzionale

Il nuovo Contratto è stato preparato attraverso una serie di incontri svolti nel 2011 tra gli operatori del Comune e dell'ASP, contatti e riunioni con i referenti dell'Azienda Usl e dei Comuni del Copparese.

Il frutto di questo lavoro di confronto così articolato è stato il testo del nuovo Contratto di Servizio, nel quale le parti si impegnano nell'arco di un quinquennio (2012-2016) a raccogliere i diversi problemi e a seguire gli orientamenti strategici e le azioni messe a punto nell'ambito del percorso di confronto svolto nel 2011. Questi impegni tra le parti sono stati espressi attorno a quattro assi d'intervento che costituiscono la struttura del nuovo Contratto di servizio e che sono:

- a) il consolidamento dell'integrazione fra i *due sistemi sociali del Distretto* (Comuni e Aziende comunali di Ferrara e del Copparese), sintonizzando meglio i criteri per l'accesso, la presa in carico e l'erogazione dei servizi;
- b) la realizzazione di una maggiore integrazione e collaborazione *tra il sociale e il sanitario del Distretto* nella valutazione e gestione dei casi in carico, a partire da un particolare investimento sulla riformulazione delle unità di valutazione multiprofessionali e anche dei criteri e degli strumenti di valutazione della non autosufficienza (che non va intesa solo o prevalentemente in termini sanitari, ma anche in rapporto alla condizione sociale);
- c) la promozione e l'attivazione di reti maggiormente integrate *tra il Servizio Pubblico e la realtà del Terzo Settore* e la qualificazione di quelle già esistenti;
- d) la costruzione del nuovo Ufficio di Piano per supportare più efficacemente i lavori del Comitato di Distretto.

1.2.3 Le linee strategiche dell'Assessorato volte al consolidamento del ruolo del Distretto Centro-Nord

Le linee strategiche entro le quali si colloca il Contratto di Servizio sono orientate a completare la costruzione dell'architettura e del funzionamento della dimensione distrettuale legata alla governance della programmazione e della gestione dei servizi e degli interventi.

Governance:

della programmazione sociosanitaria, secondo le indicazioni normative della Regione Emilia Romagna, con particolare riferimento alla nuova convenzione per l'Ufficio di Piano per supportare più efficacemente i lavori del Comitato di Distretto. Un Ufficio di Piano meno orientato che in passato a rappresentare la gran parte dei soggetti sociali e sanitari operanti nel Distretto e più caratterizzato sul piano della governance, ossia della capacità:

- di raccogliere e trattare i problemi e le questioni cruciali presenti nel Distretto, sostenendo lo scambio e la collaborazione tra le diverse parti, direttamente come Ufficio di Piano o attraverso commissioni tecniche apposite.
- di pervenire alla produzione di ipotesi e materiali sufficientemente condivisi sulla cui base possa essere avviato e condotto il lavoro del Comitato di Distretto.

della gestione con particolare riferimento a:

- prosecuzione dell'integrazione *dei due sistemi sociali del Distretto* (Ferrara e Copparese) continuando il lavoro volto a sintonizzare i criteri per l'accesso, la presa in carico e l'erogazione dei servizi;
- promozione di percorsi finalizzati a migliorare l'integrazione e la collaborazione *tra il sociale e il sanitario del Distretto* a partire da un particolare investimento sull'attività delle unità di valutazione multiprofessionali;
- promozione e attivazione di reti maggiormente integrate *tra il Servizio Pubblico e le realtà del Terzo Settore* e qualificazione di quelle già esistenti.



1.2.4 Orientamenti comuni ai tre Settori del Servizio Sociale dell'ASP e relative azioni

A) Accesso e presa in carico delle persone che si rivolgono ai tre Settori del Servizio Sociale dell'ASP

Orientamenti di fondo:

- a) *accesso*: assicurare gratuitamente a tutti i cittadini che si rivolgono ai tre Settori del Servizio Sociale un tempestivo ascolto professionale e una prima valutazione della richiesta e, se necessario, un'attività di orientamento e accompagnamento ai servizi del territorio o un approfondimento valutativo in vista di una presa in carico da parte dei Settori del Servizio Sociale;
- b) *criteri di presa in carico*: nella valutazione di quali situazioni prendere in carico, orientarsi alla presa in carico delle situazioni complesse, dove la complessità è data non solo dalla presenza di problemi di tipo sanitario ma da una valutazione della loro interazione con problemi relativi alla tenuta della rete familiare, economici e abitativi;
- c) *cosa comporta il lavoro di presa in carico*: la presa in carico significa -assieme agli utenti, alle loro famiglie e ricercando l'apporto di altri servizi della rete territoriale- analizzare la situazione di disagio, costruire un *progetto di aiuto* e monitorarne la realizzazione. Ai fini di assicurare una presa in carico di qualità vanno individuati - in relazione alle diverse tipologie d'utenza - i livelli essenziali di attività dell'assistente sociale responsabile del caso e i relativi tempi medi di lavoro, da cui poter trarre elementi di valutazione circa l'adeguatezza degli organici dei tre Settori del Servizio Sociale. La presa in carico può prevedere l'erogazione di servizi pubblici, per i quali va garantito un accesso trasparente ed equo, in relazione alle risorse disponibili.
- d) *coloro che non sono presi in carico*: le situazioni che non sono prese in carico sono quelle che, per una condizione personale e della rete familiare di sufficiente adeguatezza o di sostenibile compensazione, non richiedono la costruzione di un progetto di aiuto e quindi la presa in carico da parte dell'assistente sociale: queste situazioni vengono orientate alla rete dei servizi del Terzo Settore, che il Servizio Sociale si preoccupa di sostenere e qualificare, nell'ambito degli indirizzi forniti dall'Assessorato, attraverso la costruzione di accordi che indichino alcuni livelli essenziali di qualità dei servizi erogati dal Terzo Settore e le forme di collaborazione con i servizi pubblici;

Azioni (da realizzare nell'anno 2012) corrispondenti agli orientamenti indicati:

- a) *accesso*:
 - avvio del Segretariato Sociale presso il Settore Adulti del Servizio Sociale (già presente negli altri due Settori);
 - per quelle situazioni che richiedono solo una certificazione di tipo amministrativo dei requisiti per l'accesso ad alcune prestazioni, l'Amministrazione comunale si impegna a individuare percorsi di tipo amministrativo esterni al Servizio Sociale, che consentano alle assistenti sociali di circoscrivere il lavoro meramente amministrativo e di concentrarsi maggiormente sulle attività di segretariato sociale e di presa in carico: è il caso per il Settore Minori della fornitura dei testi scolastici e per il Settore Anziani dei cosiddetti casi di "integrata lieve";

b) *criteri di presa in carico:*

- si confermano i criteri di presa in carico condivisi nell'ambito del percorso di lavoro tra Assessorato e ASP che si è svolto tra maggio e ottobre 2011 (riportati nelle schede allegate relative a ciascun Settore del Servizio Sociale). Ci si impegna a costruire regolamenti per la presa in carico che recepiscano quei criteri e - poiché le situazioni di bisogno sono sempre in movimento e non facilmente inquadrabili - ogni 6 mesi i tecnici dell'Assessorato e dell'ASP si incontrano per fare il punto sul tipo di utenza che si rivolge al Servizio Sociale e ad altri sportelli e punti di ascolto del territorio, sulle novità che possono emergere e sul tipo di risposte che si possono costruire;

Cosa comporta il lavoro di presa in carico:

- si conferma l'utilità della nuova impostazione del lavoro del Servizio Sociale per tipologie d'utenza (e cioè per tipologie di bisogno/problema sociale), in relazione alle quali ci si impegna ad indicare le prestazioni erogate e le risorse economiche investite: questo permetterà di mettere meglio in rapporto le risorse impiegate ai bisogni cui sono rivolte e di valutarne nel tempo l'efficacia;
- si continuerà a tenere monitorata l'adeguatezza degli organici dei Settori, adottando il metodo sperimentato dal Servizio Sociale nel corso del 2011 ossia tenendo conto dei livelli essenziali di lavoro dell'assistente sociale rispetto alle diverse tipologie d'utenza e di come questi possono essere influenzati dall'evoluzione dei rapporti con altri soggetti della rete coinvolti nella gestione dei casi;
- riguardo all'erogazione di servizi pubblici a favore degli utenti in carico, riesaminare le questioni della tariffazione e della partecipazione alla spesa da parte dei parenti in una logica di maggiore equità;
- inoltre, riguardo all'erogazione dei sussidi economici i tre Settori del Servizio Sociale si impegnano -di concerto con l'Assessorato- a mettere a punto un regolamento per l'erogazione di tali contributi.

Coloro che non sono presi in carico:

- le azioni riguardano le collaborazioni dei tre Settori del Servizio Sociale con il Terzo settore che sono indicate al paragrafo "Integrazione con il Terzo Settore"

Integrazione con il Terzo Settore

Orientamenti di fondo:

- sostenere e qualificare gli interventi del Terzo Settore attraverso la costruzione di accordi formali che indichino alcuni livelli essenziali di qualità dei servizi erogati dal Terzo settore e le forme di collaborazione con i servizi pubblici: in riferimento sia alle persone prese in carico dal Servizio Sociale sia a coloro che si rivolgono al Servizio Sociale e da qui sono indirizzati alle realtà del Terzo Settore. Le azioni dei tre settori (Minori, Adulti, Anziani) afferenti a questo orientamento sono da perseguire, nell'ambito delle linee guida dell'Assessorato.

Ulteriori azioni corrispondenti agli orientamenti indicati:

Settore Minori:

- con la collaborazione del Centro Servizi per il Volontariato, il Settore si impegna a istituire formali momenti di raccordo con le Associazioni di volontariato del territorio, per riflettere insieme sul tipo di servizi che vengono forniti e sulle modalità di collaborazione, in riferimento sia ai cittadini non presi in carico e sia a coloro che sono presi in carico dal Settore;

Rapporti con le strutture di accoglienza:

- riverificare le "caratteristiche di minima" delle Comunità per la collocazione in emergenza, al di fuori di specifiche "contingenze" con percorsi già definiti (Es: Emergenza Nord Africa);
- ripensare, sulla base dell'attuale casistica, a quali e quanti interventi devono essere garantiti dalle strutture presenti sul territorio e/o fuori provincia, per un proficuo inserimento di minori su base progettuale (rapporto costi/prestazioni).

Settore Adulti (Area Disagio)

- avvio di un lavoro congiunto ASP-SSPS finalizzato a ponderare e quindi a proporre una riformulazione/riduzione dell'alto numero degli organismi misti (Tavoli, Commissioni, Gruppi...) operanti su questo terreno, prospettando -se del caso- eventuali accorpamenti di compiti;
- avvio di una Commissione tecnica composta da ASP, SSPS e i responsabili del Terzo Settore sui criteri e le modalità di accoglienza, promozione dell'autonomia, inserimenti lavorativi e lotta alla povertà.

Settore Anziani:

- il Settore si impegna a coinvolgere agenzie e cooperative private che si occupano di assistenza domiciliare, con l'obiettivo di mettere a punto un protocollo di buone prassi che faccia sentire questi soggetti parte del welfare locale e che delinei le modalità di collaborazione con il servizio pubblico;
- in questa direzione si sta operando anche con le Case Famiglia (per arricchire le opportunità di risposta per quelle persone che, pur conservando parte delle autonomie, non possono rimanere al proprio domicilio): tale percorso andrà portato a termine nel corso del 2012;
- coinvolgere Centri Sociali e Associazioni del territorio, in continuità con le azioni progettuali sperimentate dall'Assessorato nell'ambito della fragilità, per stimolare la comunità ad esperienze di contatto verso le persone sole sia attraverso rapporti individuali sia attraverso momenti di aggregazione organizzati.

Integrazione tra Servizio Sociale e Istituzione Scuola Comunale per la gestione di progetti per minori e famiglie

- In coerenza con le linee di indirizzo regionali che prevedono una crescente collaborazione e integrazione operativa tra gli interventi di tutela minori del Servizio Sociale e le azioni di sostegno della genitorialità dei Centri per le Famiglie, nonché della collaborazione da tempo in atto a Ferrara tra Area Minori dell'ASP e Centro per le Famiglie di Ferrara, nel triennio 2012-2014 si realizzerà la gestione condivisa, fra le altre, di quattro progetti innovativi di informazione, prevenzione e sostegno delle fragilità genitoriali e delle famiglie con bambini affidati dalla Regione Emilia-Romagna al Centro per le Famiglie di Ferrara e inseriti nella programmazione sociale. Si tratta dei progetti "Informazione e vita quotidiana" e "Una rete amica delle famiglie" (regionali) e "Dare una famiglia a una famiglia" e "Punto d'ascolto e sostegno: ben arrivato... Piccolo mio!" (locali).

La nuova Convenzione per l'Ufficio di Piano, la conduzione delle Aree del Piano di Zona, la partecipazione a Tavoli istituzionali e Gruppi tecnici

1. Orientamento di fondo:
 - un particolare investimento sugli organismi di regia e di programmazione del distretto in modo da renderli realmente capaci di raccogliere e trattare adeguatamente le principali questioni nevralgiche legate alla realizzazione dell'integrazione distrettuale.
2. Azioni corrispondenti all'orientamento indicato:
 - a) l'azione più importante al riguardo è quella rappresentata dalla Convenzione per l'Ufficio di Piano e dalle modalità di lavoro con il Comitato di Distretto;
 - b) la conduzione delle Aree del Piano di Zona è affidata ai tecnici del Comune di Ferrara che per la preparazione degli incontri di Area collaboreranno in modo stretto con i tecnici dell'ASP;
 - c) i referenti dell'ASP partecipano ai Tavoli istituzionali e possono assumere la conduzione dei Gruppi tecnici attivati dall'Ufficio di Piano e dalle Aree del Piano di Zona.

1.2.5 Risorse umane ed economiche

Preso atto del lavoro congiunto di analisi e di concertazione fra le parti e della situazione attuale connessa all'attività professionale del Servizio Sociale

- L'ASP si impegna per il periodo di validità del presente Contratto di Servizio a garantire - con lo stesso organico operante nel 2011 all'interno dei tre Settori del Servizio Sociale - la gestione dei casi avuti in carico nell'anno 2011

Tabella n.1 - Casi in carico nell'anno 2011

Settore Minori	N° casi in libero accesso: 817	N° casi su mandato istituzionale: 356
Settore Adulti	N° casi Area Disagio: 451	N° casi Area Disabilità: 432
Settore Anziani	N° casi Area Non Autosufficienza: 1.335	N° casi Area Demenze: 378

- Se di concerto con l'Assessorato si valuterà necessaria la presa in carico di nuove tipologie d'utenza o di un numero più alto di utenti delle attuali tipologie, Assessorato e ASP si impegnano a valutare ipotesi di potenziamento degli organici nell'ambito delle normative vigenti.

1.2.6 Linee per l'integrazione socio sanitaria tra Servizio Sociale e Azienda UsI

Integrazione tra Servizio Sociale e Azienda USL nella valutazione e nella gestione dei casi

1. Orientamenti di fondo:

- Valorizzare e sviluppare gli strumenti per la valutazione multiprofessionale in una logica integrata e distrettuale.
- Applicare gli strumenti di valutazione della non autosufficienza favorendo l'operatività e l'eventuale rafforzamento delle unità di valutazione multiprofessionale.

2. Azioni (da portare a compimento nel biennio 2012-2013) corrispondenti agli orientamenti.

Potranno essere attivati gruppi di lavoro che risponderanno all'Ufficio di Piano, in merito alle seguenti azioni:

- *Settore Minori:* verifica dell'applicazione del protocollo PUAPS (Protocollo unificato attività psicosociali riguardanti minori seguiti dai servizi socio-sanitari della Provincia di Ferrara approvato dall'Azienda USL con delibera n. 430/2011);
- *Settore Adulti (Area Disabilità):* sostegno all'avvio dell'UVM per le persone disabili adulte del Distretto Centro-Nord, continuità del protocollo per il passaggio dalla minore alla maggiore età, e adozione della nuova procedura di orientamento scolastico propedeutica alla corretta applicazione del protocollo stesso.
- *Settore Anziani* sulla scorta degli esiti di gruppi integrati già istituiti (domiciliarità) approfondire il percorso di prevenzione e sostegno della non autosufficienza sia attraverso la domiciliarità che la residenzialità;
- *per i tre Settori:* su mandato del Comitato di Distretto e dell'Ufficio di Piano avviare un percorso di lavoro con il DSM e con il SerT con l'obiettivo di far sì che i tre Settori del Servizio Sociale possano usufruire di una collaborazione stabile da parte di DSM e SerT nella valutazione e nella gestione dei casi che il Sociale ha in carico.



#2

Organizzazione e Adeguatezza

di

Enrico Bracci, *Ricercatore Università degli Studi di Ferrara*

Maria Cristina Boato, *Settore Minori ASP*

Patrizia Baglietti, *Settore Anziani ASP*

Tiziana Bonazzi, *Casa Residenza ASP*

Cecilia De Sanctis, *Casa Residenza ASP*

Fabrizio Samaritani, *Ufficio Personale ASP*

Mara Migliari, *Comunicazione ASP*

Alessandro Benvenuti, *Controllo di Gestione ASP*

Sabrina Montanari, *Settore Adulti ASP*

Silvia Benci, *Qualità ASP*



2.1 Introduzione

L'organizzazione di ASP si è evoluta negli anni intercorsi fra il 2008 e il 2012.

La base su cui si è mossa si identifica con la flessibilità quale specifica che contraddistingue i contesti organizzativi odierni. La velocità del cambiamento socio economico culturale, tipica del post moderno e carattere identificativo della crisi economica che attanaglia la società globale, impone la capacità di anticipare gli scenari. ASP, attraverso il tentativo di anticipazione quale proiezione volta a prevenire i mutamenti, progetta e definisce processi e fasi di organizzazione e di interazione fra le parti per salvaguardare la qualità degli interventi rivolti a un target che cambia volto e assume i tratti della povertà.

Si è intervenuto, quindi, sul modello dell'organizzazione interna ridisegnando le parti per creare organismi simili a sistemi che interagendo fra l'interno e l'esterno siano in grado di sviluppare valore. Si è operato sull'ambiente fisico, su quello umano e quello tecnologico. Gli interventi di ristrutturazione dei locali dei diversi servizi sono volti a potenziare la ricettività degli utenti e a garantire condizioni di lavoro migliore per gli operatori. La formazione e l'addestramento del personale, come il lavoro di squadra e l'allenamento al confronto hanno generato la crescita professionale tesa all'adeguatezza degli interventi di cura rivolti alla persona e alla rete familiare. La sperimentazione di nuove tecnologie ha innovato i processi aziendali e quelli inter-istituzionali; attraverso il monitoraggio e la reportistica illustra la coerenza fra l'investimento di risorse economiche e umane e il prodotto finale.

La comunicazione funge da ponte all'interno e con l'esterno, veicolata da nuovi e vecchi strumenti, ma potenziata dal fattore umano per riconvertire la percezione soggettiva in significato collettivo arricchito dalle sfumature che le immagini di attori plurimi aumentano con la ricchezza della diversità.

Si è cercato di migliorare l'informazione e di aumentare la trasparenza attraverso il coinvolgimento delle rappresentanze degli utenti esterni e del cliente interno per includere ogni angolazione prospettica funzionale al soddisfacimento del bisogno reale e a migliorare la qualità del servizio, del lavoro, del prodotto.

La parola chiave è qualità; degli ambienti fisici, umani e tecnologici per sortire la qualità degli interventi, delle azioni di presa in carico e di cura dei cittadini per germinare quella percezione di sicurezza che tutela la dignità della persona rendendola consapevole delle proprie potenzialità e abbattendo il muro della solitudine.

2.2 Il Servizio Sociale: organizzazione

L'attuale assetto organizzativo dell'ASP prevede la suddivisione del Servizio Sociale territoriale in tre Settori. Questo rappresenta il risultato di un percorso di lavoro e di formazione che ha coinvolto tutti gli operatori dei servizi territoriali, con l'obiettivo di condividere le difficoltà relative al funzionamento dei Settori, le ragioni per produrre un cambiamento, la direzione in cui farlo e le nuove scelte da effettuare.

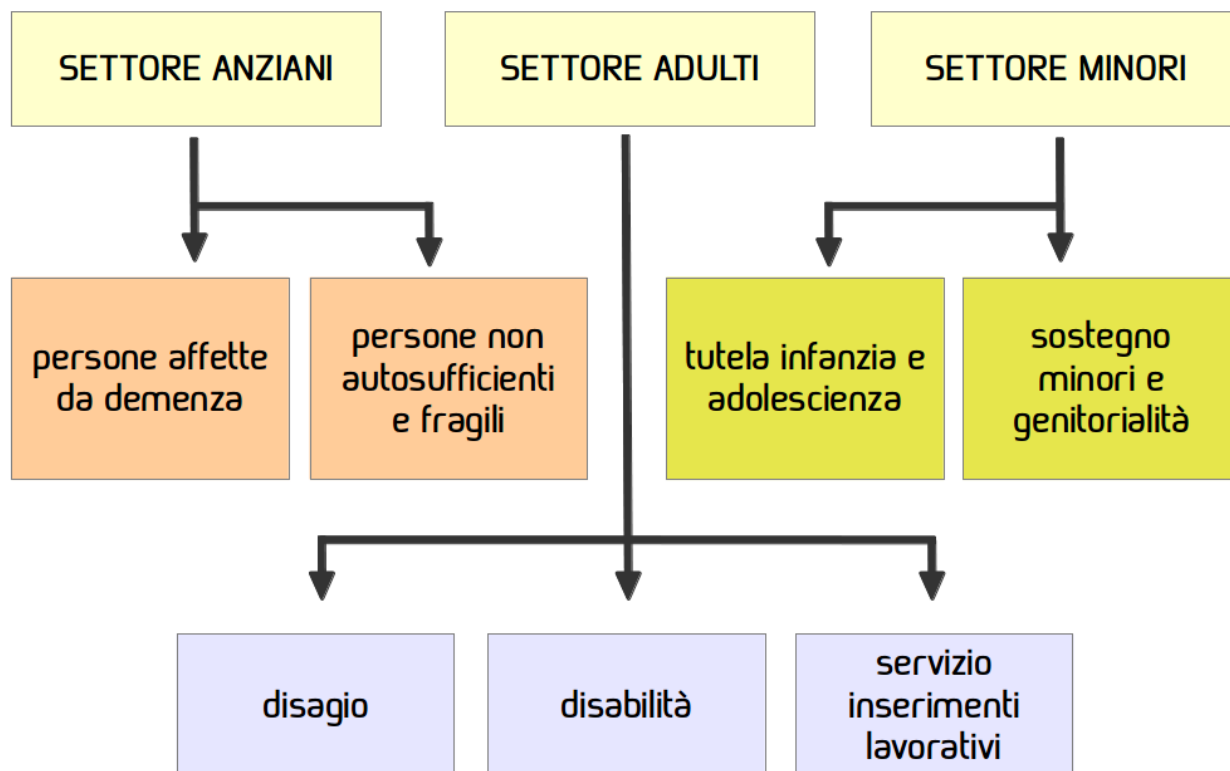
Inoltre, partendo dal presupposto che l'organizzazione deve veicolare ed essere funzionale ai contenuti professionali e che i contenuti sono riconducibili alla missione dell'ASP, è stato effettuato un percorso di analisi sulle tematiche della presa in carico, focalizzando l'attenzione sulle persone che si rivolgono ai nostri servizi, sui loro disagi, sui loro bisogni e sulle loro aspettative, maturando una nuova visione dell'utenza (e delle necessità espresse) e contestualmente l'idea che fornire risposte adeguate e sostenibili non significa sempre e necessariamente fornire risposte di carattere pubblico.

A seguito di tale attività ciascun Settore, in base alle proprie peculiarità e competenze, ha meglio definito le categorie di persone particolarmente fragili, che si trovano in grave stato di bisogno e pertanto riconducibili a determinate problematiche sociali che devono necessariamente essere prese in carico dal servizio sociale professionale e spesso, più in generale, da un sistema integrato di servizi assistenziali.

Per contro, l'analisi effettuata sulle tipologie delle situazioni problematiche, ha evidenziato che vi sono livelli di bisogni che, opportunamente inquadrati a fronte di una valutazione professionale, possono essere indirizzati e trovare risposta nell'ambito della rete territoriale del privato sociale (volontariato e terzo settore).

Tabella n.1 - Assetto organizzativo "Servizio Sociale Territoriale"

Assetto organizzativo Servizio sociale Territoriale



2.2.1 La riorganizzazione dei Settori Minori, Adulti e Anziani

Pur mantenendo ogni Settore peculiarità proprie, non soltanto in relazione alla storia professionale di ciascuno, ma soprattutto in virtù delle specificità delle competenze o di vincoli legislativi che, nell'intreccio con molteplici altre realtà istituzionali, impongono necessariamente il mantenimento di percorsi professionali differenziati, l'impianto organizzativo e la logica professionale che sostiene i tre Settori è la medesima ed è qui riportata:

- internamente ai Settori sono state ridistribuite le responsabilità tra la Responsabile del settore e la Coordinatrice
- l'impianto organizzativo passa dalla logica di lavoro per tipologia di prestazioni alla logica per tipologia d'utenza: di conseguenza vengono meglio definite - o consolidate nei Settori dove la specializzazione tematica era già in atto - due Aree per tipologia d'utenza in cui le Assistenti sociali responsabili del caso si sono suddivise
- le due Aree vengono guidate da due Coordinatrici che costituiscono il riferimento tecnico professionale sia all'interno del sistema aziendale che all'esterno
- pur permanendo all'interno del Settore Adulti, il Servizio Inserimenti Lavorativi (SIL) per l'importante e veloce sviluppo che l'ha caratterizzato negli ultimi anni, le capacità progettuali e le potenzialità evidenziate, di fatto si connota sempre come Area specialistica, trasversale e strategica per l'accompagnamento della persona dalla fase assistenziale al raggiungimento della maggiore autonomia possibile
- viene sollecitata e perseguita all'interno dei Settori la partecipazione e la condivisione degli operatori alla gestione del Settore attraverso riunioni settimanali tecniche/professionali condotte dalle Coordinatrici e organizzative/informative con la presenza della Responsabile di settore.
- si passa tendenzialmente da una modalità di lavoro di tipo individualista (criteri di valutazione e strategie d'intervento soggettive, utilizzo disomogeneo delle risorse) ad una modalità di lavoro di gruppo (condivisione dei criteri e delle strategie, utilizzo omogeneo delle risorse e maggiore equità nel loro impiego, contenimento del budget e ricerca di strategie alternative)
- sono a sistema anche le riunioni fra le Coordinatrici d'area e le stesse con la Responsabile del settore, per mantenere il confronto su tematiche comuni, concordare linee e strategie operative del Settore, ragionare sulla programmazione, nel rispetto delle linee progettuali e d'indirizzo adottate nell'ambito della Direzione Strategica e Operativa.
- l'accesso al Servizio sociale avviene attraverso il Segretariato sociale - ascolto e decodifica della domanda da parte di Assistenti sociali - attivo presso le sedi di ciascun Settore, seppure attualmente con modalità organizzativa diversificata
- si è passati da una raccolta dei dati disomogenea e per lo più soggettiva, alla informatizzazione con modalità oggettiva e soprattutto ad un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati articolato e funzionale all'attività quotidiana e a quella di programmazione dei Settori
- ogni Settore in base ai propri specifici obiettivi, ha in atto percorsi di lavoro con soggetti esterni, tesi alla costruzione o al perfezionamento delle collaborazioni con la rete dei servizi territoriali
- al funzionamento della struttura organizzativa di ciascun Settore sovrintende e ne risponde la Responsabile di Settore

2.2.2 La riorganizzazione è funzionale all'approccio professionale dei nuovi bisogni

La logica aziendale della condivisione e del lavoro di squadra come elementi di forza e di assicurazione, si coniuga con l'esigenza di saper leggere i nuovi problemi sociali rappresentati dall'attuale complessa e in continua evoluzione realtà sociale, con la necessità di fornire risposte professionali adeguate e sostenibili in un contesto istituzionale sempre più carente di risorse pubbliche, col bisogno di non sentirsi soli nel dover individuare e costruire possibili interventi di aiuto esterni. La condivisione di tali elementi ha portato a maturare e sperimentare dimensioni di lavoro diverse:

- all'interno dei Settori ci si confronta in una dimensione collettiva dell'attività professionale utilizzando gli spazi dedicati alle riunioni di gruppo; dal trattamento del caso complesso, allo sviluppo di pensieri su tematiche delle aree, confronto fra settori su tematiche trasversali, protocolli
- il lavoro professionale sui casi si sviluppa in progettualità di Settore che si coniugano con le linee aziendali, a loro volta ispirate agli obiettivi di politica sociale che mantengono sempre la persona utente al centro dell'interesse dei Servizi
- valorizzazione delle competenze professionali all'interno dei settori come risorse principali a cui affidare il processo di cambiamento (lavoro sulla presa in carico, formazione iso,)
- attività incentrata sui processi piuttosto che sul lavoro burocratico amministrativo, procedure interne formalizzate, si sta lavorando per redigere protocolli interni
- introduzione di nuove figure professionali (educatori, tutor, psicologi) lavoro d'equipe, assoluta novità per alcuni settori
- si fa strada un nuovo senso di appartenenza aziendale a fronte di anni in cui il Servizio sociale pareva non avere una chiara identità istituzionale



2.2.3 Criticità

- Permangono difficoltà “a diventare gruppo” in contesti di persone storicamente abituate a lavorare singolarmente, dimensione del lavoro individuale/di settore favorita anche dalle gestioni passate dei Servizi Sociali e da politiche non sempre chiare e omogenee;
- difficoltà nella costruzione progettuale efficace con soggetti esterni; permangono problemi nella collaborazione con ASL.



2.3 La Casa Residenza: evoluzione 2008-2012

Nel 2008 l'ancora Casa Protetta, ora Casa Residenza, a gestione ASP era suddivisa in 6 nuclei ed accoglieva un totale di 180 persone; era possibile accogliere 40 residenti ad "Alta Intensità Assistenziale" ospitandone 20 presso il nucleo AIA ed i rimanenti negli altri nuclei. Uno dei nuclei permetteva inoltre l'accoglimento di 20 posti per la cura di persone con disturbi comportamentali.

In 4 nuclei il personale assistenziale era in appalto. Si stava completando la ristrutturazione del nucleo destinato ad accogliere persone affette da demenza con disturbi comportamentali e di un nuovo nucleo di casa protetta.

Alla fine del 2008, proprio in virtù dell'apertura dei nuovi nuclei, viene indetto un bando di concorso per OSS a tempo indeterminato.

Tabella n.1 - Assetto organizzativo 2008

N° Residenti	Nucleo AIA	Nucleo A	Nucleo B	Nucleo C	Nucleo D	Nucleo E	TOTALE ASP
n° residenti	22	32	25	35	36	30	180
di cui Nucleo Speciale				20			20
Personale Dipendente	Nucleo AIA	Nucleo A	Nucleo B	Nucleo C	Nucleo D	Nucleo E	TOTALE ASP
Coordinatore Responsabile di Struttura		1			1		2
Medici di medicina generale (ASL)				2			
Coordinatore Infermieristico				1			1
Responsabile Animazione (Coop.)				1			
Animatori part-time (Coop)				5			
Responsabile di Nucleo	1	1	1	1	1	1	6
OSS tempo indeterminato	9	Assistenza in appalto	Assistenza in appalto	12	Assistenza in appalto	Assistenza in appalto	21
OSS tempo determinato	4			9			13
Infermieri	6	3	Agenzia esterna	3	Agenzia esterna	3	15
Fisioterapisti	1	1		1	1		4
Addetto guardaroba				1			1
Addetta attività parrucchiera				1			1
Videoterminalista uff. Coordinamento				1			1
TOTALE	Personale a tempo indeterminato n°51 Personale a tempo determinato n°14						65

* 34 OSS erano riferiti ai nuclei AIA e C ed in totale seguivano 57 residenti - 15 infermieri erano riferiti ai nuclei AIA, A, C, E ed in totale seguivano 119 residenti.

L'anno 2009 si è caratterizzato per gli importanti cambiamenti in ambito strutturale, organizzativi e sostanziali, determinati da scelte fatte negli anni precedenti ma anche determinate da situazioni che si sono create tra il 2008 e il 2009 con una riduzione del personale e trasformazione dello staff di coordinamento.

Nel marzo 2009 viene fatto un concorso interno dove si riconosce la qualifica OSS agli ADB che hanno conseguito l'attestato nei corsi di riqualifica e vengono assunte a tempo indeterminato 15 OSS dalla graduatoria del concorso espletato l'anno precedente.

In agosto si trasferiscono i 20 residenti del nucleo C che presentano disturbi del comportamento nel nuovo nucleo ristrutturato e adeguato secondo le linee che risultano dal "Progetto Alzheimer a valenza provinciale".

Continua la ristrutturazione dei nuclei del 1° piano e del 2° piano trasferendo da uno all'altro le persone residenti in modo da poter procedere con la ristrutturazione mantenendo un livello assistenziale buono e corrispondente alle loro esigenze.

La ristrutturazione dei nuclei ha coinvolto molti residenti. Il loro passaggio da un ambiente ad un altro ha impegnato tutto il personale nel pianificare un'assistenza che rispondesse ai loro bisogni assistenziali e relazionali tenendo conto delle abitudini individuali e delle relazioni amicali. Sono stati coinvolti i loro familiari ed il "Comitato degli utenti". L'animazione ha avuto un ruolo determinante nel coinvolgere i residenti in attività ludiche ricreative limitando così il disagio nei momenti del trasferimento.

I componenti dei gruppi multi professionali dei nuclei vennero coinvolti tutti in un corso di aggiornamento formativo sulla gestione del disturbo comportamentale in persone affette da demenza.

Dal 2009 al 2010 sono stati rivisitati i protocolli e le linee guida delle attività del servizio coinvolgendo tutto il personale multi professionale dei nuclei in gruppi di lavoro.

Si va verso l'accreditamento transitorio per la gestione dei servizi socio-sanitari a gestione diretta.

L'obiettivo dell'azienda per la Casa Residenza è di mantenere un servizio con relazioni significative e personalizzato attraverso l'ottimizzazione delle risorse.



Tabella n.2 - Assetto organizzativo modificato nel corso del 2010

N° Residenti	Nucleo AIA	Nucleo A	Nucleo B	Nucleo C1	Nucleo C2	Nucleo D	Nucleo E	TOTALE ASP
n° residenti	22	34	25	23	20	26	30	180
(di cui Nucleo Speciale)					(20)			(20)
Personale Dipendente	Nucleo AIA	Nucleo A	Nucleo B	Nucleo C1	Nucleo C2	Nucleo D	Nucleo E	TOTALE ASP
Coordinatore Responsabile di Struttura				1				1
Medici di medicina generale (ASL)				2				
Responsabile Animazione (Coop.)				1				
Animatori part-time (Coop)				5				
Coordinatore Infermieristico				1				1
Coordinatore RdN				1				1
Responsabile di Nucleo	1		1			1		3
OSS tempo indeterminato	9	Assistenza in appalto	Assistenza in appalto	9	16	Assistenza in appalto	Assistenza in appalto	34
OSS tempo determinato	3			2				5
Infermieri	5	Agenzia esterna	Agenzia esterna	3	3	Agenzia esterna	Agenzia esterna	11
Fisioterapisti				3				3
Addetto guardaroba				1				1
Addetta attività parrucchiera				a prestazione				0
Videoterminalista uff. Coordinamento				1				1
TOTALE	Personale a tempo indeterminato n°56 Personale a tempo determinato n°5							61

* 39 OSS erano riferiti ai nuclei AIA e C1 e C2 ed in totale seguivano 65 residenti - 11 infermieri erano riferiti ai nuclei AIA, C1 e C2 ed in totale seguivano 65 residenti.

La collaborazione con il "servizio controllo di gestione" viene rafforzata anche con rilevazioni su programmi informatici monitorando aspetti significativi delle attività di vita del residente, dei bisogni e interventi sanitari.

Viene fatta la scelta di estendere il nucleo AIA da 22 a 45 posti avvalendosi di un nucleo adiacente, in modo tale da poter ospitare tutti i 40 residenti classificati ad "alta intensità assistenziale" dall'UVG territoriale.

Tutto il personale della Casa Residenza è stato inserito in un percorso di formazione "Curare persone attraverso persone" che ha interessato tutta l'Azienda.

Nell'aprile del 2011, come già deciso nel corso degli anni precedenti dai Committenti in previsione dell'attuazione della normativa regionale sull'accreditamento, l'ASP viene accreditata per la gestione del nucleo dedicato alla cura delle persone affette da demenza ed il nucleo dedicato alle persone con elevato bisogno sanitario AIA. Il resto della struttura, composto da 4 nuclei di Casa Residenza, viene gestito in accreditamento temporaneo direttamente dall'RTI (coop. CIDAS, Serena e L'Isola).

Per ottimizzare le risorse è stato necessario modificare l'assetto organizzativo dei nuclei ricercando nuove possibilità coinvolgendo tutto il personale interessato. Si è passati da due nuclei ben distinti ad un nucleo con due moduli modificando i turni di lavoro del gruppo multi professionale.

Con la nuova riorganizzazione il nucleo AIA viene suddiviso in 2 moduli (mod. 1 e mod. 2) che hanno entrambi un responsabile.

Tabella n.3 - Assetto organizzativo 2011

N° Residenti	Nucleo AIA	Nucleo C2	TOTALE ASP
n° residenti	45	20	65
(di cui Nucleo Speciale)		(20)	(20)
Personale Dipendente	Nucleo AIA	Nucleo C2	TOTALE ASP
Coordinatore Responsabile di Struttura	1		1
Medici di medicina generale (ASL)	1		
Responsabile Animazione (Coop.)	1		
Coordinatore Infermieristico	1		1
Coordinatore RdN	1		1
Responsabile di Nucleo	2	1	3
OSS tempo indeterminato	18	13	31
OSS tempo determinato	4	1	5
Infermieri	6	5	11
Fisioterapisti	2	1	3
Animatori part time (Coop)	1	1	2
Addetto guardaroba	1		1
Addetta attività parrucchiera	a prestazione		0
Videoterminalista uff. Coordinamento	1		1
TOTALE	Personale a tempo indeterminato n°53 Personale a tempo determinato n°5		60

*36 OSS sono riferiti ai nuclei AIA e C2 ed in totale seguono 65 residenti - 11 infermieri sono riferiti ai nuclei AIA e C2 ed in totale seguono 65 residenti.

In questa fase si è ampliato il Comitato degli utenti alla rappresentanza del RTI. L'obiettivo è di dare risposte gestionali uniformi per mantenere il livello assistenziale consolidato.

Si è avviato un progetto di informatizzazione del piano assistenziale individuale (PAI) che ha interessato tutto il personale dei nuclei con un software elaborato dalla Fondazione Zancan. È stato utilizzato questo programma per pianificare l'attività assistenziale di tutti i Residenti.

A dicembre 2011 l'ASP viene certificata ISO 9001 con la Casa Residenza.

Si è intrapreso con RTI (CIDAS, Serena Isola) un percorso di formazione che interessa gli operatori e i famigliari per uno scambio continuo di buone pratiche e per creare una cultura assistenziale finalizzata ad un miglioramento del servizio.

Nel 2012 è stato avviato un percorso che coinvolge tutto il personale multi professionale dei nuclei ASP allo scopo di migliorare l'integrazione socio-sanitaria che comporterà una diversa gestione del servizio.

Tabella n.4 - Minutaggio assistenziale medio

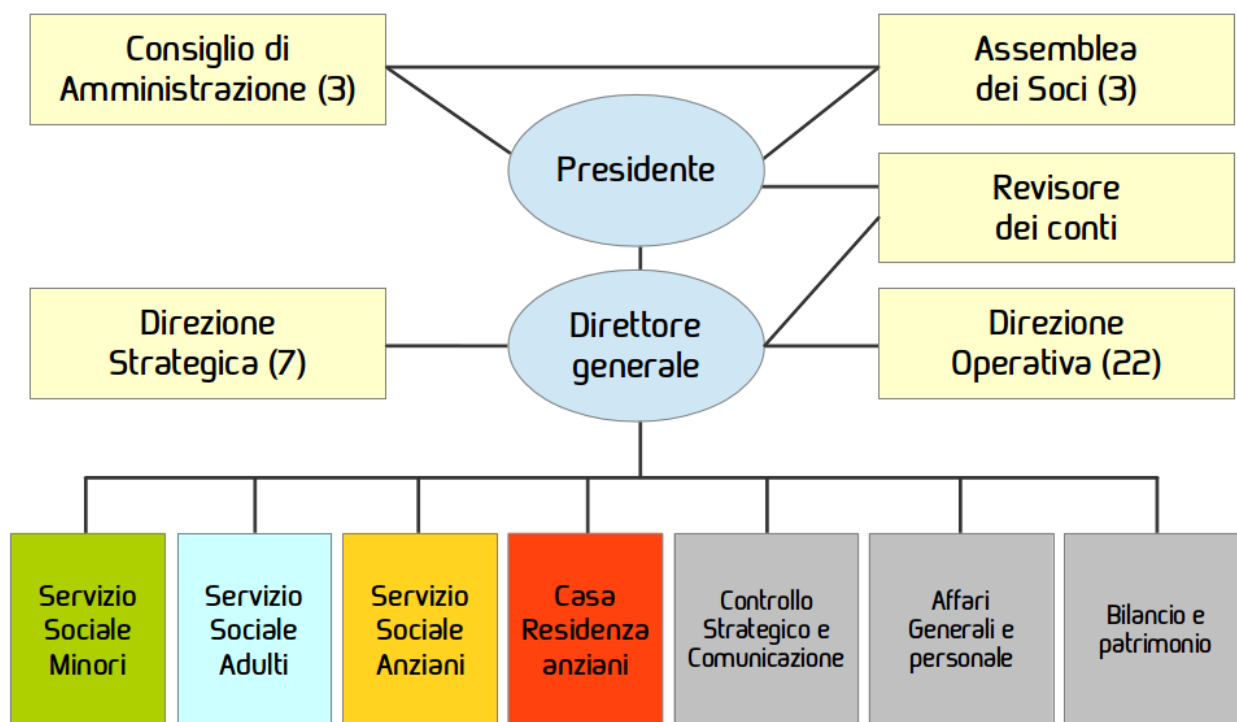
	2009	2010	2011	2012
Minutaggio medio	125,63	126,08	135,81	151,54*
Dettaglio utenza	La struttura gestisce 180 anziani di cui 120 di casa protetta, 40 AIA e 20 persone affette da demenza	La struttura gestisce 180 anziani di cui 119 di casa protetta, 1 gravissima disabilità, 40 AIA e 20 persone affette da demenza	Da 1° aprile inizia l'Accreditamento: si passa dai 180 residenti a 65, di cui 40 AIA, 4 Casa protetta, 1 gravissima disabilità e 20 persone affette da demenza	La struttura gestisce 65, di cui 40 AIA, 4 Casa protetta, 1 gravissima disabilità e 20 persone affette da demenza

* dato aggiornato a settembre 2012

Con l'accREDITAMENTO la scelta dell'azienda è stata di assistere persone con sindrome dementigene e con intensità assistenziale/sanitaria elevata: gli ospiti risultano per questo motivo quasi tutti nelle fasce A e B (maggiori compromissioni sanitarie). I minuti di assistenza medi aumentano perché i residenti del Nucleo Speciale Alzheimer e AIA richiedono una assistenza maggiore date le caratteristiche.

2.4 Le risorse umane e la struttura organizzativa

Schema n.1 - Organigramma



Alla costituzione di ASP², nel 2008, il personale era assoggettato a tre contrattualistiche diverse tra loro: Comune, Sanità e IPAB. La complessa situazione si risolve il 1° gennaio 2010 quando tutto il Personale viene assoggettato al CCNL Regioni Autonomie Locali. Nel periodo gennaio 2008 – dicembre 2009 i dipendenti del Comune di Ferrara e dell’Azienda USL hanno avuto la possibilità di optare se essere trasferiti per mobilità presso la nuova Azienda o rientrare negli organici delle Amministrazioni di appartenenza.

Oggi la struttura organizzativa dell’ASP si articola in sette aree; tre di staff che operano a supporto di tutta l’azienda e quattro di linea che erogano servizi:

- Area Affari Generali e Personale
- Area Bilancio e Patrimonio
- Area Controllo Strategico e Comunicazione
- Area Adulti
- Area Anziani
- Area Minori
- Area Casa Residenza

Dalla nascita dell’ASP ad oggi il personale impiegato nell’area amministrativa è diminuito in maniera graduale e costante a favore di un potenziamento degli operatori dedicati ai servizi alla persona. È importante evidenziare che a fronte di una diminuzione di personale amministrativo si è affiancata una trasformazione

² L’ASP “Centro Servizi alla Persona” viene costituita in data 1 gennaio 2008 a seguito dell’applicazione della deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 2189 del 27/12/2007 e nasce dalla trasformazione delle II.PP.AA.BB. (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza) “Centro Servizi alla Persona” e “Direzione Orfanotrofi e Conservatori” entrambe di Ferrara.

quali/quantitativa del carico di lavoro. Il Comune di Ferrara in qualità di Socio di maggioranza dell'Azienda ha condiviso con l'Amministrazione l'importanza di trasferire nuovi servizi offerti ai cittadini come la gestione dei bonus energetici, i contributi per i trasporti, l'acqua, la T.I.A. e in ultima istanza la gestione dell'Ufficio Abitazioni e della Camera Mortuaria di Ferrara.

Nelle aree che invece erogano i servizi alle persone sono state inserite nuove figure professionali come gli Educatori e gli Psicologi che hanno il compito di affiancare gli Assistenti Sociali nei percorsi di autonomizzazione degli utenti.

La massima flessibilità e modularità dell'architettura organizzativa che ASP si è data costituiscono la garanzia del costante adeguamento dell'azione amministrativa agli obiettivi definiti e alle loro variazioni.

Lo schema organizzativo tiene conto del fatto che:

- l'ASP è un sistema aperto e la sua struttura organizzativa deve garantire il massimo grado di interazione con il contesto socio sanitario, economico, istituzionale locale, regionale e nazionale;
- l'ASP si articola in strutture organizzative che si identificano per gli obiettivi, gli scopi e le finalità che le caratterizzano;
- le funzioni di linea operano in una logica prestazionale di servizio verso gli utenti esterni delle loro attività;
- le funzioni di staff operano in una logica prestazionale di servizio verso gli utenti interni delle loro attività;
- è indispensabile la massima integrazione operativa e strategica tra le strutture di indirizzo e quelle amministrative.



L'organizzazione di ogni Settore, Servizio e Ufficio dell'ASP è finalizzata al pieno conseguimento delle finalità istituzionali e si ispira ai seguenti criteri fondamentali:

- distinzione tra responsabilità di direzione politica, di governo e di controllo, riservate al Consiglio di Amministrazione e responsabilità gestionale, di direzione tecnica ed amministrativa, riservate al Direttore Generale ed ai Responsabili di Area;
- funzionalità rispetto ai compiti ed ai programmi di attività da realizzarsi secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità;
- stretto collegamento delle attività dei Settori, dei Servizi e degli Uffici, articolati per funzioni omogenee, da realizzarsi tramite costanti comunicazioni interne;
- interconnessione con i servizi svolti dai Comuni di Ferrara, Masi Torello e Voghiera e da altri soggetti pubblici e privati nel medesimo territorio di competenza ed a favore della medesima utenza al fine di sviluppare ogni possibile sinergia di intervento;
- garanzia di imparzialità e trasparenza delle attività di servizio ed amministrative nei confronti dell'utenza e di chiunque abbia rapporti con l'ASP;
- armonizzazione degli orari di servizio per assolvere prioritariamente alle esigenze dell'utenza.

L'operatore, in particolare, supporta gli utenti ad utilizzare in modo valido le risorse e a sviluppare la propria autonomia e responsabilità organizzando e promuovendo prestazioni e servizi il più possibile rispondenti alle esigenze delle persone, valorizzando e coordinando a tale scopo tutte le risorse sia pubbliche che private istituite per realizzare gli orientamenti della politica sociale secondo le norme definite dalla legislazione sociale.

Tabella n.5 - Classificazione del personale

Qualifica	2008	2012
amministrativi + servizi generali	47	36,5
assistenti sociali	23	29
coordinatori	5	10
direttore	1	1
dirigente	1	0
educatori + educatori tutor sil	4	8
fisioterapisti	4	3
infermieri (solo infermieri di ruolo o interinali)	13,5	11
oss (solo oss di ruolo o interinale)	66,5	35,5
oss territoriali (nel 2012 anche centro diurno)	10	13
psicologi	0	3
rdn (struttura + servizi domiciliari)	9	3
responsabili tecnici	5	4
TOTALE	189	157

2.5 La formazione e la crescita

Oggi la velocità del cambiamento nel contesto sociale, economico e culturale produce la complessità degli ambienti lavorativi, in particolare in quelli che come ASP si dedicano alla cura delle persone, richiedendo agli operatori una maggiore flessibilità cognitiva ed organizzativa rispetto al passato. La formazione continua, che coinvolge la persona e il gruppo calati nei ruoli che compongono l'organizzazione, ha funzioni importanti per governare e affrontare la velocità, i cambiamenti e la flessibilità organizzativa ed operativa per produrre servizi di qualità sostenibile.

La sostenibilità degli interventi risulta sempre più legata alla presenza di persone adeguatamente formate, ed è proprio in un momento di crisi che occorre investire sul costante aggiornamento delle risorse umane.

ASP, attraverso la formazione, mira ad ottenere lo sviluppo personale e professionale dei singoli, il miglioramento delle prestazioni, la creazione di un clima sereno e di buone relazioni interpersonali. Una formazione focalizzata su cultura, processi e pratiche organizzative permette di promuovere la qualità della vita e il grado di benessere fisico e psicosociale dei lavoratori. Nelle iniziative formative cui partecipa, il dipendente si percepisce come una parte di un sistema, un anello essenziale all'interno della catena aziendale. Fornendo gli opportuni strumenti per indirizzare le conoscenze verso soluzioni operative, che migliorino la qualità del lavoro, si facilita nel lavoratore, il recupero del significato di ciò che si sta facendo e l'acquisizione di maggiore consapevolezza del proprio ruolo. Si delinea, quindi, una formazione indispensabile nel supportare, trasmettere e implementare strategie e politiche aziendali.

In sintesi, la formazione ha la funzione di trasformare le conoscenze e le abilità e le caratteristiche personali in risorse da investire nel contesto lavorativo. Tutto ciò per rispondere a esigenze organizzative e produttive, ma anche alle aspettative di crescita professionale delle persone. Fare formazione significa mantenere uno standard di qualità soddisfacente al fine di rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione e fornire al personale visioni di sviluppo di carriera.

Nel 2011 si delinea un processo per rilevare il fabbisogno formativo e dal 2012 si inizia a elaborare il Piano annuale di formazione aziendale come previsto dalla normativa³. Il piano di formazione 2012 integra eventi di formazione a carattere seminariale e di formazione sul campo, eventi e corsi attivati internamente e quelli la cui frequentazione esterna viene definita per finalità strategiche di innovazione organizzativa. Prevede, inoltre, la possibilità di scegliere eventi esterni, con contenuti tecnici specifici, che si presentano nel corso dell'anno. Sono stati, inoltre, inseriti corsi obbligatori normati da leggi.⁴

Tabella n.6 - Totale ore di formazione

ORE DI FORMAZIONE	2009	2010	2011
AREA TECNICA	1.473,15	2.256,35	1.268,00
AREA AMMINISTRATIVA	345,80	80,00	199,00
TOTALE	1.818,95	2.336,35	1.467,00

³ D. Lgs. 165/01 art. 7 bis

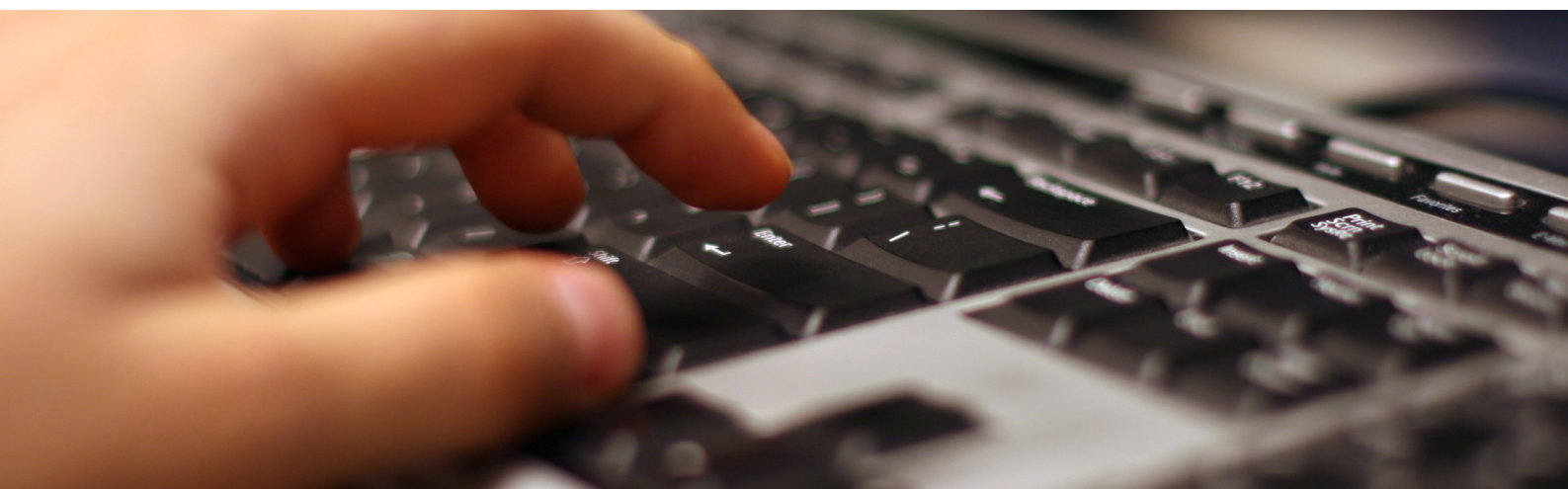
⁴ Testo unico sulla sicurezza D. Lgs.81 del 2008

Tabella n.7 - Valutazione dei corsi di formazione aziendale

Anno	Corso	Giudizio medio del corso nel suo complesso
Questionari con i seguenti giudizi: Insufficiente (5), Sufficiente (6), Discreto (7), Buono (8), Ottimo (9)		
2012	APPLICAZIONE DEL CODICE DELLA PRIVACY	8,36
2012	CERTIFICAZIONE USI EN ISO 9001	8,83
2012	SICUREZZA SUL LAVORO	7,50
2009-2010	CURARE LE PERSONE ATTRAVERSO LE PERSONE	7,60
Questionari con i seguenti giudizi: non soddisfacente (1), poco soddisfacente (2), soddisfacente (3), molto soddisfacente (4)		
2011	CORSO IGIENE ALIMENTARE	3,36
2011	CORSO PRIVACY	3,20
Questionari con giudizi da 1 (valutazione peggiore) a 10 (miglior valutazione)		
2012	SENSIBILIZZAZIONE INIZIALE E CONSAPEVOLEZZA COMPORIMENTALE	7,67

2.5.1 Azioni di miglioramento

- Indagine di clima organizzativo svolta periodicamente
- Lettura button-up del fabbisogno formativo
- Individuare indicatori di efficacia della formazione



2.6 L'innovazione per il miglioramento organizzativo e qualitativo

L'ASP ha dall'inizio della sua vita investito nelle misure atte a potenziare l'apprendimento e la crescita dell'organizzazione. Gli obiettivi individuati dal punto di vista economico (il raggiungimento del pareggio di bilancio), gli obiettivi nei confronti dell'utente e del cliente interno ed esterno sono strettamente legati agli obiettivi dell'apprendimento e della crescita. Investire nell'innovazione tecnologica e nelle persone significa investire per il futuro e per la capacità dell'organizzazione di garantire continuità aziendale nel lungo periodo. Investire nella soddisfazione delle persone che operano nell'azienda, fidelizzare il personale ed aumentarne la produttività, avere un eccellente sistema informativo funzionale alla reingegnerizzazione dei processi e che permetta feedback rapidi sono i driver che rappresentano il valore aggiunto di una organizzazione. Questo è ancor più vero nei contesti, come ASP, dove le persone producono cura per altre persone.

L'ASP dal 2007 ad oggi ha intrapreso un percorso di innovazione sotto rappresentato.

Tabella n.8 - Percorsi di innovazione

- **1° Analisi CAF - Gruppo Casa Protetta 7 Responsabili partecipanti, Gruppo Servizio Sociale 6 Responsabili partecipanti (2007)**
- **Analisi dei processi (2007-2008)**
- Bilancio sociale (2008)
- Obiettivi annuali (2009)
- **2° Analisi CAF - 12 Responsabili partecipanti (2009)**
- Sistema di valorizzazione e valutazione del personale (2009)
- BSC (2010)
- Collegamento impatto obiettivi annuali su BSC (2011)
- **Indicatori di impatto sociale (2011)**
- **3° Analisi CAF - 23 Responsabili partecipanti (2012)**
- Conclusione sperimentazione della verifica dei piani personalizzati (PAI) con collaborazione della fondazione ZANCAN (2012)
- BSC settoriale (2012)
- Prima sperimentazione di Time Driven ABC (2012)

2.6.1 CAF – Griglia di autovalutazione

Il CAF si presenta come uno strumento di facile utilizzo che assiste le organizzazioni del settore pubblico in Europa nell'uso di tecniche di gestione della qualità finalizzate al miglioramento delle performance. Il CAF consiste in una griglia di autovalutazione concepito specificamente per le organizzazioni del settore pubblico di cui prende in considerazione le peculiarità.

Il CAF ha tre scopi principali:

- 1) Introdurre nelle amministrazioni pubbliche il processo di autovalutazione
- 2) Facilitare l'autovalutazione di una organizzazione pubblica al fine di ottenere una diagnosi e intraprendere azioni di miglioramento.
- 3) Facilitare il benchmarking fra le organizzazioni del settore pubblico.

Priorità d'intervento del CAF 2007

- 1) Regolamenti: Valorizzazione a valutazione del personale
- 2) Sistema Informativo: Software in rete ed intranet
- 3) Controllo Strategico e di Gestione: BSC, bilancio sociale, obiettivi annuali
- 4) Analisi dei processi: Analisi dei processi decisionali, analisi dell'utenza dei servizi sociali e della relativa presa in carico, codificazione dei processi amministrativi

Negli anni successivi l'azienda ha attivato dei percorsi che hanno portato all'analisi dei processi con lo strumento del flowchart, alla rendicontazione delle attività tramite il bilancio sociale, alla creazione di un sistema di valorizzazione e valutazione del personale ed alla gestione per obiettivi annuali.

Priorità d'intervento CAF 2009

Nell'anno 2009 si è svolta la 2° analisi CAF determinando le seguenti priorità :

- 1) Integrazione e potenziamento dei sistemi informativi
- 2) Sviluppo della comunicazione interna
- 3) Ampliamento del coinvolgimento degli stakeholder (in particolare nei Servizi Territoriali)
- 4) Sviluppo di pratiche di Benchmarking
- 5) Miglioramento dell'accessibilità e qualità degli ambienti di lavoro
- 6) Sviluppo di un sistema di gestione dei reclami
- 7) Misurazione sistematica soddisfazione dell'utenza

Priorità d'intervento CAF 2012

Nell'anno 2012 si è svolta la 3° analisi CAF determinando le seguenti priorità :

- 1) Sviluppare sistemi di e-government
- 2) Migliorare i processi di comunicazione interna (es. Intranet) e lo stile e linguaggio di comunicazione esterna
- 3) Migliorare la capacità di team-building
- 4) Rivedere attuale sistema di valutazione ed incentivazione del personale
- 5) Sistematizzare analisi di clima organizzativo
- 6) Sviluppare il bench-marking
- 7) Ampliare le misure di performance qualitativa ai servizi territoriali
- 8) Potenziare e consolidare sistema di customer satisfaction
- 9) Sviluppare competenze e conoscenze con riferimento a:
 - Team working
 - Empowerment
 - Gestione del cambiamento

2.6.2 Gestione per obiettivi

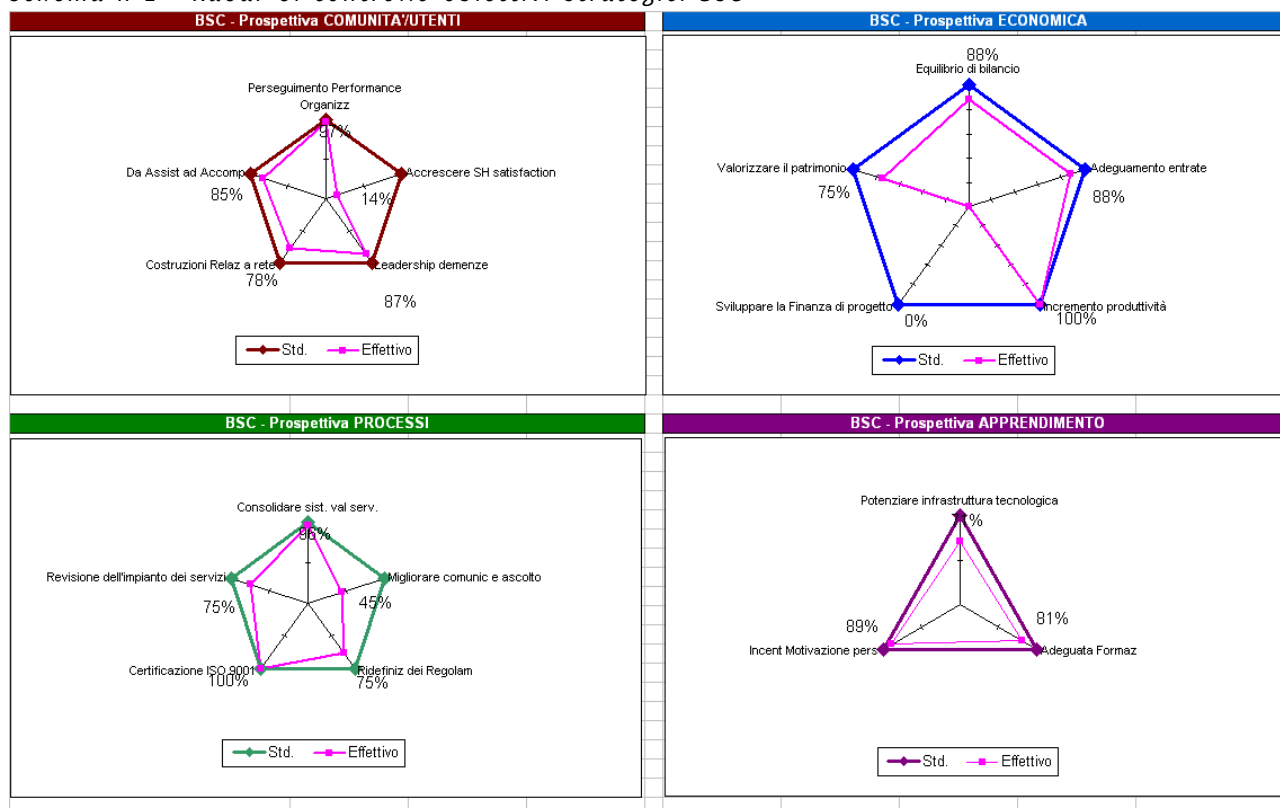
Nel 2009 l'Azienda ha attivato uno strumento volto al raggiungimento del risultato (scheda obiettivo) che permette al responsabile di scindere le azioni in fasi (successivamente monitorate) assegnando ad esse determinate tempistiche; inoltre dà la possibilità di determinare ad un tempo t1 il grado di raggiungimento e le difficoltà o criticità riscontrate nella realizzazione del risultato. La scheda ha inoltre la funzione di incentivare la collaborazione con altri colleghi anche di altri settori e offre l'opportunità di monitorare i fattori critici per le azioni integrate con altri soggetti della rete territoriale.

2.6.3 BSC (Balanced Scorecard)

Nel 2010 l'azienda ha avviato il sistema di monitoraggio sugli obiettivi strategici attraverso la Balanced Scorecard (BSC), una *scheda di valutazione bilanciata* in grado di fornire un ulteriore cruscotto di controllo a disposizione della Direzione per il controllo delle decisioni strategiche.

La fase della verifica ha permesso la costruzione del cruscotto direzionale.

Schema n 2 – Radar di controllo obiettivi strategici BSC



2.6.4 La Fondazione Zancan e lo Schema Polare: progetto e verifica di PAI e PEI

Le Aree territoriali e la Casa Residenza dell'ASP hanno intrapreso un percorso di formazione (in atto già dal 2011 attraverso diverse fasi sperimentali e di indirizzo) con la Fondazione Zancan, favorendo e sostenendo l'obiettivo aziendale di valutare e costruire progetti individuali maggiormente consoni a caratteri di efficacia operativa e tecnica.

L'esigenza di definire modelli di intervento e attività di sempre maggiore 'adeguatezza' in risposta ai bisogni dell'utenza, deriva in modo particolare anche da una complessità sempre più difficile nel rapporto tra bisogni e spesa sanitaria/sociale, divenendo allora imprescindibili per 'saper fare' corrette stime dei percorsi attivati, e conseguenti valutazioni dei benefici derivanti per il singolo individuo e/o per i caregiver.

La Fondazione Zancan ha ideato e predisposto una nuova metodologia di lavoro denominata "Schema Polare". Lo schema polare, in Italia è oggi sperimentato in diverse regioni come ad esempio Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Emilia Romagna. Lo "schema polare", che è costruito su base informatica, collega attraverso varie fasi di 'misurazione', il momento della lettura del bisogno al momento del progetto personalizzato, fino alla fase di valutazione di efficacia.

Gli operatori coinvolti nell'uso dello "schema polare" (*Assistenti Sociali, Educatori, Psicologi, O.S.S., Infermieri, ecc...*) considerano congiuntamente la condizione funzionale, cognitiva-comportamentale e socio-ambientale dell'utente. La visione globale che ne deriva, consente agli operatori più spunti per definire un progetto personalizzato che congiunge diverse risorse, non solo sanitarie e sociali, ma anche derivanti dagli indispensabili contributi professionali degli Operatori dell'Area Controllo Strategico e Comunicazione, dell'Area dei Servizi Amministrativi ed Economico-Finanziaria. Solo un contributo sinergico della diverse competenze tecnico-operative, può produrre risultati positivi per le persone, le loro famiglie e complessivamente per gli Operatori che, a diversi livelli, possono 'saggiare' la validità dei risultati attesi.

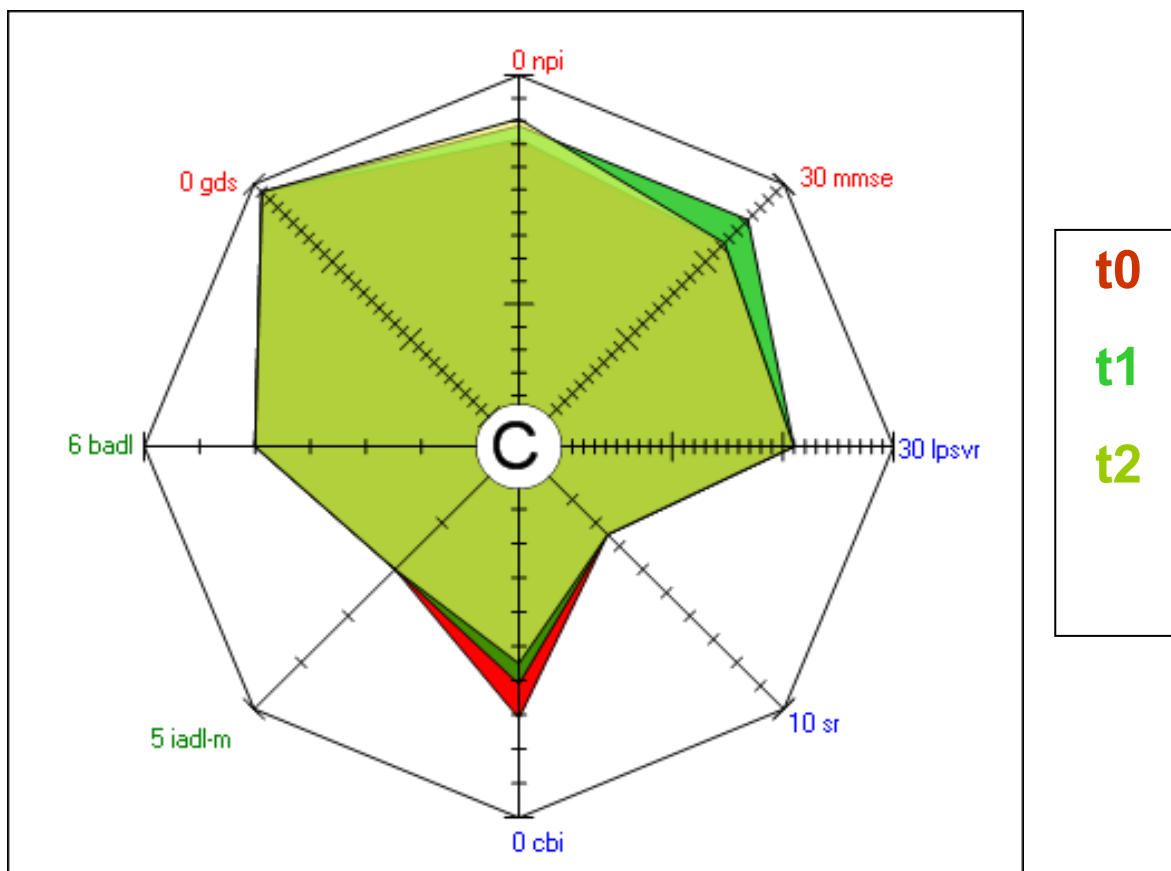
Lo "schema polare", nucleo centrale della progettualità, assume contenuto di cartella informatica che favorisce e facilita, in tempo reale (in quanto informatica), il dialogo con tutti i partner di progetto, interni ed esterni all'ASP che concorrono, con professionalità diverse e nell'ambito della "rete", alla buona riuscita dei percorsi personalizzati.

In modo particolare, nell'ambito della cartella informatica a "schema polare", vengono analizzate in generale, interazioni tra:

- attività quotidiane (grado di autonomia/autosufficienza)
- modalità di partecipazione alla vita sociale
- dinamiche di relazione/comunicazione
- funzioni psico-fisiche
- indice di gravità cognitiva e funzionale
- capacità di autodeterminazione

Lo "schema polare", è uno strumento primario di valutazione dell'efficacia degli interventi socio-assistenziali che necessita di un 'tutoraggio personalizzato' per il suo corretto uso, prevedendo pertanto applicazioni 'guidate' e varie fasi di verifica, studio e approfondimento.

Schema n 3 - Schema Polare Fondazione Zancan



Lo Schema Polare (SP) permette di avere un'immediata rappresentazione della situazione di un utente sotto gli aspetti più rilevanti al fine di una predisposizione più accurata del piano assistenziale:

- valutazione funzionale organica (indicatori scritti in verde)
- valutazione cognitivo comportamentale (indicatori scritti in rosso)
- valutazione socio-relazionale (indicatori scritti in blu)

Tanto più le aree colorate tenderanno all'esterno tanto migliore sarà la situazione dell'utente. La sovrapposizione degli schemi polari, rappresentanti le condizioni dell'utente nei vari tempi di valutazione (t0, t1, t2), permette di capire quali siano i suoi miglioramenti (aree che aumentano) o peggioramenti (aree in restringimento).

Nel caso riportato nello schema n.3 si può quindi evincere che:

- migliora progressivamente la scala *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), test per la valutazione di disturbi comportamentali;
- al tempo t2 peggiora il punteggio assegnato dalla scala *Mini Mental State Examination* (MMSE), test per la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettiva e della presenza di deterioramento cognitivo;
- rimangono invariati i due indici utilizzati per rappresentare l'area funzionale organica che permettono di determinare l'autosufficienza, ovvero *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), scala che valuta la capacità del soggetto nelle attività di vita quotidiane, e la *Basic Activities of Daily living* (BADL) che si concentra invece sulle attività della cura di sé

- si nota un peggioramento progressivo nel tempo della *Caregiver Burden Inventory* (CBI), scala che permette di rappresentare la valutazione dello stress del caregiver
- le ultime due scale dell'area socio-relazionale riguardano le persone che garantiscono una protezione sociale dell'utente (es. presenza di figli, parenti, figure professionali, ecc.) rimangono invariate; la *Scala di Responsabilizzazione* (SR) rappresenta le figure coinvolte nella predisposizione del PAI e sua realizzazione mentre la Protezione dello Spazio di Vita (LPSVr) considera anche tutte le altre figure che possono essere considerate come risorse per l'utente.

2.7 Il Sistema Qualità e la Comunicazione

Il principale obiettivo di ASP, in quanto azienda pubblica, oltre che unica condizione per la sua legittimazione sociale, è quello di produrre utilità sociale mediante l'impiego razionale delle risorse. In questo ambito un ruolo centrale riveste la soddisfazione dei cittadini. Ne consegue una crescente attenzione dedicata alla qualità dei servizi, dei metodi e degli strumenti attraverso cui conoscerla, misurarla, controllarla, governarla, come dimostrano gli indirizzi e i contributi offerti negli ultimi anni dal Legislatore.

Con l'implementazione del sistema di gestione per la qualità, nel dicembre 2011, ASP ha ottenuto la certificazione UNI EN ISO 9001:2008 per "Progettazione e realizzazione di interventi e servizi sociali e socio-assistenziali, con eventuale integrazione socio-sanitaria, rivolti alla persona, alla famiglia e alla rete relazionale in cui la persona è inserita". L'onere a livello di costi interni si è concretato in termini di:

- tempo necessario per la realizzazione del progetto (circa due anni)
- impegno di collaborazione di tutta l'ASP alla corretta effettuazione delle attività programmate (mappatura dei processi, gestione dei reclami, monitoraggio e misurazioni).

Il Sistema di gestione per la Qualità certificato è lo strumento utile per affrontare le criticità dell'organizzazione, rispondere alle esigenze dei cittadini. Tuttavia non rappresenta la fine di un percorso, ma una tappa per procedere verso il miglioramento continuo.

Possiamo così riassumere i benefici nei rapporti con i cittadini, i benefici gestionali e quelli organizzativi:

- Rendere ancora più chiari responsabilità e prestazioni di ASP;
- Organizzare in modo sistemico la comunicazione e l'ascolto verso l'esterno: reclami, segnalazioni, indagini di soddisfazione.
- Rendere oggettiva evidenza dei concetti di efficacia ed efficienza tramite il monitoraggio e la misurazione delle attività.

Tabella n.10 - Indagini di Customer Satisfaction

Numero indagini di Customer Satisfaction					
Anno	2008	2009	2010	2011	2012
N° Indagini	1	0	1	0	1
Servizi coinvolti	Casa Residenza		Assistenza Domiciliare		SIL (Servizio Inserimenti Lavorativi) <i>in corso: pasti a domicilio (settore adulti ed anziani), centro diurno (settore anziani), segretariato sociale anziani</i>

La certificazione richiede di misurare la soddisfazione e di adottare specifiche azioni di risposta.

- Gli indicatori, già in uso ma che saranno potenziati, sono periodicamente verificati con un sistema di auditing predefinito.
- Il processo di raccolta e di risposta alle segnalazioni è garantito da uno specifico processo.

La gestione dei reclami e dei suggerimenti costituisce per ASP un'azione importante e fondamentale per molteplici motivi: in primo luogo, consente di migliorare il servizio alla luce delle considerazioni provenienti dall'utente, predisponendo rimedi e azioni correttive o preventive; dall'altro, permette di migliorare la soddisfazione e il consenso attorno alla stessa organizzazione e ai servizi/prodotti erogati, diventando così un modo per migliorare e monitorare più in generale la qualità dei servizi e per diffondere l'immagine di un'organizzazione attenta alle esigenze e ai feedback dei suoi utenti/clienti. Per agevolare i cittadini nella espressione dei loro reclami e suggerimenti ASP nel 2011 ha prodotto un regolamento con cui abbiamo indicato le modalità di presentazione e di risposta.

Abbiamo anche cercato di curare l'atteggiamento degli operatori nei confronti del reclamo: la funzionalità di un sistema di gestione dei reclami, infatti, è garantita non solo dalla procedura formale, ma anche dall'atteggiamento degli operatori, che valutano la gestione dei reclami come parte integrante dell'attività di cura degli utenti. La gestione delle segnalazioni è uno strumento della comunicazione aziendale. Esso si inserisce fra quelli che aggiornano, da parte della organizzazione, un approccio agli utenti attivo, che supera il concetto di tutela dei diritti, e si orienta fortemente al coinvolgimento e alla partecipazione dell'utenza nella vita organizzativa.

Stiamo ora lavorando, in particolare, ad una classificazione dei reclami (scritti, verbali, via e-mail, via telefonica, ecc.), per meglio rispondere alle esigenze dei cittadini ed alla loro catalogazione.

Sempre nel 2011 ASP ha regolamentato formalmente il diritto di accesso agli atti e ciò consente ai cittadini di veder garantiti con maggiore trasparenza i propri diritti nei confronti dell'ASP: hanno diritto ad una informazione qualificata, ad accedere ai documenti amministrativi e conoscere, nei limiti precisati dalla legge, lo stato dei procedimenti amministrativi che li riguardano, seguendo le fasi attraverso cui l'attività amministrativa si articola.

Tabella n.11 - Richieste di accesso agli atti

N° Richieste di Accesso agli atti	2008	2009	2010	2011	2012
Area Affari Generali	1	3	2	1	
Settore Minori	2	1	2	1	3
Settore Adulti			1		1

Attraverso la comunicazione si è contemperato il dovere di informazione con gli altrettanto fondamentali doveri costituzionali di riservatezza, imparzialità e correttezza. La nostra azienda si è impegnata per far partecipare i cittadini alle decisioni assunte e alle opportunità offerte, che vuol dire ampliare la dimensione sociale della comunicazione che assume una portata strutturale soprattutto per le amministrazioni pubbliche come ASP che deve sempre più impegnarsi a costruire un nuovo rapporto di "conoscenza-visibilità-fiducia" con la comunità territoriale. Nella Casa Residenza per anziani è attiva una Commissione Mensa composta da rappresentanti dei famigliari, del personale di ASP e RTI e della ditta di ristorazione. È, inoltre, attivo un Comitato Partecipativo Utenti composto da rappresentanti dei famigliari, del personale di ASP e di RTI. L'obiettivo delle Commissioni e dei Comitati risiede nel confronto tra le parti volto al miglioramento del servizio. La comunicazione interna si è affermata inizialmente come strumento informativo del "vertice" aziendale che mirava alla trasmissione a una via di concetti che potessero essere recepiti omogeneamente e in modo inequivocabile da una grande massa di soggetti. Successivamente è stata utilizzata non più come modo di dare messaggi univoci, ma quale supporto al ruolo gestionale dei "capi" per contribuire a creare spirito di appartenenza all'azienda e motivazione al lavoro. La terza fase, quella attuale, considera la comunicazione quale uno degli strumenti del processo produttivo, idoneo a contribuire al miglioramento dei risultati. Il tutto visto in un'ottica di sistema integrato di comunicazione interna, che consente i giusti tempi di trasmissione e di risposta in un contesto produttivo e sociale estremamente dinamico e complesso.

Tabella n.12- Incontri Commissione Mensa

Commissione Mensa	2008	2009	2010	2011	2012
N° Incontri	1	1	3	2	1

Tabella n.13 - Incontri Comitato Partecipativo Ospiti

Comitato Partecipativo Ospiti	2008	2009	2010	2011	2012
N. Incontri		2	6	5	1

ASP ha investito in "energia professionale" per la stesura della Carta dei servizi, del sito web e del bilancio sociale. La Carta, ormai alla seconda edizione, è concepita come uno strumento utile nell'ambito dei programmi di sviluppo, di valutazione e di comunicazione della qualità. Essa è inoltre l'unico strumento codificato dal quadro normativo e costituisce in primo luogo un importante strumento di trasparenza ed informazione, sintetica ma completa, per orientare i cittadini nelle numerose attività e nei servizi offerti.

Il sistema per la Qualità rappresenta un sistema dinamico, in continua evoluzione, di cui la Carta è un elemento che nasce dall'integrazione dei diversi strumenti e attraverso questi si verifica e si aggiorna.

Abbiamo lavorato sul linguaggio cercando di rendendolo semplice, chiaro, comprensibile e diretto perché la Carta sia effettivamente uno strumento utile per i cittadini e i destinatari del servizio.

Tabella n.14 - Aggiornamento della Carta dei Servizi

Aggiornamento Carta dei servizi	2008	2009	2010	2011
Redazione e pubblicazione Carta dei Servizi aggiornata	SI			SI

Attraverso il bilancio sociale si rende conto degli obiettivi socialmente rilevanti realizzati che possano raggiungere in maniera trasparente e comprensibile chiunque si approcci alla sua lettura.

Nel corso delle diverse edizioni, edite a partire dal 2008, la stesura del Bilancio Sociale ha visto un cambiamento sostanziale per quanto riguarda la sua impostazione. Innanzitutto il lavoro di predisposizione ha fatto tesoro del lavoro dell'Agenzia sociale e sanitaria regionale che, attraverso un gruppo di lavoro regionale, ha definito le linee guida comuni a tutte le ASP della regione per la redazione del Bilancio sociale. Quest'anno L'ASP di Ferrara e l'ASSP di Copparo hanno pubblicato il primo Bilancio Sociale unitario relativo al 2011. È l'analisi delle azioni e degli investimenti economici per la gestione dei Servizi Sociali diretti dalle due Aziende. Dal 2008 queste due realtà territoriali hanno intessuto relazioni di confronto e integrazione volte alla qualità dei servizi sociali. Dal testo e dalle tabelle di semplice lettura, emergono evidenti le similitudini tra missione, obiettivi strategici, attività svolte e risultati prodotti da entrambe le organizzazioni.

Tabella n.15 - Redazione del Bilancio Sociale

Bilancio Sociale	2008	2009	2010	2011
Redazione e pubblicazione	SI	SI	SI	SI
Bilancio sociale distrettuale				SI

Il sito web ha come obiettivo primario quello di concorrere ad affermare il diritto dei cittadini ad un'efficace comunicazione garantendo un'informazione trasparente ed esauriente sul proprio operato; promuovendo nuove relazioni con i cittadini e le altre PA; pubblicizzando e consentendo l'accesso ai propri servizi; consolidando la propria immagine. La progettazione è incentrata sull'utente, in linea con la legge Stanca per l'usabilità dei siti web e l'accessibilità per le persone disabili. Si è cercato, quindi, di unire usabilità e accessibilità anche attraverso un sistema di navigazione che è semplice ed intuibile.

Come obiettivo di miglioramento ci poniamo l'adesione progressiva alle "Linee guida per i siti web della PA" previste dall'art. 4 della Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione 26 novembre 2009, n. 8.

Tabella n.16 - Aggiornamento sito web

Sito web	2008	2009	2010	2011
Aggiornamento sito web		creazione sito	aggiornato	aggiornato

ASP ha, nel corso del 2012, prodotto due pubblicazioni: *Curare Persone con Persone* e *La riorganizzazione del Servizio Sociale di ASP*. Con questi lavori ASP ha inteso “raccontarsi”, “mettersi in gioco”, fornire spunti di riflessione ed attivare un circolo virtuoso da cui trarre spunti per migliorarsi. Il primo lavoro racconta di un percorso formativo specifico ed approfondisce alcuni aspetti teorici e scientifici sui quali poggia la filosofia organizzativa e la mission dell’azienda. Il secondo libro è diviso in tre parti. La prima riguarda la presentazione generale del progetto di riorganizzazione del Servizio Sociale: il percorso di lavoro sulla presa in carico è iniziato nel 2010 con un’analisi delle diverse tipologie d’utenza e come creare le condizioni interne per poter investire nel lavoro tra colleghi e nel lavoro con la rete dei servizi. Nella seconda parte si trovano gli approfondimenti sui percorsi realizzati relativi ai tre Settori del Servizio Sociale (Minori, Adulti, Anziani). La terza parte racconta il costante confronto tra ASP e Assessorato alle Politiche Sociali del Comune che ha portato alla messa a punto del nuovo Contratto di Servizio.

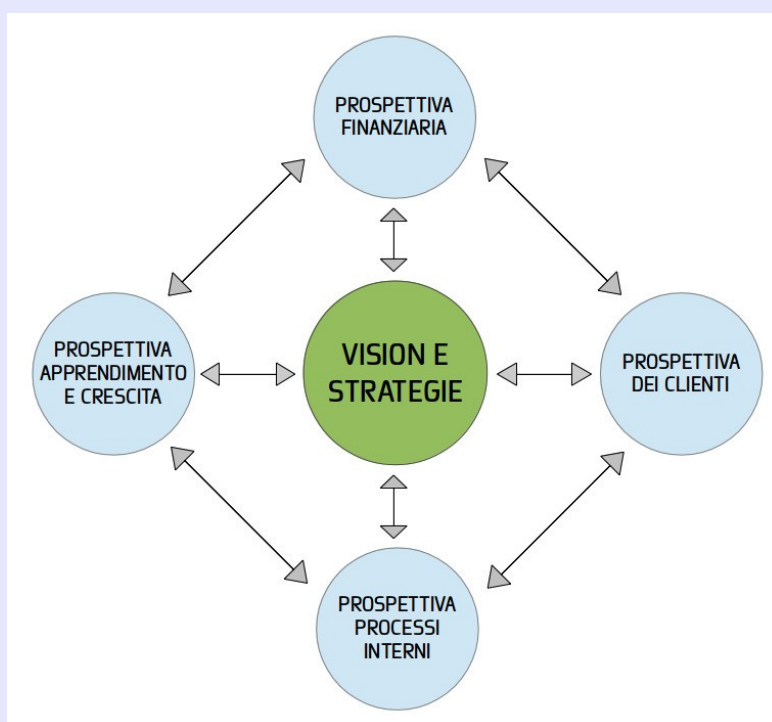


FOCUS: La Balanced Scorecard e il CAF-EFQM (di Enrico Bracci)

In una serie di pubblicazioni Kaplan e Norton (1992, 1996a, 1996b, 2001) hanno nel corso del tempo presentato i principi base ed i casi di successo della BSC. In tali lavori, gli autori hanno anche affrontato le ragioni che spingono le aziende ad introdurre ed utilizzare la BSC.

Gli obiettivi e le misure della BSC, all'interno delle quattro prospettive base (i.e. Economico-finanziaria, clienti, processi interni, apprendimento e crescita), scaturiscono da un processo gerarchico che, partendo dalla mission e dalla strategia, individuano i driver e le iniziative di ciascuna unità di business. La BSC dovrebbe tradurre la missione e la strategia aziendale in obiettivi, misure ed iniziative tangibili.

Figura 1 - La struttura della Balanced Scorecard



La BSC continua ad essere particolarmente diffuso, anche nella PA. L'adattamento concettuale ed operativo nell'applicazione della BSC nelle aziende pubbliche riguarda il ruolo e posizionamento della prospettiva economico-finanziaria. Infatti, se per le aziende a scopo di lucro la prospettiva finanziaria fornisce la finalità principale di medio-lungo termine, nella pubblica amministrazione ne costituisce il limite, anziché l'obiettivo. Le considerazioni finanziarie possono svolgere un ruolo di promozione o di costrizione, ma non possono rappresentare la sola fonte di legittimazione esterna e di creazione di valore.

La BSC si pone ulteriormente la finalità di allineare la struttura organizzativa alla strategia, specie dove la presenza di più unità gestionali comporti la coesistenza di diverse priorità strategiche. La novità di questo approccio è costituita dal fatto che le prospettive che si sono identificate e misurate tramite specifici indicatori non sono isolate le une dalle altre ma sono correlate tramite nessi causali forti.

Il processo di implementazione della BSC diviene funzionale per lo sviluppo del consenso, coinvolgimento e spirito di gruppo in tutta l'azienda. Uno degli scopi principali della BSC è proprio quello di allineare le attività operative dei dipendenti alle strategie dell'azienda. L'assenza di comunicazione e conoscenza della strategia nei diversi livelli organizzativi rappresentano dei forti limiti all'efficacia della BSC.

La BSC trova la sua collocazione ideale in un contesto caratterizzato da analisi e “controlli integrati” dei dati. In questo senso un dato quantitativo non è fine a se stesso, ma un mezzo per comprendere e migliorare le attività che descrive ed attivare quei processi di feedback/forward ed apprendimento.

La *European Foundation for Quality Management* (EFQM), nel 1991, promosse a livello europeo un premio per il miglioramento continuo in qualità, identificando un modello olistico denominato *Business Excellence Model* (BEM). Tale iniziativa si collocava all’interno di un movimento culturale per la diffusione nelle imprese dei principi del TQM proposti da autori come Crosby (1979), Deming (1982) e Juran e Gryna (1993).

Il modello EFQM rappresenta altresì una evoluzione, non solo linguistica, dal TQM all’eccellenza aziendale. A ben guardare, il termine “qualità” non appare in nessuno dei criteri di cui il modello EFQM si compone, ma ne rappresenta il comune denominatore al fine di conseguire la completa soddisfazione dei diversi portatori di interesse.

Il modello EFQM propone di analizzare, misurare, valutare ed attivare piani di miglioramento all’interno di un’azienda secondo cinque fattori abilitanti, e quattro aree di risultati (Figura 2).

Il modello EFQM ha avuto una forte diffusione nella letteratura e nella prassi, sebbene siano stati evidenziate talune difficoltà nella sua applicazione.

Il modello EFQM è utilizzabile per tre diverse finalità, tra loro non escludibili, in particolare:

- come sistema di autovalutazione - Il modello EFQM, a differenza di altri modelli, trova nel CAF una metodologia di autovalutazione per facilitare la sua diffusione ed introdurre il cambiamento all’interno delle aziende;
- come sistema di benchmarking tra aziende;
- come una guida per l’individuazione di aree di miglioramento.

Il CAF è il risultato della cooperazione tra i Ministri responsabili delle funzioni pubbliche dell’Unione Europea. E’ stato sviluppato tramite l’IPSG (Innovative Public Services Group), da un gruppo di lavoro di esperti nazionali istituito dai Direttori Generali delle funzioni pubbliche. A livello europeo è ora presente l’European Institute of Public Administration (EIPA) a promuovere il CAF nelle PA.

Il CAF si presenta come uno strumento specificatamente pensato per le aziende ed amministrazioni pubbliche in Europa per la diffusione di tecniche di gestione della qualità finalizzate al miglioramento delle performance. Il CAF consiste in una griglia di autovalutazione che è concettualmente simile ai principali modelli di TQM, all’EFQM in particolare.

Figura 2 - Il modello EFQM



#3

Integrazione e Qualità

di

*Paola Castagnotto, Segretaria Tecnica Conferenza Territoriale,
Sociale e Sanitaria e Competente per l'AUSL dell'Ufficio di
Piano Distretto Centro Nord*

Silvia Bonsi, Settore Minori ASP

Vincenza Fichera, Settore Adulti ASP

Marilena Marzola, Settore Anziani ASP

Annalisa Bignardi, Contabilità FRNA ASP



3.1 Introduzione - L' integrazione socio sanitaria: una sfida sempre aperta (di Paola Castagnotto)

*Due mani che applaudono producono un suono:
che suono produce una mano sola?
Humphreys, Il Buddismo*

Questo bilancio di mandato è attraversato dall'istanza dell'integrazione, ambizione e tormento degli ultimi vent'anni di riflessione teorica e di gestione dei modelli locali di welfare, a livello nazionale come a Ferrara.

Sul termine *integrazione* non sempre troviamo accordi univoci di significato e l'uso diverso, spesso non dichiarato, che si fa di questo termine porta a incomprensioni, diversità di atteggiamenti nelle prassi, ambivalenze nelle relazioni e nei confronti e, molto spesso, errori strategici nei processi di pianificazione e organizzazione. Il vero problema è che il sistema sociale e quello sanitario "agiscono" quotidianamente in processi di integrazione, anche quando non programmata, dando per scontato l'accordo e la condivisione del termine e delle sue conseguenze istituzionali e organizzative. In questa fase di valutazione della attività di un quinquennio dell'ASP, non serve addentrarsi nelle definizioni teoriche, pur importanti delle diverse declinazioni sociologiche del concetto di integrazione per i sistemi sociale e sanitario, ciò che conta, a mio parere, in questo momento di nuova declinazione di un sistema per il benessere e la salute, è concentrarsi su una definizione comune di integrazione come attivazione di processi attraverso i quali i sistemi sanitario e sociale acquistano una unitarietà e una funzionalità centrate sulla persona. In sostanza, l'integrazione sociale e sanitaria come processo, non è solo una modalità operativa, ma è un attivatore di sviluppo di un sistema che "pensa" e "agisce" in modo nuovo. I processi e i percorsi dell'integrazione non possono quindi che partire dalla sollecitazione di una visione nuova della salute e del benessere sociale che si orienta a partire dalla fase della pianificazione-programmazione, si sviluppa nella fase della gestione-organizzazione, indirizzando gli sforzi verso l'impianto complessivo di sistema di *servizi alla persona*, si completa in una prospettiva di sviluppo. Non più quindi servizi e prestazioni orientati alla organizzazione e agli operatori, ma in funzione della persona e della complessità dei bisogni. Si tratta inoltre, di orientarsi verso prospettive e schemi interpretativi nuovi in una ottica di passaggio dalla cura, come dalla assistenza, al *prendersi cura* della persona e dei suoi bisogni in tutta la sua globalità e complessità. Il concetto del *prendersi cura* contamina tutti i livelli dell'integrazione, così come definiti nel Piano Regionale Sociale e Sanitario del 2009: istituzionale, gestionale, professionale e operativo e, alla luce dei nuovi orientamenti partecipativi della programmazione regionale, anche comunitario. Direi che la valutazione di un quinquennio di attività della ASP evidenzia segnali positivi di evoluzione verso un sistema integrato, pur mantenendo delle aree di incompiutezza, sia nel livello gestionale, come operativo e professionale e ha aperto, nella evoluzione del rapporto con il Terzo Settore, anche una nuova prospettiva di integrazione comunitaria. L'integrazione è una modalità di pensiero nuovo che non può credibilmente essere applicata con il conformismo dei "piccoli aggiustamenti organizzativi" o con la pratica delle "relazioni amichevoli tra i servizi". È un progettare di agire sui bisogni delle persone in una dimensione olistica che si confronta con l'idea che le persone - utenti dei servizi - hanno una loro unicità e unitarietà. Il sistema sociale, immerso, per sua natura, nella complessità relazionale, forse è più "predisposto" a questo approccio. Il sistema sanitario ha sicuramente una diversa attitudine a considerare il bisogno di tutela o di assistenza. E' evidente una

difficoltà, nonostante i passi avanti compiuti, a collocare la persona che rappresenta un bisogno in un contesto più ampio di relazioni sociali e familiari. Tra le preoccupazioni acquisite nel tempo, una appare con prepotenza agli occhi di tutti, il rischio di una eccessiva sanitarizzazione della società sia in termini di visione dei problemi riguardanti le persone, le famiglie e i contesti sociali che le circondano, sia in termini di approccio per proporre interventi adeguati ai bisogni manifestati. Chi opera in ambiti socio sanitari ha ben evidenti queste difformità e ben sa quanto gli interventi sociosanitari stentano a diventare sistema, senza trattino (-) tra socio e sanitario. In questi anni è stato evidente che tutti ci troviamo ormai di fronte a nuovi bisogni che afferiscono alla complessità della persona anziana, o disabile, fragile, a minori che necessitano di tutele complesse e famiglie in difficoltà rispetto alla responsabilità del proprio ruolo, a individui che scivolano progressivamente verso la vulnerabilità sociale ed economica. Questi nuovi bisogni non sono la risultanza di una sommatoria di bisogni sociali e bisogni sanitari per i quali spesso è difficile stabilirne la diversa graduazione e priorità in riferimento alla persona che li manifesta, ma si tratta di bisogni sociosanitari dove questo termine è da intendersi nella sua unicità. Ho fatto riferimento anche ad una dimensione di integrazione comunitaria e diverse esperienze realizzate in questi anni, soprattutto per la popolazione anziana, ci orientano a pensare che una estesa cultura di *Community care* come approccio fondato sul lavoro di cura da parte di soggetti sia del "settore informale" (gruppi di *self-help*, associazioni e cooperative del Terzo Settore), sia del "settore formale" (servizi del settore pubblico o del privato accreditato) ha iniziato a sollecitare un ripensamento di ruoli, funzioni e responsabilità delle varie professionalità sociali e sanitarie, in una prospettiva comune di *attivatori di reti sociali funzionali allo sviluppo del sistema complessivo di assistenza e di tutela*.

Le reti, oggi così moderne, non sono una meccanica garanzia dello sviluppo di un sistema integrato. Spesso sentiamo una confusione semantica tra il concetto di rete e il concetto di integrazione.

Rete è spesso usato come sinonimo di insieme, sistema, organizzazione. A questo proposito è utile sottolineare come è diverso essere integrati in una rete, dall'appartenere ad un sistema socio sanitario integrato. Essere integrati in una rete ha soprattutto una valenza comunicativa, essere integrati in un sistema ha, invece più una valenza di interdipendenza.

La esperienza di questo quinquennio orienta più a pensare che i Servizi Sociali e il Terzo Settore, siano già oltre alla "rete" e predefiniscano un processo dove il rapporto con i soggetti di prossimo accreditamento è orientato alle relazioni di sistema. Sicuramente l'ambito tematico dove è più evidente questa evoluzione è quello relativo all'area anziani. Nei prossimi anni dovranno essere consolidate tutte le tracce aperte in questo quinquennio e soprattutto portate nel complessivo sistema della integrazione socio sanitaria.

La traduzione operativa di un sistema atto ad affrontare i bisogni complessi, che richiedono unitarietà di intervento, progetti personalizzati, continuità assistenziale, valutazione multiprofessionale del bisogno, condivisione degli obiettivi, progettazione integrata delle risposte, valutazione partecipata degli esiti, sarà il completamento dell'integrazione socio sanitaria. Un tratto di difficoltà per anziani, disabili e minori è ancora nella gestione continuativa del sistema centrato sulla integrazione. Una prospettiva di lavoro sarà anche nella futura gestione delle case per la salute di Copparo e di Ferrara.

Il PSN 2011-2013 individua come macro obiettivo la promozione del "*benessere e della salute dei cittadini e della comunità*", sottolineando il ruolo centrale assegnato alle cure primarie e alle strutture territoriali nell'ambito di quella che viene definita "sanità di iniziativa" con funzioni di prevenzione/counselling/informazione della popolazione sana e gestione dello stato di salute di tutte le tipologie di assistiti, con specifica attenzione alla continuità delle cure e quindi all'integrazione tra ospedale e territorio, da realizzarsi attraverso reti di assistenza in grado di garantire "appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di team caratterizzati da competenze sociali e sanitarie". In questo quinquennio passi avanti sono stati compiuti per una cultura delle dimissioni protette e difficili, più consapevole che il "dopo ospedale" pregiudica la

qualità stessa del “durante ospedale”, ma ancora il team socio sanitario di presa in carico, non è realizzato.

Direi che nell’orizzonte futuro di sviluppo di una completa interazione, termine che io preferisco alla integrazione, tra sociale e sanitario vi è in generale la condivisione del “caring” inteso come approccio alla cura e alla tutela sociale con l’intenzione di rendere migliore la qualità della vita della persona, a prescindere dalla persistenza della sua patologia. Importante sarà sviluppare l’ottica sociale anche in tutta la casistica riferibile al disagio psichico, alla disabilità mentale. In questi ambiti di intervento sarebbe la modalità di “uno sguardo” sui problemi sociali della persona senza il filtro della patologia. Quando anche la patologia c’è dietro un disagio sociale, l’ottica sociale permette di mettere a fuoco una realtà di altro ordine. Forgheraiter⁵ e altri autori definiscono proprio l’agire sociale come azione di “fronteggiamento” ad esempio in situazioni di patologie gravi come la malattia di Alzheimer.

Temi sui quali il sistema, tutto, dovrà continuare a riflettere.

In ultimo sottolineo che riflettere sui passi avanti fatti nella esperienza locale di costruzione di un sistema integrato e su quanto ancora dobbiamo fare, costringe tutti noi operatori dell’ambito sociale come sanitario a modificare in profondità il nostro modo di lavorare. Però, sappiamo anche che, se agiremo con convinzione il cambiamento del modello di welfare che conoscevamo e nel quale ci siamo professionalmente formati, il percorso andrà ben oltre i servizi sociali e sanitari e potrà sostenere la comunità nell’affrontare il futuro.

“Le nostre speranze di cambiamento sono legate alla nostra capacità di allestire contesti in grado di ri-orientare l’immaginario delle persone. Operazione realizzabile soltanto a partire dal fronteggiamento di problemi quotidiani intorno ai quali è possibile aprire spazi di riflessione”⁶.

⁵ Fabio Folgheraiter, La logica sociale dell’aiuto, *Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*, Erickson, 2007

⁶ Gino Mazzoli, *Costruire partecipazione nel tempo, della vulnerabilità*, supplemento Animazione Sociale, 2012

3.2 Alcuni protocolli e prassi di interazione socio sanitaria

Un bilancio di mandato per gli operatori sociali e sanitari impegnati nella tutela della salute e del benessere sociale dei minori, deve necessariamente partire dalla valutazione di quanto la collaborazione e la integrazione tra ambiti professionali diversi, è stata coerente e funzionale alla applicazione del principio, matrice delle nuove politiche sull'infanzia, di salvaguardia della unitarietà e della integrità psico-fisica del minore.

Per il Settore Minori della ASP gli ambiti prioritari di valutazione sono quelli della disabilità (protocollo "percorsi per la presa in carico di minori con disabilità prossimi alla maggiore età" del 2009) e della tutela. L'ambito della disabilità sarà esplicitamente affrontato nei punti seguenti; proviamo a mettere a fuoco l'ambito della tutela.

Nell'ambito della tutela dei bambini, l'attività socio sanitaria integrata è in gran parte rivolta ai casi in cui, a seguito di provvedimento della magistratura minorile, viene chiesta una valutazione delle risorse genitoriali. Ai servizi è richiesto di attivare un percorso di valutazione mirato a rilevare il tipo di attaccamento sviluppato dal bambino nei confronti dei genitori o delle figure di riferimento principali, il grado di consapevolezza raggiunta dai genitori relativamente ai bisogni di protezione, di accudimento, ai bisogni emotivi, educativi del figlio in relazione all'età e alle condizioni oggettive del contesto di vita. In questo contesto valutativo e, specifichiamo "non giudicante", è di fondamentale importanza rilevare anche il tipo di condotta di vita dei genitori e il livello di responsabilità rispetto ai bisogni materiali della famiglia.

Quando a seguito della valutazione psicosociale, la potestà genitoriale è limitata da un provvedimento dell'autorità giudiziaria, diventa allora, strategico, impostare una pluralità di interventi integrati, flessibili e personalizzati sulla specificità di ogni situazione. Sono sperimentati interventi diversi di sostegno al minore e alle famiglie per un recupero delle loro competenze genitoriali, interventi di supporto e accompagnamento attraverso il ricorso alle famiglie affidatarie o alle comunità di accoglienza.

La priorità è la tutela dell'interesse del minore e ai servizi, sempre più spesso, è richiesta una valutazione in situazioni di complessità relazionale, durante le fasi di conflittualità o di separazione di una coppia. La difficoltà di valutazione dell'interesse del minore chiede un approccio multidimensionale al problema. È necessario valutare il rischio in cui versa il minore stabilire quale tipo di rapporto sia da mantenere fra il minore stesso e il genitore non convivente, in caso di separazione avvenuta.

Durante il percorso di valutazione è indispensabile l'integrazione socio sanitaria perché sono necessari attenti:

Approfondimenti sullo stato psicologico degli adulti/genitori, ricorrendo alla psico-diagnosi (profili della personalità), competenza del Dipartimento di Salute Mentale; l'accertamento o l'esclusione di uno stato di dipendenza da sostanze stupefacenti, alcool, farmaci o altro, competenza del Servizio Dipendenze sempre del Dipartimento di Salute Mentale.

Le valutazioni sono la premessa per le prese in carico più appropriate da parte dei servizi specialistici che, non devono svolgere un solo ruolo di "consulenti", ma condividere un progetto con i servizi sociali e interfacciarsi con la autorità giudiziaria competente per i minori. Questo percorso di tutela del minore è stato sperimentato, in questi anni, con fatica, per tenere sempre coese le competenze sociali e quelle sanitarie. La costante qualificazione di questa competenza integrata sarà il filo conduttore delle nuove evoluzioni del principio di tutela sul piano professionale.

Attualmente la regolamentazione degli interventi, e' gestito a livello provinciale, nel rispetto delle normative generali, attraverso strumenti di diversa natura; tra questi citiamo:

- il protocollo unificato per le attività psico-sociali "PUAPS" redatto nel 2006 e modificato nel 2010

- il protocollo di collaborazione tra SER.T., Azienda USL e Servizio Sociale del Centro Servizi alla Persona (organizzazione che vigeva nel 2005)
- da buone prassi che intercorrono con il Dipartimento di Salute Mentale per la valutazione e la presa in carico dei genitori.

3.2.1 Protocollo PUAPS

L'obiettivo di questo protocollo, costruito con un lungo percorso di concertazione tra i servizi sociali e quelli sanitari, è stato quello di salvaguardare l'attività sociosanitaria a favore dei minori definendo i compiti specifici dei servizi coinvolti, i tempi di intervento e le procedure. Il protocollo è applicabile alle situazioni di minori sottoposti all'attenzione dell'Autorità Giudiziaria e a quelli per i quali, anche in assenza di un mandato, a seguito di approfondimento di tipo sociale si rilevano fragilità e criticità nelle competenze genitoriali tali da far temere un rischio psicopatologico per il minore. Si ritiene importante segnalare che a fronte della complessità dei casi e dell'elevato numero delle segnalazioni istituzionali, negli ultimi anni in particolare, le richieste attivate dal Servizio Sociale riguardano in particolare minori sottoposti all'attenzione dell'autorità giudiziaria; fino a quando non c'è un mandato istituzionale la competenza resta del Servizio Sociale. Quando è possibile per un sufficiente livello di collaborazione dei genitori, la famiglia è inviata al Servizio specialistico attraverso il percorso del libero accesso.

Le recenti modifiche apportate al protocollo (nel 2010), dopo la valutazione operativa della sua praticabilità, prevedono la redazione di due relazioni distinte, sociale e psicologica diversamente da quanto previsto originariamente dal protocollo stesso che richiedeva la redazione di un unico documento valutativo con la firma di entrambi gli operatori referenti. A partire dal 2010, la relazione sanitaria viene inviata al servizio sociale che a sua volta la trasmette all'Autorità Giudiziaria competente, quando possibile, congiuntamente alla propria.

La separazione delle relazioni appare come un arretramento della multidimensionalità iniziale, deve però essere sottolineato che il cambiamento ha indotto una più corposa risposta da parte di SMRIA anche se in tempi non sempre coincidenti con le scadenze decise dai tribunali; il principio di integrazione ispiratore del PUAPS è stato mantenuto nella consapevolezza degli operatori di dovere condividere le progettualità nell'interesse dei minori, ma fattivamente ha assunto la veste della "consulenza psicologica" che contrasta con la necessità di condividere le responsabilità decisionali. Su questo punto dovrà essere ancora sviluppata una riflessione comune, perché per temi di prese in carico tanto delicate non è opportuno che la "consuetudine" operativa si sostituisca al miglioramento delle prassi, sempre auspicato.

La riflessione comune dovrà anche occuparsi di temi, legati alla applicazione del protocollo, indicati dal gruppo di lavoro che ne ha curato la definizione. Per un monitoraggio puntuale, il gruppo di lavoro aveva definito degli indicatori di validità della procedura e aveva proposto ulteriori ambiti di sviluppo del protocollo, come ad esempio la definizione degli impegni di spesa a carico dei servizi coinvolti nel caso delle collocazioni extra familiari dei minori. In un'ottica di collaborazione, l'auspicio è che nei prossimi anni si definiscano tutte le possibili applicazioni del protocollo.



3.2.2 Protocollo SERT

Questo protocollo di collaborazione è nato dall'esigenza di individuare un percorso operativo comune e condiviso teso a coordinare gli interventi volti alla tutela del cittadino attraverso percorsi individualizzati, con una particolare attenzione quando vicino agli adulti problematici sono presenti i minori.

Il documento è stato redatto in anni in cui vigeva una diversa organizzazione dei Servizi, ma riconosciuta l'attualità dell'obiettivo continua ad essere in parte applicato.

Il protocollo comprende una scheda di verifica del progetto condiviso che non è mai stata utilizzata: sarebbe opportuno valutare la necessità di ripristinarne l'uso anche alla luce dell'aumento del numero di genitori con problematiche legate alla dipendenza, all'aumento della complessità delle situazioni e soprattutto in riferimento alla nuova casistica di minorenni, in carico al Servizio Sociale e/o segnalati dall'Autorità Giudiziaria, per consumo/abuso di sostanze ed alcol. La significativa presenza di questa tipologia di problematica richiederebbe un confronto sugli obiettivi di tale presa in carico nell'interesse dei minori e nel rispetto delle scadenze per le indagini e le valutazioni chieste dal tribunale, le verifiche e le eventuali collocazioni in strutture di accoglienza al fine di condividere procedure comuni.

3.2.3 Buone prassi con il Dipartimento di Salute Mentale

Con l'intensificarsi della complessità delle situazioni in carico, sempre più spesso in questi anni, i tribunali hanno chiesto una psico-diagnosi dei genitori che completa la valutazione delle risorse genitoriali, al fine di escludere o diagnosticare patologie psichiatriche o più generalmente disturbi di personalità.

Spesso queste diagnosi determinano il tipo di progettualità da intraprendere pertanto, è facile comprenderne l'importanza.

Non esiste un protocollo di collaborazione formale tra ASP e il Dipartimento di Salute Mentale; negli anni la collaborazione si è strutturata sulla base delle sensibilità e volontà degli operatori e solo recentemente si è sentita la necessità, da parte di entrambi i servizi, di confrontarsi sullo stato delle cose.

Nel 2010/2011 Il DSM ha proposto una formazione congiunta con U.O. SMRIA e Servizio Sociale a livello provinciale al fine di definire:

- gli obiettivi della collaborazione,
- gli ambiti psicologici da approfondire in base alle necessità decisionali dell'autorità giudiziaria
- i contenuti delle relazioni
- le procedure formali da adottare a livello provinciale per uniformare le modalità di segnalazione e di collaborazione

La formazione è stata autogestita dagli operatori che, attraverso l'analisi di casi reali e concreti, ha teorizzato alcuni aspetti degli ambiti sopra citati.

La problematica trasversale a tutti i territori e ai diversi servizi, che resta ancora da affrontare, riguarda la valutazione dei cittadini stranieri, per scarsa conoscenza da parte degli operatori coinvolti, ma soprattutto per una inadeguatezza dei criteri di valutazione testistica riconosciuta scientificamente a livello europeo somministrati a individui di culture diverse da quella occidentale.

Gli operatori sanitari si sono impegnati a fare ricerca per affrontare tale problematica ed attrezzarsi con strumenti di valutazione idonei; l'impegno comune è quello di ricreare situazioni di confronto, con l'obiettivo di realizzare progetti modulati sui bisogni della persona con particolare attenzione alla sfera della genitorialità.

3.2.4 Protocollo per la presa in carico di minori con disabilità

Il Distretto Centro Nord con Delibera n.191 del 22/06/2009 dà vita al protocollo "Percorsi per la presa in carico di minori con disabilità prossimi alla maggiore età". Il protocollo è nato in un percorso partecipato, tra Azienda USL e Servizi Sociali, di formazione-azione con un duplice obiettivo: migliorare la presa in carico di utenti disabili, dopo l'uscita dalla tutela sanitaria della U.O.SMRIA, in un'ottica di proiezione al progetto di vita e, implicitamente, qualificare la integrazione tra le responsabilità sociali e quelle sanitarie, attraverso una condivisione di strumenti, di linguaggio e di cultura assistenziale.

Migliorare l'integrazione dei servizi sociosanitari è da sempre uno degli obiettivi più corposi delle aziende pubbliche operanti sul territorio, ma quando l'integrazione coinvolge maggiormente l'area dell'infanzia e dell'adolescenza l'obiettivo si trasforma in una vera e propria mission.

Infatti la presa in carico dei minori con disabilità o con grave disagio psicopatologico nella fascia che oscilla dai 0-17 anni d'età e, di conseguenza, il passaggio alla maggiore età dei minori in carico dell'Azienda USL, congiuntamente o meno ai Servizi Sociali Minori, ha coinvolto professionalmente molteplici aziende e figure professionali.

Il punto di partenza è stata la riflessione condivisa in merito al "percorso riabilitativo" che si interrompe prematuramente e che molte volte non consente, proprio per la brevità, il raggiungimento delle potenziali autonomie della persona.

L'ingresso nel mondo degli adulti attraverso il compimento della maggiore età implica una presa in carico onnicomprensiva che sottende ad un fittissimo e solido lavoro di rete; la collaborazione tra pubblico e privato sociale oltre ad essere costante è soprattutto imprescindibile.

Infatti le aree di vita degli adolescenti che si affacciano alla maggiore età si dilatano in maniera importante; oltre alla famiglia e alla scuola fino ad ora privilegiati si aggiungono altri luoghi di socializzazione come il tempo libero, lo sport, e luoghi di lavoro/occupazione.

Dall'adolescenza all'età adulta

Il momento dell'uscita dal Servizio che si occupa dell'età dello sviluppo è una fase delicata del processo di riabilitazione: da un lato è il momento della valutazione dell'efficacia del Servizio stesso, dall'altro è il tempo in cui si delineano in senso prognostico le necessità future ed in cui vengono fornite le indicazioni su chi può rispondere ai bisogni futuri di cura, riabilitazione e sostegno. Inoltre, il processo avviene all'interno di un sistema relazionale che coinvolge le aspettative delle famiglie sul futuro dei figli disabili, le loro paure e diffidenze.

La riflessione interaziendale che ha predisposto il protocollo ha evidenziato le necessità di:

- preparare percorsi di dimissione da SMRIA "protetti" e facilitati
- coinvolgere i MMG come referenti per la parte sanitaria
- attivare per tempo tutta la rete degli operatori individuabili come referenti importanti per il progetto di vita della persona, responsabilizzandoli per tempo verso una presa in carico che significhi condivisione e continuità sul progetto riabilitativo in corso e non "nuova presa in carico"
- creare un momento di riflessione clinica sul caso con la famiglia e gli operatori della rete dei servizi per gli adulti e attraverso questo "Rito di passaggio" effettuare un saluto ed un accompagnamento a nuove esperienze assistenziali
- inviare a tutti gli interlocutori della rete una lettera di dimissione che contenga tutti gli elementi utili a una presa in carico di continuità progettuale.

Da una riflessione nuova sui bisogni della persona e del suo nucleo familiare, nel tentativo di organizzare una risposta metodologicamente adeguata, è nato il progetto sperimentale di passaggio alla Rete dei servizi per l'età adulta, attivato all'interno di

U.O.SMRIA, prima formalizzato per il Distretto Centro Nord e progressivamente esteso anche agli altri due Distretti.

La riabilitazione dell'età evolutiva perde efficacia e valore se con l'ingresso nell'adolescenza il lavoro non prosegue con la preparazione del passaggio ai Servizi per l'età adulta e quindi agli obiettivi riabilitativi tipici dell'età giovanile: massima autonomia possibile ed inserimento lavorativo-occupazionale.

Pertanto un elemento fondamentale che guida il processo è l'indicazione a seguire i bisogni dei giovani sia espressi sia deducibili, dalle fasi del ciclo vitale e dall'età anagrafica e mentale.

Tutto ciò vorrà anche dire rischiare di non trovare immediatamente il luogo di vita adatto alla risposta a questo o quel bisogno, incontrando impotenza e frustrazione.

"Affinché quindi si possa pensare ad un reale progetto riabilitativo e ad un consequenziale progetto di vita occorre concepire un percorso integrato socio-sanitario ossia un luogo ove possano fondersi azioni ed interventi finalizzati a garantire una buona partecipazione alla vita sociale indipendentemente dalla gravità delle disabilità"

La prospettiva dei famigliari

Con l'entrata nel mondo degli adulti capita che il genitore sentendo parlare di "invalidità" senta più una sensazione di "minaccia" che di tutela; avverta una sorta di ghettizzazione per il proprio figlio anziché la sicurezza di un diritto riconosciuto.

Questa consapevolezza induce gli operatori a pensare al genitore come parte integrante del progetto di vita in quanto egli stesso deve affrontare un percorso di metabolizzazione di questa nuova fase di vita.

Dalla scuola a percorsi di vita individuali

Traghetando nel mondo degli adulti, i luoghi in cui il giovane può esprimersi partendo dalla valorizzazione delle proprie attitudini, sono vari e diversificati.

Si potrà pensare ad un inserimento in un centro socio-riabilitativo o ad un laboratorio protetto dove poter espletare semplici mansioni lavorative. Non per ultimo, da alcuni anni anche le aziende pubbliche, private e le cooperative sociali si stanno trasformando, attraverso stage formativi o socio-terapeutici, in luoghi ove questi giovani possono sperimentarsi umanamente e professionalmente.

Il Rito di passaggio

Il protocollo quindi prevede sì una dimissione, ma sancisce anche la continuità del progetto. La presa in carico dopo la scuola dell'obbligo è vista come un "rito di passaggio" ove ruolo sanitario fondamentale ma delicato è affidato al MMG a colui, cioè, che conosce bene il caso e che sostiene e orienta la famiglia, tenendo i contatti con le altre figure specialistiche coinvolte (neurologi, fisiatristi, ...).

Il ruolo sociale invece è affidato alle ASP/ASSP che oggi oltre alle assistenti sociali responsabili dei casi hanno integrato altro personale specifico come educatori e psicologi.

Infine, ma non meno importante, dobbiamo citare il ruolo del terzo settore che molte volte diventa il luogo privilegiato di accoglienza e sensibilizzazione in merito a tutto ciò che riguarda il mondo della disabilità.

In sintesi sotto la regia della U.O. SMRIA si deve attivare un fitta rete così composta:

- Famiglia;
- Medico di Medicina Generale;
- Servizi Sociali Minori e Adulti;
- Referenti di strutture residenziali e semiresidenziali;
- UO Integrazione Scolastica;
- Referenti UVAR/UVM;
- Referenti Associazioni/Terzo Settore;
- Psichiatri e altri Specialisti.

L'organizzazione e gestione dei passaggi ha seguito sinteticamente le seguenti fasi:

- identificazione dei casi in cui è necessario il passaggio;
- fase preparatoria finalizzata all'individuazione degli interlocutori della rete ed all'organizzazione degli incontri;
- riunione con i soggetti individuati per definire e concordare il percorso successivo;
- definizione del progetto sociosanitario con individuazione dei progetti in uscita e degli operatori referenti.

La "lettera di dimissione" inviata quindi dalla U.O. SMRIA, dopo l'incontro collettivo, a tutte le figure coinvolte nel progetto di vita del giovane, diventa l'elemento fondante per la continuità progettuale nonché lo strumento di lavoro indispensabile per i futuri referenti.

3.2.5 UVM-D – Dalla cura della malattia alla centralità della persona: da dove nasce

Nel campo sociale e riabilitativo negli ultimi anni da un importante input Europeo, anche a livello locale, abbiamo assistito ad una sorta di rivoluzione di tipo sia concettuale che di metodo nei confronti delle persone che necessitano di un aiuto in ambito sanitario e/o sociale.

Le Aziende pubbliche, impegnate sul territorio in una azione costante di integrazione socio-sanitaria, hanno fatto proprio il modello "biopsicosociale" che coinvolge tutti gli ambiti di intervento delle politiche pubbliche e, in particolar modo, le politiche di Welfare, Salute, Educazione e Lavoro.

A circa 11 anni dalla pubblicazione dell'ICF, entriamo finalmente nell'epoca del superamento della sola visione sanitaria di una persona a favore di una dimensione dinamica, sociale ed ambientale di ogni individuo.

Centralità della persona

Dando vita all'UVM-D si vuole quindi ribadire e ripartire dalla centralità della persona con una attenzione privilegiata alle situazioni di vita quotidiana in relazione al contesto ambientale promuovendo l'individuo non solo come persona avente malattie o disabilità, ma evidenziandone principalmente l'unicità e la globalità.

Traghettono da UVAR a UVM-D si puntualizzerà ancora meglio un modello di valutazione che partirà senz'altro dalla descrizione dello stato di salute delle persone ma imprescindibilmente in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo).

Obiettivo: progetti di vita

Lavorando quindi sulle difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità, il rinnovato obiettivo dell'UVM-D sarà quello di migliorare la salute e la qualità della vita del cittadino attraverso un progetto di vita globale condiviso, utilizzando le risorse disponibili, ed attuando gli interventi necessari presenti nella rete territoriale.

Identificazione

L'Unità di Valutazione Multidimensionale possiamo quindi identificarla con un gruppo di lavoro impegnato nella valutazione multidisciplinare dei bisogni sociali e sanitari complessi di un cittadino. Bisogni rispetto ai quali è necessario rispondere con variegati servizi erogati da strutture organizzative diverse. È uno dei luoghi privilegiati dove si

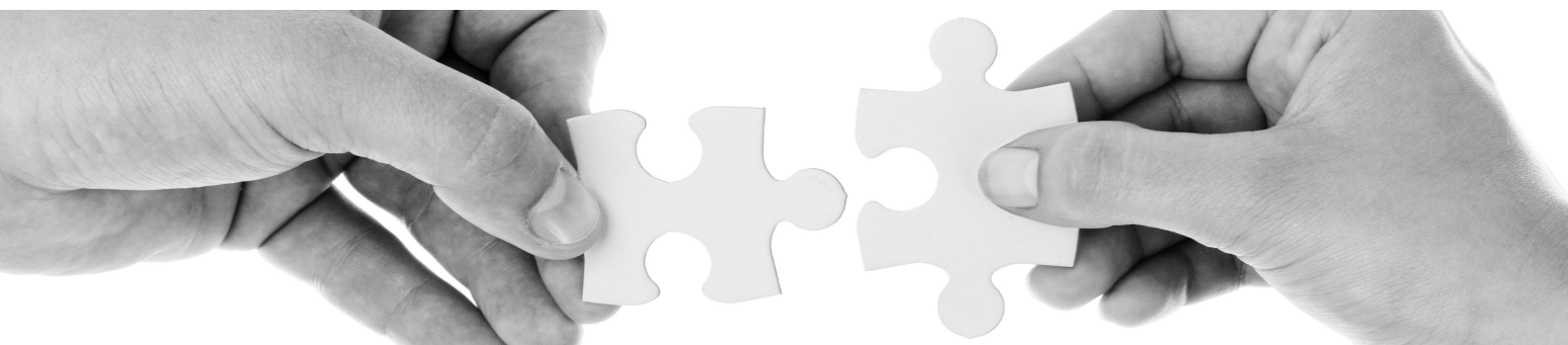
garantisce la “pratica” attuazione dell'integrazione tra i Servizi Sociali, i Servizi Distrettuali, Dipartimentali, Ospedalieri, Residenziali e Semiresidenziali.

Costituzione

UVM-D nei tre Distretti della Provincia di Ferrara ha la seguente composizione professionale:

- assistente sociale
- educatore professionale
- medico D.C.P.

la commissione è integrata con il MMG della persona da valutare e/o con altre figure professionali dell'area sociale e sanitaria ogni volta che se ne ravvisi la necessità ed in rapporto alle problematiche delle stesse persone da valutare. Al fine di garantirne la continuità funzionale, i membri dell'UVM-D individuano al proprio interno un coordinatore, punto di riferimento dei soggetti della rete e dell'utenza, con il compito di predisporre l'agenda dei lavori e delle attività della stessa UVM-D.



3.2.6 Proposta di miglioramento del funzionamento della rete dei servizi per le persone affette da demenza nel territorio del Comune di Ferrara, Voghiera, Masi Torello

Nel 2008, il tavolo istituzionale dell'accordo di programma sull'Alzheimer, i cui membri sono i Comuni di Ferrara, Masi Torello e Voghiera, ASP "Centro servizi alla Persona", Azienda USL, Az. Ospedaliera S. Anna, Università di Ferrara e Associazione AMA, ha dato mandato ad un Gruppo Tecnico, composto dai referenti di ciascun membro dell'Accordo di programma, di approfondire il funzionamento complessivo della rete dei servizi per le persone affette da demenza e di mettere a punto proposte di miglioramento riguardo in particolare i rapporti tra i MMG, i reparti dei Centri Esperti e il Servizio Sociale dell'ASP e il ruolo del Nucleo Speciale Demenze dell'ASP.

L'attività del gruppo di lavoro, relativamente alla elaborazione del progetto, è iniziata nel giugno del 2008 e si è conclusa nell'aprile 2009 con la produzione di un documento, diventato parte integrante dell'accordo di Programma, che vuole essere una traccia condivisa sulla quale impostare l'attività di collaborazione tra i diversi attori. Il progetto si pone l'ambizioso obiettivo di realizzare una rete fortemente integrata tra professionisti di diversi saperi e competenze (sociale e sanitario) e tra i diversi compiti e funzioni dei servizi territoriali e ospedalieri.

Il progetto è partito analizzando le caratteristiche del fenomeno “demenze” e la situazione della rete dei servizi in quel momento tenendo sullo sfondo un dato fondamentale: le malattie dementigene sono in continuo aumento, la malattia può avere un decorso molto lungo e le persone possono rimanere per lungo tempo in famiglia o presso il proprio domicilio. Di conseguenza l'ipotesi su cui si è lavorato è stata quella di rafforzare il ruolo dei servizi territoriali (sociali e sanitari) a sostegno della domiciliarità per evitare di concentrare sui soli Centri Esperti la complessità della presa in carico.

In sintesi i principali problemi emersi sono stati:

- le famiglie si rivolgevano al Servizio Sociale solo in fase avanzata della malattia, quando non era più possibile offrire sollievo e aiuto a domicilio ma l'unica risposta era l'istituzionalizzazione
- non esisteva un accordo aziendale o comunque un quadro condiviso di indicazioni pratiche che precisasse il ruolo del MMG in rapporto agli altri soggetti della rete (in particolare Centri Esperti e ASP)
- il Nucleo Speciale Demenze dell'ASP non funzionava come luogo di ricovero temporaneo così come previsto dalle linee regionali ma era considerato come un nucleo di casa protetta
- l'ingresso al nucleo era regolato dalla graduatoria con tempi di attesa molto lunghi che non rispondevano alle necessità delle situazioni caratterizzate da importanti disturbi del comportamento
- inoltre il Servizio Sociale Anziani, pur occupandosi da anni di questa tipologia di utenza non aveva una banca dati che ne evidenziasse lo spessore quantitativo, le caratteristiche predominanti, le richieste e i bisogni.

Il progetto ha preso in esame le varie fasi del processo di presa in carico, dalla diagnosi, alla presa in carico vera e propria, all'eventuale ingresso o dimissione da una struttura ospedaliera per concludere con il definitivo inserimento in strutture residenziali, definendo, nel concreto, l'operatività di ogni attore interessato con particolare attenzione agli "snodi" ovvero a quelle fasi dei processi in cui più soggetti devono interagire, comunicare, progettare insieme tenendo conto che non è solo l'anziano affetto da demenza il nostro utente ma è anche la famiglia nella quale vive o che gli è vicina.

Questo lavoro di analisi ha subito evidenziato la necessità di agire non solo sui processi ma anche sull'organizzazione del servizio sociale maturando le condizioni per creare nel settore anziani un'area specifica di lavoro dedicata alla presa in carico delle persone con una demenza certificata o con un disturbo del comportamento che deve essere inquadrato sul versante sanitario.

Nel 2009 inizia la sperimentazione dell'Area Demenze con due Assistenti Sociali dedicate e una terza con compiti di coordinamento. L'area sperimenta il percorso di presa in carico tracciato dal documento, in particolare avvia un rapporto di collaborazione tra Servizio Sociale e Centri Esperti che si realizza attraverso:

- incontri periodici per la condivisione di strategie, di dati statistici e di informazioni sugli utenti reciprocamente seguiti e con la possibilità di un confronto e discussione tra Assistente Sociale e Medico Specialista in un qualsiasi momento della conduzione del caso
- l'orientamento da parte dei Centri Esperti verso il Servizio Sociale delle persone che sono nella fase iniziale della malattia con l'obiettivo di promuovere l'informazione sui servizi, aspetto che si ritiene di fondamentale importanza per contenere lo stress del caregiver

Inoltre avvia un confronto con il Responsabile del SAA per individuare un percorso di valutazione alternativo a quello tradizionale dell'UVG per l'ingresso presso il nucleo speciale demenze. La proposta iniziale è di un'UVG dedicata, costituita oltre che dalla geriatra della struttura (la stessa dell'UVG), dall'A.S. Responsabile del Caso e dall'Infermiera del Nucleo. Gli obiettivi erano:

- rispondere tempestivamente alle richieste di ingresso al Nucleo, superando l'attesa della graduatoria, in quanto si concordava che il disturbo del comportamento può essere trattato con efficacia se viene preso in carico con tempestività

- restituire al nucleo speciale la caratteristica di nucleo temporaneo, previsto dalle linee regionali, per il trattamento e contenimento dei disturbi del comportamento

Risultati

Le proposte operative contenute nel progetto elaborato dal gruppo tecnico, sono state riconosciute dal Tavolo Istituzionale di fondamentale importanza nonostante si sia riconosciuto che nella loro precisa e completa articolazione si cela un'idea di integrazione estremamente ambiziosa pertanto, in alcune sue parti, di difficile realizzazione. Per questa ragione il gruppo tecnico è stato riconosciuto come momento di lavoro stabile con il compito di sperimentare, monitorare e verificare i risultati del progetto e di suggerire cambiamenti e modifiche laddove la pratica operativa non consente di realizzare ciò che "a tavolino" era stato ipotizzato come fattibile.

Le ricadute o meglio i risultati sino ad oggi ottenuti possono essere così sintetizzati:

- la stabilità del gruppo tecnico permette ad ogni soggetto della rete di avere un luogo di incontro e di confronto strutturato nel quale portare difficoltà, osservazioni, dati e suggerimenti da condividere con la finalità di migliorare la collaborazione tra i professionisti e le istituzioni per il benessere di quella parte della collettività che ha la necessità di accedere a questi servizi
- la creazione di un depliant informativo relativo alla rete dei servizi per le demenze che viene distribuito in tutti i nodi della rete: Centri Esperti, Servizio Sociale, Associazione AMA, ambulatori dei MMG, ambulatori per la diagnosi di primo livello
- l'organizzazione di un audit con i MMG per la presentazione del Progetto e per richiedere la loro concreta collaborazione come soggetti centrali nel percorso di cura della persona e come interfaccia determinante con il Servizio Sociale e con i Centri Esperti
- la costituzione dell'Area Demenze nel Servizio Sociale ha permesso di evidenziare una parte di utenza che per anni non aveva una visibilità. Oltre ad un monitoraggio numerico è stato condotto uno studio delle caratteristiche delle persone con demenza che mette in luce i diversi problemi a seconda di come si manifesta la malattia e della fase in cui i familiari si presentano ai servizi per una richiesta di aiuto e dei bisogni che a tutto questo sottende. Nel 2011 le persone seguite sono state complessivamente 302; tra queste 185 si sono rivolte per la prima volta al Servizio Sociale
- l'apertura di un Centro Diurno dedicato alle demenze con 10 posti accreditati la cui attività è iniziata nel maggio del 2011. Questo nuovo servizio rientra tra le risorse a sostegno della domiciliarità ed è gestito da operatori OSS qualificati parte dei quali sono impegnati anche nell'Assistenza Domiciliare
- l'avvio di un'esperienza di stimolazione cognitiva a domicilio in collaborazione con Cooperativa Isola (Progetto Sostene) per persone nella fase iniziale o a rischio di sviluppo della malattia per condizioni di vita caratterizzate da grande isolamento
- la disponibilità da parte dell'UVG territoriale di valutare con tempi più veloci le persone proposte per l'ingresso al Nucleo Speciale Demenze, superando la lunga attesa della graduatoria. L'UVG dedicata non è decollata ma si sta sperimentando un percorso di stretta collaborazione con l'UVG Territoriale che permetta comunque un inserimento in tempi più stretti al Nucleo Speciale
- l'avvio di un trend significativo relativo al turn over degli ospiti al Nucleo Speciale Demenze

Tabella n.1 - Utenti seguiti nel 2009-2010-2011

Anno	Utenti seguiti nell'anno	Di cui nuovi casi
Ott.2009-2010	235	177
2011	302	185

Tabella n.2 - Servizi erogati 2011

Servizi erogati	n. utenti
Servizio di assistenza domiciliare	16
Centro diurno demenze	7
Assegno di cura	6
Casa protetta	65
Ingressi Nucleo speciale	13
Servizio sociale professionale	120
totale	227

3.3 La gestione in ASP del Fondo per la non autosufficienza regionale e nazionale

Già dal 2007 la questione della non autosufficienza è stata assunta come priorità di intervento dalla Regione Emilia Romagna con l'istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), finanziato con risorse dedicate attraverso la fiscalità generale regionale.

A questo Fondo regionale si è aggiunto dal 2008 anche un analogo Fondo Nazionale per il medesimo utilizzo, fondo poi cessato a partire dal 2012.

I fondi vengono assegnati ai Distretti sulla base di criteri che tengono conto della popolazione (in particolare del numero dei residenti con più di 75 anni di età) e del rapporto tra servizi presenti sul territorio e grado di invecchiamento della popolazione. Le risorse disponibili, da quando l'applicazione è entrata a regime nel 2008 attraverso la Delibera di Giunta Regionale n° 1206/2007 che specifica le azioni ed i criteri per l'utilizzo del Fondo, sono, a livello distrettuale, le seguenti:

Tabella n.3 - Gestione Fondi

Anno	Fondo Regionale	Fondo Nazionale	Residui anni precedenti	Totale	Quota ASP	%
2008	14.920.871,27	437.911,00		15.358.782,27	1.472.398,52	9,59
2009	19.784.822,29	1.295.677,71		21.080.500,00	1.609.000,00	7,63
2010	19.571.586,00	1.553.335,00	1.195.966,02	22.320.887,02	2.064.034,00	9,25
2011	21.268.753,76	1.456.643,00		22.725.396,76	2.200.000,00	9,68
2012	20.723.690,54	257.114,08	2.617.377,01	23.598.181,63	1.704.460,00	7,22

I fondi nazionali 2012 sono vincolati a progetti specifici:

86.184,00	Progetto Anziani
170.930,08	Progetto SLA

Fra le azioni previste dalla Delibera Regionale 1206/2007 se ne segnalano alcune per la particolare rilevanza nella gestione dei Servizi Territoriali:

- la valorizzazione degli interventi al domicilio diretti ad anziani non autosufficienti e disabili adulti, quali assistenza domiciliare, assegni di cura, trasporti e pasti a domicilio

- la qualificazione e regolarizzazione del lavoro di cura svolto dalle assistenti famigliari: sportelli dedicati, formazione, punti di ascolto. Questo in integrazione con il Comune di Ferrara
- programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili. In tale ambito si possono collocare interventi di progettualità specifiche con il coinvolgimento del Terzo Settore

Come è noto il fondo per la non autosufficienza si è costituito come risorsa aggiuntiva per potenziare gli interventi già in atto e per sviluppare nuove attività ritenute necessarie per qualificare ulteriormente l'assistenza a favore dei cittadini non autosufficienti e delle loro famiglie, con una attenzione particolare alla valorizzazione degli interventi domiciliari.

Purtroppo gli eventi socio economici che stanno interessando il nostro paese e che hanno determinato una consistente e progressiva riduzione delle risorse pubbliche destinate alle Amministrazioni locali, hanno in parte modificato l'obiettivo iniziale di questo finanziamento regionale: da risorsa che doveva aumentare le attività assistenziali ed essere rivolta a un maggior numero di cittadini, alla ottimizzazione della gestione dei servizi attraverso la creazione di un sistema sinergico tra gli attori che si occupano della non autosufficienza, realizzando in concreto forme di integrazione socio sanitaria.

Il sostegno alla domiciliarità si è realizzato sia attraverso gli interventi più conosciuti quali l'assistenza domiciliare, il pasto, il telesoccorso e l'assegno di cura, ma anche introducendo esperienze innovative che hanno ulteriormente qualificato la rete dei servizi: il progetto "Sostene" relativo alla stimolazione cognitiva a domicilio, interventi di aiuto ai care giver e di sostegno alle assistenti familiari, il "Caffè della Memoria" rivolto alle persone con problemi di demenza e alle loro famiglie e la qualificazione delle assistenti famigliari per contrastare il lavoro non regolare attraverso l'attività dello sportello Aspasia.

Tabella n.4 - Alcuni dati significativi rispetto alle innovazioni

"ASPASIA"	2008	2011
Assistenti familiari formate	58	122
Totale accessi (badanti e familiari)	453	1864
"SOSTENE"	2009	2011
Numero utenti	5+ gruppo app.to	9 + gruppo app.to
n. interventi	50	393
CAFE' DELLA MEMORIA	2010	2011
Numero utenti	19	13
Numero incontri	2	15
Numero familiari	22	22

I programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili vengono realizzati con il coinvolgimento e messa in rete dei soggetti che svolgono attività nel territorio.

Le azioni finalizzate alla popolazione fragile, col coinvolgimento del Terzo Settore, (le associazioni coinvolte sono passate da 6 a 18 tra il 2008 e il 2012) ha favorito l'aumento dei cittadini interessati. Il Progetto "Giuseppina" dai 728 in fase iniziale è attestato, nel 2012, a 1776 anziani seguiti con le varie azioni previste.

3.3.1 Nucleo di coordinamento e valutazione

Al fine di svolgere un lavoro di programmazione per l'utilizzo delle risorse del fondo, già dal 2007, è stato costituito un gruppo ristretto, composto da elementi provenienti dagli Enti coinvolti: Azienda USL, Comune di Ferrara, ASP di Ferrara e ASSP di Copparo.

Il lavoro di tale nucleo, inizialmente condotto con modalità disorganiche e frammentarie, è stato poi oggetto di un progressivo processo di armonizzazione delle dinamiche interne con l'obiettivo di sviluppare l'integrazione, la trasparenza e la conoscenza delle reciproche attività. Questi aspetti hanno permesso una pressoché totale condivisione delle scelte circa le iniziative da finanziare con le disponibilità del FRNA.

Oggi si può affermare che il gruppo rappresenta un irrinunciabile punto di riferimento per i propri interlocutori, sia in ambito tecnico (Ufficio di Piano), sia in quello istituzionale (Comitato di Distretto).

A breve, il "Nucleo di coordinamento e di valutazione" otterrà anche un riconoscimento a livello normativo in senso stretto, essendo stato esplicitamente inserito nella "Convenzione del nuovo Ufficio di Piano" di imminente approvazione.

FOCUS Casa della salute: la nuova opportunità di integrazione Copparo e Ferrara

(di Paola Castagnotto)

Questo logo sarà riconoscibile in diversi punti dell'organizzazione sanitaria ferrarese del futuro. Per il Distretto Centro Nord, Copparo con una Casa della Salute e Ferrara, con una "Città della Salute" saranno al centro di questo significativo processo di riorganizzazione.



Il disegno regionale delle Case della salute, è ormai oltre i soli auspici di chi crede in un nuovo sistema di ricomposizione di cura e di assistenza socio sanitaria. Si è avviato un progetto operativo che rappresenta un ripensamento dei servizi territoriali. Un intervento che dovrebbe portare a completamento il processo avviato da tempo con la costituzione in tutte le Aziende Sanitarie Locali dei Dipartimenti per le cure primarie, articolati in ogni Distretto, dal punto di vista organizzativo, in Nuclei di Cure Primarie. Obiettivi iniziali e, adesso, implementati nel disegno delle Case della Salute, sono il miglioramento dell'accesso dei cittadini alla assistenza sanitaria e la garanzia di una continuità assistenziale, attraverso percorsi di presa in carico definiti e con l'integrazione delle diverse professionalità, dai medici e pediatri di famiglia, agli infermieri, ai medici di continuità assistenziale, agli specialisti ambulatoriali, ostetriche, fisioterapisti, e assistenti sociali. L'inserimento di questa ultima professionalità rappresenta una sfida culturale innovativa, coerente all'idea che le Case della salute rappresentano un cambiamento culturale organizzativo profondo e non la semplice riorganizzazione dell'esistente. Pensare che la continuità assistenziale e la corretta presa in carico, soprattutto di persone con malattie croniche o problemi di non autosufficienza, necessitano di un coordinamento di funzioni e di responsabilità che non si limita alle sole azioni di cura, ma si occupa delle condizioni sociali dei cittadini, come condizioni indispensabili alla efficacia di qualsiasi azione di cura e di riabilitazione, è un cambiamento culturale profondo. Significa andare oltre lo scambio di informazioni tra sanitario e sociale, è progettare insieme il miglioramento della assistenza sanitaria e socio sanitaria. Se questo non avverrà, a mio parere, le Case della Salute saranno depotenziate nel loro valore innovativo. Non è più sufficiente chiedere la collaborazione dei Servizi Sociali a posteriori, bisogna coprogettare i percorsi più idonei per ogni paziente che necessita di una rete integrata di interventi sanitari e di tutela sociale. E, prima di tutto bisogna saper rilevare la complessità dei bisogni in modo integrato, utilizzando competenze e metodologie che appartengono a culture professionali diverse. Un Punto di Accesso sanitario e un Segretariato sociale rilevano bisogni che vanno tradotti in percorsi di presa in carico; molti bisogni sono dipendenti e conseguenti tra loro, connotano situazioni complesse dove il confine tra sanitario e sociale non è sempre netto.

Per questo, nelle nuove Case della Salute, credo che l'accesso vada pensato da subito in modo integrato tra sanitario e sociale.

Nel Distretto Centro Nord la riorganizzazione dei presidi sanitari del copparese ha già preconstituito le premesse della nuova Casa della Salute e, per Ferrara, lo studio logistico è già avanzato. Ferrara sarà la sfida più complessa per dimensioni e per potenzialità. Oltre ai servizi riferibili alle Cure primarie, a Ferrara sarà importante l'integrazione con l'area della salute mentale, intesa non solo come psichiatria e neuropsichiatria infantile, ma anche come promozione degli interventi sulla popolazione per il contrasto, ad esempio, del disagio giovanile o per il contrasto e la cura delle dipendenze. Come lo sarà con l'area della Sanità Pubblica; non solo con interventi di prevenzione classicamente intesi come la vaccinazione dell'infanzia o antinfluenzale per la popolazione anziana ultra 65 enne, oppure gli screening oncologici, ma anche con momenti di promozione - in stretta integrazione con il medico di famiglia e con i primi

riferimenti sanitari dei cittadini - sui corretti stili di vita. La necessità di pensare da subito a un modello di integrazione con i presidi sociali del territorio, è evidente e dovrebbe essere progettata in modo unitario. Tutte le volte che si costruiscono dei nuovi modelli organizzativi, ogni professione sanitaria o sociale ha l'occasione per ribadire e confermare la missione del proprio ruolo professionale, ma anche per ragionare sull'interfaccia rispetto a professioni complementari e integrative necessarie per garantire i percorsi di cura. Integrare l'attività del medico di medicina generale con quella dell'infermiere professionale e dell'assistente sociale in relazione all'esigenza specifica e individuale della persona che ha bisogno di cura e assistenza, è un percorso difficile dal punto di vista tecnico-professionale, ma stimolante anche per la qualificazione delle professioni.

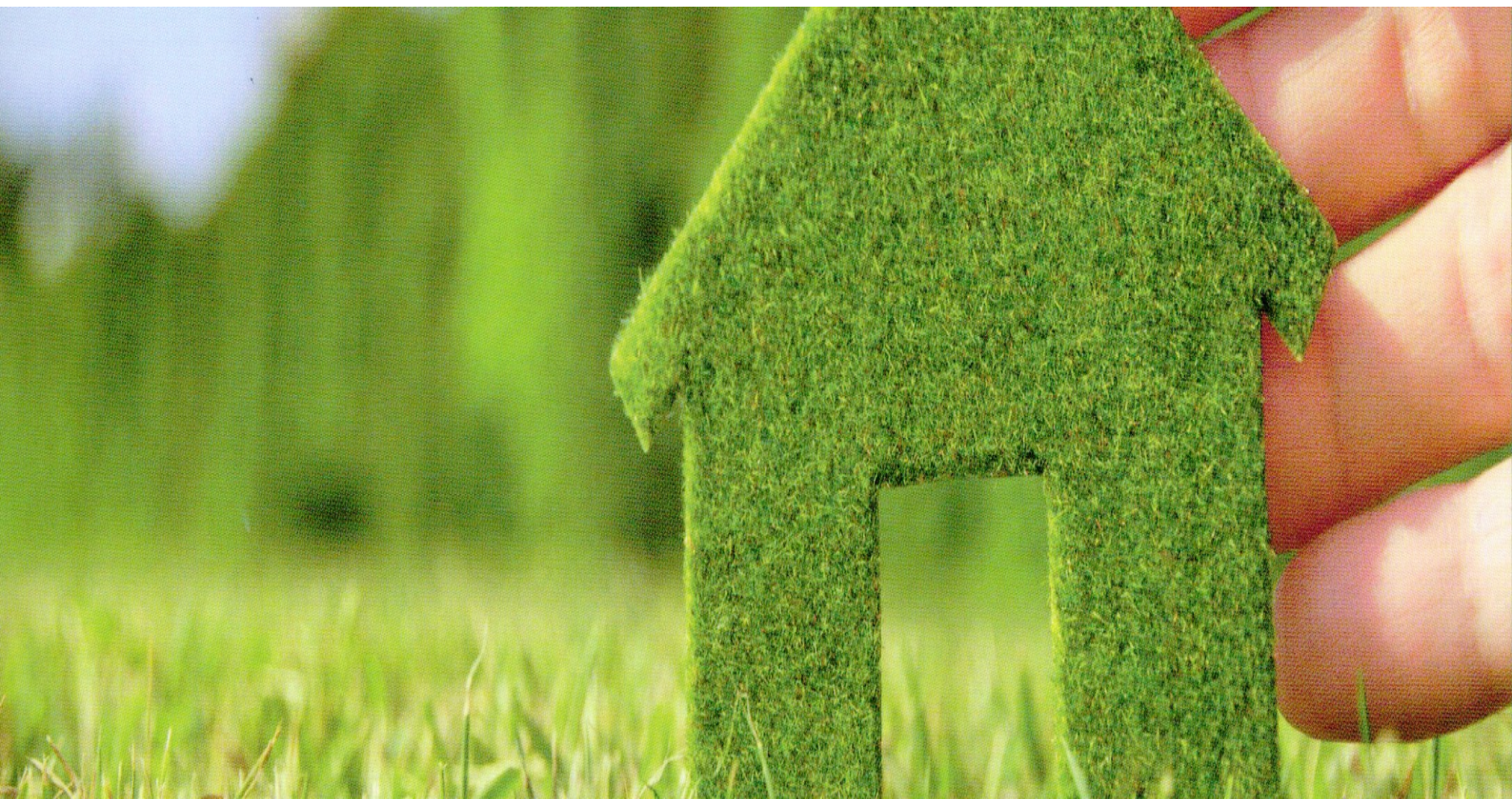
L'auspicio è che questa innovazione culturale sia davvero praticata da tutti, con convinzione, a beneficio della salute e del benessere sociale dei cittadini.

#4

Qualità e Sostenibilità

di

Chiara Bertolasi, Portavoce *Forum del Terzo Settore Ferrara*
Anna Baldoni, *Cooperativa Sociale Camelot- Officine cooperative*
Valeria Tonioli, *Cooperativa Sociale Camelot- Officine cooperative*
Federico Tuscalas, *Cooperativa Sociale Camelot- Officine cooperative*
Sandra Villa, *Cooperativa Sociale Camelot- Officine cooperative*
Nicola Folletti, *Cooperativa Sociale Integrazione e Lavoro*
Danila Zanibelli, *Cooperativa Sociale Integrazione e Lavoro*
Luca Berti, *Cooperativa Sociale Integrazione e Lavoro*
Marcello Rimondi, *Cooperativa Sociale Integrazione e Lavoro*
Paola Perini, *Associazione Casa e Lavoro*
Giuseppe Sarti, *Istituto Don Calabria*
Linda Milano, *Istituto Don Calabria*
Anna Perale, *Istituto Don Calabria*
Federico Zullo, *Istituto Don Calabria*
Biagio Missanelli, *Cooperativa Sociale Il Germoglio*
Laura Orlandini, *Cooperativa Sociale Il Germoglio*
Nicola Cirelli, *Cooperativa Sociale Il Germoglio*
Maria Grazia Lonzi, *Centro Donna e Giustizia*
Marco Visentini, *Associazione Dammi la Mano*
Roberto Marchetti, *Associazione Badanti Nadiya*
Federico Boccaletti, *Cooperativa Anziani e Non Solo*
Gemma Papi, *AMA - Associazione Malattia Alzheimer*
Paola Morelli, *Cooperativa Sociale L'Isola*
Nadia Franceschetti, *Cooperativa Sociale L'Isola*
Raffaella Mosca, *Cooperativa Sociale Cidas*
Giovanna Tinari, *Cooperativa Sociale Cidas*
Angela Mambelli, *Settore Minori ASP*
Annalisa Berti, *Settore Adulti ASP*
Maria Barletta, *Settore Adulti ASP*
Anna Ardizzoni, *Settore Anziani ASP*
Antonella Cambrini, *Casa Residenza ASP*



4.1 Introduzione - Cooperazione, Associazionismo e Volontariato nella gestione dei servizi alla persona (di Chiara Bertolasi)

Il settore non profit italiano è rappresentato, nella sua componente numericamente più consistente, dal Terzo Settore che è composto da organizzazioni del volontariato, dell'associazionismo e della cooperazione sociale e internazionale. Organizzazioni che sono profondamente radicate nella società e che sono attive da anni nella vita del nostro paese.

Il Terzo Settore si manifesta con valori numericamente consistenti e con una capacità generale di esprimersi non soltanto nel suo terreno naturale, le dinamiche sociali, ma anche nell'ambito più vasto delle dinamiche economiche.

Il settore non profit esprime le proprie potenzialità e capacità prevalentemente nell'ambito sociale e non a caso trova un primo e organico riconoscimento normativo nella legge n. 328 del 2000 che ha ridisegnato l'assetto dei servizi alla persona.

Proprio nell'ambito degli interventi sociali, il rapporto con le istituzioni ha avuto modo di potenziarsi e maturare, anche per merito del riconoscimento della spinta innovatrice del Terzo Settore che ha permesso in taluni casi di passare dalla pratica dell'affidamento del servizio (secondo regole prestabilite e dettate dal pubblico) a quella più virtuosa della co-progettazione.

Questo processo ha preso spessore nel tempo, grazie al riconoscimento del valore aggiunto che le organizzazioni del Terzo Settore sono in grado di produrre. Oltre al valore dato dai risultati, che è di tipo strumentale, le organizzazioni del Terzo Settore generano un valore di tipo simbolico che consiste nella capacità di promuovere la reciprocità e di produrre buone relazioni.

L'ASP Centro Servizi alla Persona, produttore e gestore di servizi socio sanitari e sociali, con il suo particolare modello orientato alla Partnership con la sua Committenza, incarna l'evoluzione desiderabile dei rapporti tra chi agisce nel sociale, che devono essere orientati non solo e semplicemente ad un'ottica di rete, ma di una rete che faccia della partecipazione e dell'inclusione lo sfondo teorico di riferimento.

Il Contratto di Servizio tra Comuni di Ferrara, Voghiera e Masi Torello, Azienda USL e ASP Centro Servizi alla Persona riporta come valore il modello di collaborazione e cooperazione anche nei rapporti "altri": in esso vi è, infatti, contenuto un esplicito impegno tra le parti firmatarie alla *"promozione e attivazione di reti maggiormente integrate tra il servizio pubblico e le realtà del terzo settore e la qualificazione di quelle già esistenti"*.

Il corollario del percorso è rappresentato da questo Bilancio di Mandato e dalla sezione che segue che è interamente dedicata ai rapporti con il Terzo Settore.

ASP rendiconta, con il contributo fattivo delle associazioni coinvolte (che si sono occupate attivamente della compilazione delle schede) una serie di progetti, tra i tanti in essere. Le attività progettuali descritte sono quelle che, pur non essendo più meritorie di altre ormai "istituzionalizzate", segnano un "diverso passo" - mirato appunto alla cooperazione e alla crescita reciproca degli attori - nella modalità di interazione tra gestori.

I progetti rendicontati afferiscono a tutti i settori (minori, adulti e anziani) e riportano anche dati di tipo economico che, laddove possibile perché le collaborazioni sono in corso da tempo, sono stati storicizzati. Vengono integrati nel Bilancio di Mandato anche alcuni progetti che erano dapprima a titolarità del Comune di Ferrara, ma che, come previsto dallo stesso Contratto di Servizio, sono passati alla gestione operativa diretta da parte di ASP.

La sezione contiene anche un focus dedicato a quel particolare rapporto gestionale che si instaura con il Terzo Settore per quanto attiene i servizi soggetti alla normativa dell'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna.

4.2 - Progetto Oltre la strada

Argomenti trattati - Progetto regionale che sviluppa un articolato sistema di interventi rivolti a vittime di grave sfruttamento, riduzione in schiavitù e tratta di esseri umani negli ambiti della prostituzione, del lavoro forzato, dell'accattonaggio e delle attività illegali. Il Centro Donna Giustizia gestisce il progetto territoriale di Ferrara attraverso una convenzione con il Comune di Ferrara

Finalità/Obiettivi - Il progetto Oltre la Strada intende:

- promuovere una sensibilità diffusa e la piena emersione in tutto il territorio dei fenomeni di grave sfruttamento negli ambiti della prostituzione, del lavoro forzato e delle attività illegali e sostenere il pieno contrasto alle attività criminali connesse
 - favorire l'accesso delle persone vittime di grave sfruttamento e tratta ad adeguate misure di assistenza e protezione sociale attraverso programmi individualizzati.
- La collaborazione fra Centro Donna Giustizia e ASP ha come obiettivo la condivisione dei programmi di assistenza e di integrazione sociale di donne vittime di grave sfruttamento che sono ancora minorenni o che hanno figli minori.

Partner coinvolti - Ente promotore: Regione Emilia Romagna - Ente attuatore: Comune di Ferrara

Ente gestore: Centro Donna Giustizia - ASP Centro Servizi alla Persona

Tempi - 12 mesi - Ogni anno la Regione presenta dei progetti di fattibilità in risposta al bando emanato dal Dipartimento Pari Opportunità presso la presidenza del Consiglio per la realizzazione dei programmi di emersione e prima assistenza ex art.13 L.228/2003 e dei Programmi di assistenza di integrazione sociale ex art.18 D. Lgs 286/98

Azioni - *Area della prima assistenza* (Programmi ex art. 13 Legge 228/2003)

1. Presa in carico di persone vittime anche potenziali tramite: - pronta accoglienza anche in emergenza o eventuale immediato allontanamento in caso di pericolo attuale, inviando la persona ad altri programmi di assistenza fuori dal territorio - alloggio e adeguate risposte in termini di vitto e bisogni primari - messa a disposizione di assistenza sanitaria e consulenze specialistiche - mediazione linguistico-culturale - assistenza psicologica e legale per accompagnare le vittime nel percorso di piena emersione della propria condizione;

2. Collaborazione con i soggetti deputati nelle fasi di identificazione delle vittime

Area della protezione sociale ed integrazione lavorativa ed abitativa (Programmi ex art. 18 D.Lgs. 286/98)

- accoglienza abitativa di secondo livello, accoglienza territoriale - attività mirate all'ottenimento del permesso di soggiorno ex art. 18 ed alla piena regolarizzazione - mediazione linguistico-culturale - attività mirate all'inserimento socio-lavorativo: accompagnamento in percorsi di orientamento, corsi di alfabetizzazione linguistica, borse-lavoro, tirocini lavorativi, in collegamento con centri per l'impiego, enti di formazione professionale, associazioni datoriali anche tramite l'utilizzo di figure professionali "dedicate" e tutoraggio.

I programmi di protezione sociale terminano con il raggiungimento della autonomia abitativa e lavorativa e con la richiesta di conversione del titolo di soggiorno da motivi umanitari a motivi di lavoro. Dalla collaborazione fra ASP Area Minori e l'Associazione Centro Donna Giustizia è scaturito un percorso specifico che prevede l'accoglienza in Comunità per mamme dal momento del parto fino al sesto mese del neonato e successivamente l'accoglienza in semi-autonomia per circa 18 mesi in un appartamento dedicato solo a mamme con minori inserite nei programmi art. 18, mentre per minori vittime di tratta l'ASP si avvale di strutture accreditate ad ospitare minori non accompagnati.

Risultati - Questa collaborazione fra Centro Donna Giustizia e ASP ha permesso di condividere e consolidare delle prassi che hanno consentito di integrare le esigenze di protezione, recupero e raggiungimento dell'autonomia della madre con le necessità di tutela di un sano attaccamento e crescita psico-fisica del minore. A supporto dei programmi individualizzati di protezione ed integrazione sociale sono stati importanti anche il sostegno alle mamme dato, nella fase finale di autonomia e conciliazione fra lavoro e genitorialità, attraverso il Progetto "Dare una famiglia a una famiglia" e il Progetto "Volontariato accogliente" per l'affiancamento e/o il sostegno di famiglie volontarie.

La valutazione e condivisione fra assistenti sociali dell'ASP ed operatrici del CDG, dei programmi individualizzati nel caso di ragazze minorenni vittime di tratta, ha permesso di costruire dei progetti con continuità e coerenza nella fase del passaggio alla maggiore età (a totale gestione del CDG) e ha favorito l'integrazione delle rispettive competenze nella realizzazione del progetto.

La costante ricerca di promuovere un efficace sistema di collaborazione con i vari soggetti del territorio per favorire l'accesso alle forme di assistenza più adeguate ai bisogni rappresenta uno dei risultati più significativi.

Proposte di miglioramento - Pur essendoci stata una forte evoluzione dei rapporti ed una diversa modalità di interazione fra il CDG e l'ASP è necessario continuare a lavorare sulla reciproca fiducia e rispetto delle competenze professionali per arrivare ad una co-progettazione basata sulla condivisione e sulla costruzione con le donne dei progetti di autonomia. La riduzione delle risorse economiche modificherà il percorso costruito in questi anni, già dal secondo semestre del 2012 non ci sono più i fondi previsti per l'accoglienza delle neo-mamme in comunità nei primi sei mesi post-partum, quindi per non interrompere questa esperienza che si è rivelata comunque efficace, il CDG propone di aprire una casa di accoglienza gestita dallo stesso CDG, con figure professionali adeguate a garantire l'osservazione ed il sostegno alla genitorialità per una adeguata tutela del minore e rispetto dei bisogni della madre ma con costi notevolmente inferiori rispetto a quelli sostenuti per l'accoglienza in comunità.

Costo nel 2011 - Accoglienza in comunità: euro 14.714,48 (rette per la mamma a carico del CDG) + euro 7.159,05 (rette per un minori a carico dell'ASP) - Accoglienza in casa di semi-autonomia: euro 1.737,00 a carico del CDG + euro 8.686,62 a carico dell'ASP - Sussidi e rimborsi spese mamme: euro 5.727,00 a carico del CDG + euro 5.670,00 a carico dell'ASP. Le spese generali e di personale del CDG sono all'interno delle spese complessive del progetto Oltre la Strada.

4.3 - Progetto Interventi Educativi Domiciliari: sostegno alla genitorialità

Finalità/Obiettivi - Il progetto si propone di prevenire l'istituzionalizzazione e/o l'allontanamento dal nucleo familiare dei minori; sviluppare nei componenti il nucleo familiare capacità di cura e accudimento dei figli attraverso una guida che possa sostenere, orientare e potenziare la relazione educativa; il sostegno alla genitorialità nella prima infanzia (0-6 anni); affiancamento educativo-domiciliare nell'ambito di problematiche sociali e di comportamento; l'affiancamento educativo-domiciliare a famiglie al cui interno sono presenti minori diversamente abili.

Partner coinvolti - ASP Minori; Cooperativa "Il Germoglio"; Famiglie

Tempi - Il servizio è svolto all'interno della convenzione tra Coop. "Il Germoglio" e ASP ed è attivo tutto l'anno

Azioni - Procedure della presa in carico: **1.Segnalazione:** Avviene su richiesta diretta al coordinatore da parte di ASP Settore Minori. Altri committenti possibili sono: scuole, comuni e famiglie private. **2.Presentazione del caso** con la descrizione della situazione di partenza e degli obiettivi da raggiungere. **3.Presentazione del progetto** di sostegno elaborato dal Servizio territoriale, eventualmente in ottemperanza a un decreto, con la fissazione di obiettivi e di tappe intermedie. **4.Abbinamento educatore-nucleo da accompagnare**, a cura del coordinatore dell'équipe della cooperativa. **5.Incontro presso il servizio** per la presentazione della situazione con i referenti tecnici, l'educatore, il coordinatore della cooperativa. In questa sede viene condivisa la strutturazione dell'intervento (tempi, modalità, primi obiettivi, modalità di verifiche successive); vengono chiaramente e dettagliatamente condivise le modalità di presentazione del progetto agli interessati, per evitare equivoci sul senso del servizio erogato, e compilati tutti i documenti necessari. Verrà inoltre fissato il primo incontro di conoscenza con la famiglia previa valutazione dell'opportunità o meno della presenza del coordinatore. **6.Incontro con la famiglia per la condivisione del progetto:** avvio degli incontri domiciliari **7.Stesura del progetto a cura dell'educatore e del coordinatore** che verrà poi consegnato ai referenti tecnici di ASP dopo almeno un mese di osservazione.

Risultati - Nel corso del 2011, sono stati seguiti 32 minori con progetti educativi domiciliari e 10 minori con disabilità e progetti educativi individualizzati. Al 30 settembre 2012 risultano in carico 23 nuclei familiari. Mediamente sono utilizzate 450 ore mensili. Di seguito è riportata tabella riepilogativa aggiornata al 31 agosto 2012. Casi conclusi per raggiungimento obiettivi o per assenza dei criteri di continuità: 8

Mese	N° nuclei in carico	Ore erogate
Gennaio	22	540
Febbraio	24	575
Marzo	23	745,5
Aprile	23	559
Maggio	23	570,5
Giugno	24	583,5
Luglio	22	472
Agosto	21	338

Proposte di miglioramento

La Coop. Sociale "Il Germoglio" propone: - il mantenimento della formazione permanente e supervisione soprattutto per l'ingresso di nuovi educatori; prevedere forme di formazione e supervisione congiunta tra operatori del terzo settore e operatori pubblici (educatori e assistenti sociali); individuazione di criteri coerenti per l'individuazione e la selezione dei nuclei familiari da coinvolgere secondo il quadro normativo vigente e le indicazioni delle linee guida per la prevenzione della violenza all'infanzia (Who - ISPCAN/2006); intensificazione della rete; previsione nel costo del progetto anche di un budget per formazione e supervisione.

Costo - Il progetto è finanziato dalla convenzione in essere tra la Cooperativa e l'ASP Minori che prevede la copertura del solo costo orario dell'educatore svolto a diretto contatto con l'utenza, pari a 18,39 euro iva esclusa.

Nel corso del 2011 la spesa sostenuta da ASP per i 42 minori seguiti con progetti educativi domiciliari ed individuali continuativi è stata pari a 163.366,21 euro.

4.4 - Progetto "Mamme con prole in suolo straniero" - L'accoglienza di nuclei madre-bambini



Finalità/Obiettivi - Dare ospitalità ed assistenza ad una delle categorie più fragili del nostro tessuto sociale: mamme sole, straniere e con prole al seguito, all'interno di una casa che già accoglie donne sole con fragilità socio-sanitaria.

Partner coinvolti - Associazione Badanti Nadiya Onlus - ASP Ferrara

Azioni - Arredamento idoneo alla accoglienza di mamme con minori, mantenimento in struttura - Assistenza nelle pratiche burocratiche legate alla sistemazione della loro posizione sia sanitaria che burocratica soprattutto per la presenza di minori - Tutoraggio tramite la responsabile della struttura, convivente nello stesso condominio - Reperimento libri per attività scolastica, tutoraggio per seguire l'andamento scolastico dei minori.

Risultati - Ospitalità e assistenza fornita a 2 situazioni di mamma con bambini.

Proposte di miglioramento - Nadiya propone di ampliare la disponibilità per mamme sole, mediante reperimento di un ulteriore appartamento preso in affitto in Ferrara, con possibilità di accogliere 3 mamme con prole e una tutor convivente. ASP Settore Minori propone di intensificare l'attività volta al raggiungimento dell'autonomia da parte dei nuclei ospitati anche al fine di favorire un turn over delle situazioni accolte.

Costo - Nel corso del 2011 sono state accolte 2 situazioni di mamma con bambino: una dal 19/02/2011 a tutt'oggi; una dal 27/06/2011 al 9/10/2011. Il costo complessivo per le accoglienze sostenute da ASP Settore Minori è stato pari a euro 9.063,00 per il 2011. L'Associazione Nadiya ha ospitato gratuitamente anche le due figlie maggiori della mamma che ancora si trova presso l'appartamento, per 240 gg complessivi durante il periodo compreso tra il 19/02/2011 e il 30/09/2012.

4.5 Progetto "Promozione e sostegno all'affidamento familiare"

Finalità/obiettivi - Sensibilizzazione sulle tematiche dell'affido familiare nelle varie forme esistenti. Supporto ai servizi sociali nell'attività di informazione-formazione agli aspiranti affidatari. Collaborazione nella gestione gruppi a.a. Famiglie affidatarie della provincia.

Partner coinvolti - Associazione "Dammi la mano" - Servizi Sociali, Provincia di Ferrara, Agire Sociale.

Tempi - Cadenza mensile per i gruppi provinciali di a.a.; cadenza annuale per la formazione di chi si candida all'affido; iniziative "spot" per gli incontri di sensibilizzazione

Azioni - Partecipazione ai corsi formativi organizzati dai servizi sociali per le aspiranti famiglie affidatarie; selezione e collaborazione con psicologa a carico dell'associazione per la gestione del gruppo mensile di a.a. delle famiglie affidatarie della provincia; incontri di sensibilizzazione ed informazione sul territorio provinciale in collaborazione con i distretti socio sanitari sulle tematiche dell'affido e dell'accoglienza.

Risultati - Ampliamento della conoscenza e sensibilizzazione del pubblico circa le tematiche relative all'affido familiare e all'accoglienza di minori in genere. Supporto alle famiglie affidatarie, con la collaborazione di specialisti, circa le dinamiche e le problematiche proprie del percorso affidatario. Ritorno ai fruitori delle attività dell'associazione di feedback relativo i gruppi mensili di a.a.



Proposte di miglioramento - Maggiore integrazione delle attività associative con le realtà istituzionali del territorio. Possibilità di ampliare la diffusione della sensibilizzazione circa le tematiche dell'affido familiare a precisi ambiti relazionali (scuole, parrocchie).

Costo Euro 480,00 a carico dell'associazione

4.6 Programma finalizzato area detenuti "progetto Sesamo"

Il programma finalizzato Area detenuti approvato all'interno dell' "Area Inclusione" dei Piani per la salute e il benessere sociale riceve sostegno e finanziamento sia della Regione Emilia Romagna che dall'Amministrazione Comunale. I progetti di sostegno alla popolazione detenuta, neoscarcerata o in misura alternativa al carcere sono gestiti da ASP e condivisi con l'Assessorato alle politiche sociali del Comune, con l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna e la Casa Circondariale di Ferrara.

La realizzazione del programma finalizzato curato da ASP, prevede svariati sottoprogetti e/o collaborazioni con la rete del volontariato e del Terzo settore che concorrono a realizzare ognuno per la propria parte obiettivi e finalità di inclusione e reinserimento socio-lavorativo, miglioramento della qualità di vita dei detenuti con una particolare attenzione all'utenza più emarginata povera e priva di riferimenti e risorse.

Mediazione interculturale in carcere - sportello informativo

Finalità/Obiettivi - favorire l'accesso dei detenuti immigrati ai diritti previsti - facilitare l'accesso all'informazione - creare uno spazio di sostegno psico-sociale - creare una rete di supporto-accompagnamento durante il trattamento collegata con l'esterno - fornire informazioni in materia di documenti - contribuire ad alleggerire il clima comunicativo permettendo ai detenuti di parlare nella propria lingua con un operatore mediatore.

Partner coinvolti - Coop.Soc. Camelot - Officine Cooperative - Asp Ferrara

Tempi - Anno 2011-2012: dal 1/04/2011 al 31/03/2012 - Anno 2012-2013: dal 1/04/2012 al 28/2/2013

Azioni - Interventi di mediazione interculturale, colloqui con i detenuti, colloqui con operatori dei detenuti, rinnovo permessi di soggiorno, supporto per attività culturali a favore dei detenuti, contatti con diversi consolati e famigliari per reperimento detenuti, servizi nuovi giunti.

Risultati - circa 500 - 508 colloqui all'anno dal 2005

Proposte di miglioramento - Incrementare l'attività di mediazione interculturale favorendo la presenza di lingue diverse da quella araba per rispondere in maniera più efficiente ed efficace alle esigenze dei detenuti, servizio di mediazione sanitaria all'interno della casa circondariale.

Costo - da convenzione: 2011 euro 24.107,00 - 2012 euro 24.113,00

Progetto carcere - Attività educative e di tutoraggio- pubblicazione di "Astrolabio"

Finalità/Obiettivi - offrire possibili risposte al crescente bisogno di percorsi di formazione e inserimento lavorativo interni/esterni per persone detenute all'interno della Casa Circondariale di Ferrara con la Direzione e l'Area Pedagogica della Casa Circondariale di Ferrara, con l'Ufficio di Esecuzione Penale e il Tribunale di sorveglianza di Bologna, attraverso la figura di un educatore e tutor esperto e la supervisione dell'Assistente Sociale Coordinatore ASP - realizzazione di un "giornalino" da parte dei

detenuti con la collaborazione di un giornalista supervisionato da un caporedattore del giornale interno al carcere come ponte tra interno ed esterno.

Partner coinvolti - Comune di Ferrara, ASP Ferrara, Cooperativa Sociale Integrazione Lavoro

Tempi - da luglio 2010 a dicembre 2011, continuità nel 2012 fino a luglio 2013

Azioni - colloqui in carcere - ricerche in internet di indirizzi di case/associazioni/coop. di accoglienza domiciliare per detenuti in misura alternativa e/o neo scarcerati - ricerca risorse lavorative per borse lavoro proposta di attivazione borse lavoro/sussidi economici a favore di detenuti, detenuti in misura alternativa al carcere, neo scarcerati - svolgimento pratiche per ottenere ausili sanitari/occhiali, ecc - contatti telefonici con famiglie dei detenuti non ancora giudicati per dare informazioni sul parente detenuto - contatti con vari Enti pubblici (Inps, Acer, Patronato, ecc..) per disbrigo pratiche.

da luglio 2010 a dicembre 2011		
	2010	2011
Colloqui effettuati	98	244
Predisposizione di borse lavoro per persone in misura alternativa e/o neo scarcerati	9	9
Attivazione dei protocolli d'intesa per borse lavoro all'interno del carcere	6	4
Proposte erogazione contributi straordinari sussidi neoscarcerati	3	6
Proposte accoglienza abitativa per motivi sanitari		1
Numeri del giornalino interno realizzati	1	3

Proposte di miglioramento - dai bisogni rilevati attraverso lo strumento dei colloqui con i detenuti, emerge la carenza nel nostro territorio di strutture che possano offrire accoglienza abitativa e lavorativa temporanea a persone neoscarcerate che non hanno il supporto di una famiglia, né risorse economiche per poter affrontare da subito la vita al di fuori del carcere. Stesso discorso vale anche per i detenuti che, essendo nei termini di legge, non possono ottenere l'ammissione alla misura alternativa della detenzione domiciliare o i benefici dei permessi premio, in quanto non hanno famiglia né possibilità economiche.

Costo - 22.000 € annui finanziati da Regione e Comune

Smaltimento e lavorazione RAEE (Rifiuti di apparecchiature elettriche ed elettroniche) in carcere

Finalità/Obiettivi - Inserimento lavorativo di 6 detenuti all'interno del laboratorio di smontaggio RAEE presso la Casa Circondariale di Ferrara. Inizialmente tutti in borsa lavoro ASP, poi con l'assunzione da parte della Cooperativa di 3 detenuti

Partner coinvolti - Asp Centro Servizi alla Persona, Provincia di Ferrara, Comune di Ferrara, Ecodom Consorzio RAEE, Casa Circondariale di Ferrara, Cooperativa Sociale Il Germoglio, Dismeco s.r.l

Tempi - Borse lavoro annuali

Azioni - Apertura laboratorio nel febbraio del 2010 grazie al contributo di 6 borse lavoro per altrettanti detenuti all'interno della Casa Circondariale. Da settembre 2010 le borse finanziate sono diminuite a 4 per l'inizio di 2 tirocini formativi di 6 mesi conclusi con l'assunzione di 2 persone detenute per un anno.

Da marzo 2012 assunzione di 3 persone e contributo di 3 borse lavoro.

Risultati - Assunzione in questi anni di 5 persone. Attualmente il laboratorio interno è chiuso per l'inagibilità dei locali ma stiamo ugualmente tenendo attivo il progetto nel nostro magazzino con 3 detenuti in pena alternativa.

Proposte di miglioramento - Maggiore utilizzo di tirocini fuori dal carcere.

Costo - Rimborso spese per borsa lavoro 200 euro mensili più spese assicurative finanziati da Regione e Comune.

4.7 Emergenza Umanitaria cittadini provenienti dal Nord Africa

Finalità/Obiettivi - Definizione di un "patto di accoglienza" che offre alla persona rifugiata un'accoglienza strettamente legata a opportunità di integrazione, inclusione, informazione e tutela. L'accoglienza in appartamenti del territorio ferrarese favorisce da subito l'inserimento in un contesto abitativo propedeutico ad una più ampia integrazione. Gli ospiti sono accompagnati nel loro percorso di integrazione da diverse figure professionali che da un lato costruiscono un piano personalizzato di inserimento sociale e dall'altro sollecitano i beneficiari ad un processo di integrazione partecipata.

Partner coinvolti - Il progetto si è avvalso di una partnership composta da vari soggetti del terzo settore a livello territoriale. Il coordinamento delle attività e della programmazione è sempre avvenuta nell'ambito di un gruppo di coordinamento che vedeva principalmente presenti ASP, Coop Camelot, l'associazione Viale K, l'associazione Franceschi.

Tempi - 11/06/2011 - 31/12/2012

Azioni - Gli ospiti, quando necessario e soprattutto nel periodo iniziale dell'accoglienza, sono orientati e accompagnati ai servizi di base e alle procedure di normale gestione della quotidianità, quali screening sanitari, procedure burocratiche, acquisti di generi alimentari e attività di socializzazione, anche tramite l'utilizzo di mediatori linguistico-culturali. È costantemente fornito un servizio di informazione ed assistenza nel disbrigo delle pratiche amministrative e legali grazie a un continuo supporto di professionisti che li informano sui loro diritti e doveri nelle diverse fasi della procedura di richiesta di asilo, compiendo con loro il percorso di preparazione verso la competente Commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale e l'eventuale proposizione del ricorso giurisdizionale. Supporto psicologico costante, svolto da personale con specifiche competenze, che attraverso colloqui periodici monitorano la salute mentale degli ospiti e fungono da punto di riferimento per garantire un adeguato equilibrio psico-fisico.

Proposte di miglioramento - Gestione pocket money: la soluzione pocket money in ticket e non in denaro ha causato problematiche di vario tipo tra i beneficiari del progetto dovuti anche alla non omogeneità della soluzione ticket a livello nazionale. Istituire percorsi privilegiati di inserimento lavorativo per i beneficiari, con particolare attenzione alla retribuzione o rimborso spese da attribuire ai lavoratori. Confermare gruppi tecnici di confronto tra operatori e gestori dei progetti di accoglienza a livello regionale.

Costo - 40,00 € al giorno per beneficiario a carico del Ministero degli Interni che liquida attraverso l'Agenda Regionale di Protezione Civile.

Risultati

Situazione legale (al 31/12/2011)	Permessi per motivi umanitari	Ricorsi depositati	Attesa esito Commissione Territoriale	Attesa convocazione Commissione
Numero ospiti	1	6	1	57
Situazione lavorativa (al 31/12/2011)	Contratti di lavoro stipulati	Tirocini formativi, borse lavoro e stage conclusi	Tirocini formativi, borse lavoro e stage in corso	
Numero ospiti	0	4	7	
Situazione sanitaria (al 31/12/2011)	Iscrizione al SSN	Screening sanitario	Screening tubercolosi	Assegnati a medico di medicina generale
Numero ospiti	65	65	65	65

4.8 Progetto "Io lo so che non sono solo"

Finalità/Obiettivi - La costituzione nell'anno 2010 di un gruppo appartamento che accoglie giovani adulti neomaggiorenni ha come obiettivo il loro accompagnamento all'autonomia personale, abitativa e lavorativa.

L'utenza, per lo più proveniente da progetti attivati dall'Area Minori del Servizio Sociale ASP Centro Servizi alla Persona continua il proprio percorso di crescita attraverso la presa in carico del Settore Adulti e alla predisposizione un progetto di intervento socio/educativo condiviso con l'Istituto Don Calabria di Ferrara.

Partner coinvolti - ASP Centro Servizi alla Persona di Ferrara (Servizio Sociale Minori e Adulti) Istituto Don Calabria "Città del Ragazzo" - Università degli Studi di Ferrara - Associazione "Agevolando".

Tempi - Il progetto individualizzato ha una previsione di durata media di 12 mesi con possibilità di proroga di ulteriori 6 mesi.

Azioni - In seguito al "passaggio" dal Settore Minori delle informazioni relative al giovane che verrà preso in carico dal Settore Adulti, si effettua una prima valutazione congiunta tra Assistente sociale referente e coordinatore del gruppo appartamento per verificare l'opportunità di un suo inserimento in gruppo appartamento. Il ragazzo che viene considerato attore del proprio progetto educativo e di vita condivide con gli operatori il PIA (progetto individualizzato per l'autonomia) all'interno del quale vengono individuati gli obiettivi personali, le azioni specifiche di ciascun attore coinvolto, modi e tempi di realizzazione e di verifica.

Il monitoraggio rispetto il raggiungimento degli obiettivi individuati sia da parte del ragazzo che degli operatori coinvolti viene attivato grazie ad un metodo di ricerca sperimentale proposto e condiviso con l'Università di Ferrara.

Risultati - Dal Settembre 2010 al Settembre 2012 sono stati accolti complessivamente 10 neomaggiorenni di cui 2 provenienti da altri territori. Rispetto ai 10 ragazzi 2 sono di nazionalità italiana e 8 di origine straniera. Ad oggi si sono conclusi 5 progetti che hanno visto un ragazzo rientrare nella famiglia di origine, un altro giovane trovare una completa autonomia anche abitativa e 3 ragazzi inseriti in un appartamento in condivisione, sostenuta dall'Associazione Agevolando. Tutti i ragazzi hanno intrapreso percorsi scolastici/formativi finalizzati all'acquisizione della Licenza Media e/o attestati di qualifica professionalizzanti. Quasi tutti hanno avuto l'opportunità di effettuare stage/tirocini in azienda (la maggior parte dei quali con una piccola retribuzione). In un caso il tirocinio si è già trasformato in assunzione. In ultima analisi ad oggi i 5 giovani adulti dimessi dal progetto hanno raggiunto buone capacità nella gestione dell'alloggio e delle relazioni interpersonali che consentono una convivenza.

Proposte di miglioramento - La criticità che emerge più forte è la difficoltà di raggiungere per i ragazzi una piena autonomia economica che consenta loro una vera indipendenza anche abitativa. Tale criticità è legata alla situazione di difficoltà economica che investe il territorio e che limita le opportunità lavorative dei giovani.

Costo - 50.00 euro giornalieri per utente-finanziamento Piani di Zona

4.9 Progetto tutoraggio

Finalità/Obiettivi - Sostenere i percorsi di autonomia lavorativa di persone con disabilità e con svantaggio sociale, attraverso figure di accompagnamento e tutoraggio - Favorire il raggiungimento di un ruolo attivo nella ricerca del lavoro con sostegno e mediazione - Promuovere l'acquisizione di competenze relazionali e professionali attraverso progetti personalizzati spendibili nel mercato del lavoro.

Partner coinvolti - Provincia, ASP Ferrara, Comune di Ferrara, Cooperativa Sociale Integrazione Lavoro

Tempi - 2012-2013

Azioni - Attivazione di borse lavoro con finalità di valutazione-formazione - Tutoraggio - Mediazione in azienda - Progetti individualizzati legge 68/99 - Lavoro in rete sul territorio - Colloqui di orientamento lavorativo - Attivazione tirocini.

Risultati - Nell'anno 2011 il numero complessivo di accessi al SIL è stato di 157 utenti. Nel dettaglio 58 appartenenti alla fascia del disagio economico, 57 alla fascia disabilità, 23 nuclei familiari provenienti da ASP - Minori, 7 utenti del DSM - AUSL di Ferrara, 12 ex-detenuti. Complessivo degli stage attivati 142; 8 tirocini e 7 persone disabili inserite in percorsi stagionali estivi; 4 assunzioni a tempo determinato.

Proposte di miglioramento - Formazione continua degli operatori sui temi della disabilità, mercato del lavoro, aspetti contrattuali, gestione casi complessi (programmata e in svolgimento). Aggiornamento di un regolamento interno sulle prese in carico, a fronte dei mutamenti socio-economici derivanti dalla crisi dell'ultimo biennio. Adeguamento della logistica e della strumentazione (stampante, pc) a fronte dell'aumento dell'organico SIL e del carico di lavoro degli operatori (Sportello Orientamento Lavorativo, attivazione tirocini).

Costo - 58.000 € annui a carico della Provincia

4.10 Attività formative e tirocini

Finalità/Obiettivi - Valutazione, formazione, orientamento lavorativo di persone maggiorenni disoccupate, in situazione di disagio socio-economico e/o di invalidità civile o da lavoro, iscritte al Centro per l'Impiego della Provincia di Ferrara (all'Operazione Transizione possono accedere anche minorenni con diagnosi funzionale, seguiti da attività di sostegno, ancora iscritti agli ultimi anni delle scuole superiori)

Partner coinvolti - ASP, Istituti Scolastici di 2° Grado, Università Degli Studi di Ferrara, Associazione Confartigianato, Ospedale S.Giorgio, DAI-SM-DP, Solidalmente, Comitato Ferrarese Area Disabili, Casa Circondariale

Tempi - Da 4 mesi a 2 anni (anche 3, nel caso di allievi degli istituti scolastici di 2°)

Azioni - Valutazione delle competenze e dei limiti dal punto di vista personale e professionale (anche attraverso prove strutturate) - definizione progetto individualizzato - formazione individualizzata presso c.f.p. e/o presso realtà lavorative - incontri di verifica in itinere e finale - orientamento lavorativo - potenziamento competenze di ricerca attiva del lavoro.

Risultati - Nel 2011/2012 sono state inserite 190 persone le quali, in base alle risorse professionali e relazionali, alla situazione personale (salute, percorso scolastico, detenzione carceraria) e quindi al grado di prossimità al lavoro, hanno avuto esiti del percorso diversi: assunzione 13 - tirocinio 14 - borsa lavoro 38 - inserimento in cooperative sociali 5 - inserimento in ambiente protetto 8 - ricerca attiva del lavoro 19 - continuano il percorso 14 - continuano il percorso scolastico 38 - interruzione problemi di salute 7 - consulenze 4 - scontano la pena 18 - dati non pervenuti 12

Proposte di miglioramento - Snellimento della gestione burocratica dei progetti

4.11 Centro socio-occupazionale "Il Fienile" di Baura

Finalità/Obiettivi - offrire nuove e differenziate risposte al crescente bisogno di percorsi di inserimento lavorativo per persone con disabilità (non collocabili attraverso gli strumenti normativi nel mondo del lavoro) e svantaggio sociale in carico ai Servizi Territoriali - costruire nuove metodologie di inserimento lavorativo (con utilizzo in prospettiva di strumento ICF) e innovativi settori produttivi.

Partner coinvolti - Comune di Ferrara, ASP Ferrara, AUSL Ferrara, Cooperativa Sociale Integrazione Lavoro, Città del Ragazzo, Centro Donna Giustizia.

Tempi - 2012-2013

Azioni - L'inserimento di persone con disabilità o in situazione di svantaggio sociale in percorsi formativi e lavorativi all'interno della Cooperativa è avvenuto attraverso la segnalazione da parte della Cooperativa della disponibilità di accoglienza nei seguenti settori: ufficio (mansioni di segretariato, sbobinatura, inserimento dati) - trasporti (accompagnamento sui pulmini) - servizio di consegna della posta per la Provincia - cucina (pasta fresca, preparazione cibi, allestimento sala, servizio ai tavoli) - pulizie (riassetto ambienti) - verde (sfalcio erba, cura dell'orto, manutenzione spazi esterni). La collaborazione è stata attivata con i Servizi Sociali, enti di formazione (Città del Ragazzo) Centro Donna Giustizia e SERT. Le persone proposte, dopo avere appurato l'idoneità allo svolgimento della mansione indicata attraverso colloqui conoscitivi con l'assistente sociale e/o il tutor di riferimento e effettuato la visita di idoneità (in caso di persona disabile) sono state inserite con diverse modalità: borse lavoro, tirocini formativi, stage.

Risultati - Consideriamo il periodo 2009-2011: nel 2009 n. 8 borse lavoro - nel 2010 n.12 borse lavoro; n. 1 tirocini formativi Città del Ragazzo; n. 1 stage nuove povertà: n.2 assunzioni in Cooperativa - nel 2011 n. 14 borse lavoro; n. 1 borse lavoro carcere; n. 2 stage Progetto Transizione Città del Ragazzo; n. 1 stage nuove povertà; n. 1 tirocini Provincia ; n. 1 tirocinio formativi Città del Ragazzo.

Proposte di miglioramento - Per il futuro c'è l'intenzione di sviluppare maggiormente alcuni settori produttivi quali la cucina (con l'avvio di un laboratorio di pasta fresca artigianale) e l'inserimento dati (con l'attivazione di un nuovo servizio di archiviazione e digitalizzazione dei documenti) permettendo la realizzazione di ulteriori percorsi di inserimento lavorativo.

Costo - annualmente il costo è pari ad euro 30.000 per le borse lavoro finanziato dai Piani di Zona, 65.000 euro finanziato per 40% sul FRNA e 60% ASP per la gestione del progetto e delle sue azioni, 30.000 sono i fondi che la Cooperativa sociale Integrazione Lavoro mette a disposizione del progetto

4.12 Protocollo formazione

Finalità/Obiettivi - Consolidare una rete distrettuale al fine di rafforzare l'integrazione tra le diverse afferenti politiche della formazione e del lavoro tra Servizi Sociali e Sanitari, al fine di garantire forme di sostegno personalizzato.

Partner coinvolti - ASP di Ferrara, ASSP dell'Unione "Terre e Fiumi", Centro Studi Opera Don Calabria Città del Ragazzo di Fe, Fondazione S. Giuseppe CFP Cesta - Copparo.

Tempi - Anno formativo 2012 - 2013.

Azioni - Potenziare il know how delle persone in situazione di disabilità e svantaggio attraverso itinerari formativi professionalizzanti - Promuovere processi di inclusione socio professionale capaci di coniugare le peculiarità reali delle persone con le esigenze di mercato - Prevenire forme di emarginazione e disadattamento riattivando circuiti sociali ed educativi.

Risultati - Il progetto partirà a novembre in concomitanza all'approvazione dei corsi di Formazione Professionale, con costituzione di Comitato Tecnico. I risultati saranno visibili al termine della formazione professionale nel 2013.

4.13 Associazione Casa e Lavoro: Agenzia di servizi per l'attuazione del progetto di vita

Finalità/Obiettivi - L'Associazione Casa e Lavoro, nata a Ferrara a luglio del 2011, si occupa di fornire servizi di riabilitazione lavorativa e della vita in autonomia a persone con disabilità cognitiva e comunicativo-relazionale. L'associazione porta avanti questo intento realizzando per i soci, varie attività di riabilitazione e consulenza, ha attivato piccole unità produttive in cui operatori qualificati operano insieme a persone con problematiche complesse e che non sono, ad oggi, riuscite ad entrare nel mercato del lavoro nemmeno protette dalla legge 68 o dal sistema della cooperazione sociale.

Partner coinvolti - in collaborazione con ASP Ferrara, ASSP Copparo, Cooperativa Acli Coccinelle, Città del Ragazzo, Inail, Anmic.

Tempi - Attività produttive aperte da Aprile 2012. Attività quotidiane di formazione in situazione lavorativa e di riabilitazione delle autonomie di vita.

Azioni - Servizio di Consulenza Affettività e dintorni in collaborazione con ANMIC Ferrara - Laboratorio di attività riabilitative per giovanissimi con disabilità cognitiva e comunicativo relazionale presso la parrocchia di San Benedetto dal titolo: Laboratorio di lavoro e relazioni. Laboratorio pre-occupazionale - Attività ricreativa e socializzante: pomeriggi in piscina, uscite di shopping, aperitivi, cene, feste - Laboratorio di riabilitazione delle autonomie di vita domestica in appartamento - Vacanze ed esperienze in autogestione per la promozione delle autonomie (1° week-and in camper 7-9 settembre) - Lavoro insieme in piccole 3 Unità produttive (cucina presso il centro Ancescao Acquedotto, acquisto restauro e gestione trampolini elastici presso area Parco Urbano di via Bacchelli, manutenzione ordinaria e straordinaria di aree interne ed esterne dell'Ippodromo di Ferrara in collaborazione con Acli Coccinelle e la Scuola Pony) - Organizzazione di corsi di Formazione e momenti di supervisione.

Risultati - Attualmente abbiamo in carico in totale 14 persone con disabilità, di cui 10 utenti quotidianamente impegnati in attività occupazionali (8 con frequenza quotidiana), e 4 persone coinvolte in esperienze di vita in autonomia. Abbiamo in essere una collaborazione con una cooperativa sociale che, con una squadra di lavoro da noi formata, sta creando un ramo di impresa come sbocco professionale reale per i soci dell'associazione che nel tempo sono pronti per il lavoro. abbiamo creato un percorso sull'educazione affettiva e sessuale, partito da una giornata di formazione con la metodologia OST e che ora vede aperto uno sportello presso ANMIC.

Proposte di miglioramento - Per ora non abbiamo partecipato a progetti o bandi, siamo aperti a collaborazioni. Il nostro statuto prevede la possibilità di sostenere enti e associazioni (come le numerosissime associazioni di famigliari presenti nel territorio) per l'attuazione dei loro progetti, ci poniamo nel territorio come un gruppo di professionisti che utilizzando strumenti no profit del Terzo Settore intende sostenere l'attuazione del progetto di vita di persone con disabilità cognitiva e comunicativo relazionale.

Costo - Il costo dei servizi è in parte ricavato dai guadagni delle unità produttive stesse e in parte a carico dei soci fruitori dei servizi, che in alcuni casi vengono sostenuti dai servizi sociali di appartenenza.

4.14 Servizio di promozione riabilitazione dell'autonomia

Convenzione per la contribuzione allo sviluppo e prosecuzione del Progetto "Centro Perez" per le disabilità acquisite (1/7/2012-30/6/2015) Servizio di promozione riabilitazione dell'autonomia presso Centro Perez

Finalità/Obiettivi - *Convenzione:* Il Centro Perez dell'Istituto Don Calabria di Ferrara è un centro socio-occupazionale per adulti residenti nella Provincia di Ferrara con disabilità medio-grave per esiti di grave cerebro lesione acquisita (Trauma, ictus, emorragia cerebrale, tumori, etc). Le finalità sono: il reinserimento socio lavorativo; dove possibile, la transizione al lavoro; la promozione e l'esercizio delle autonomie.

Autonomia: Scopo del progetto è promuovere e riabilitare le autonomie di vita quotidiana (ADL II), ovvero cura della casa, spesa, cucina, gestione dei trasporti, del denaro e del tempo libero, prendendo in carico almeno dieci persone disabili secondo progetti personalizzati. In parallelo il progetto prevede la presa in carico dei caregivers per un servizio di sostegno e consulenza.

Partner coinvolti - *Convenzione:* Azienda ospedaliero-universitaria S. Anna - U.O. di Medicina Riabilitativa - Comuni della Provincia di Ferrara - ASP di Ferrara - ASSP di

Copparo - Azienda USL di Ferrara - Provincia di Ferrara. *Autonomia*: Azienda ospedaliero-universitaria S. Anna - U.O. di Medicina Riabilitativa - ASP di Ferrara, Masi Torello e Voghiera - Azienda USL di Ferrara.

Tempi - La durata della *Convenzione* è triennale. La durata del progetto *Autonomia* è annuale e si ripropone dal 2008

Azioni - *Convenzione*: Le attività caratterizzanti sono il lavoro quotidiano, nella modalità dell'aiuto reciproco e della collaborazione, in ambiente protetto; la promozione e la cura della socializzazione attraverso i laboratori teatrali e i momenti strutturati e informali di partecipazione; l'attività motoria adattata nella palestra della Città del Ragazzo. *Autonomia*: Le azioni principali sono due: 1° svolgimento, con l'affiancamento di un tutor, di un progetto personalizzato di promozione e riabilitazione delle autonomie di vita quotidiana, secondo obiettivi concreti e verificabili (può fare da solo, può fare con supervisione, può fare con ausili) concordati con il cliente e i caregivers; 2° presa in carico dei caregivers da parte di un consulente della famiglia, per un'azione di sostegno che crei le condizioni per un successivo esercizio delle nuove autonomie nell'ambiente di vita quotidiana.

Risultati - *Convenzione*: Dal 2006 , in cui i clienti del Centro erano 12, si è arrivati attualmente alla presa in carico di 28 progetti, di cui 23 di Ferrara, Masi Torello e Voghiera e 5 della provincia (Copparo, Comacchio, Ostellato e Portomaggiore). I progetti in carico riguardano sempre più un'utenza che, per età, gravità e tipologia di disabilità, non presenta prospettive di transizione al lavoro.

Autonomia: Dal 2008 sono stati presi in carico oltre 30 disabili, sia congeniti che acquisiti, con le rispettive famiglie. Quasi per ciascun progetto sono stati raggiunti gli obiettivi molto concreti che erano stati stabiliti. Tuttavia il mantenimento nel tempo delle capacità conquistate è dipeso in larga misura dalla disponibilità della famiglia a trasformare la capacità acquisita in prassi quotidiana.

Proposte di miglioramento - *Convenzione*: L'auspicio, proprio perché la transizione ad un lavoro esterno è spesso molto difficile, è quello di avviare nel prossimo triennio, nuove tipologie di attività produttive, anche in partnership con associazioni e cooperative del territorio. Più precoce è l'intervento riabilitativo sull'autonomia, più possibilità di successo ha il progetto di reinserimento sociale e lavorativo della persona disabile, in particolare se acquisita. *Autonomia*: L'auspicio è che si possano avere risorse per offrire a tutte le persone che frequentano i progetti di valutazione, formazione e transizione al lavoro per disabili della Città del Ragazzo l'opportunità di lavorare sulle proprie autonomie, condizione per costruire da protagonisti attivi il proprio progetto di vita.

Costo - *Convenzione*: Il costo annuale della convenzione è di € 150.000,00, di cui il 60% a carico del bilancio sociale e il 40% a carico FRNA. Tale costo è costituito in rette individuali a progetto di frequenza, con la possibilità, prevista dalla convenzione stessa, di una personalizzazione dei progetti di frequenza costruita sulle esigenze del cliente, ascoltati anche i suoi familiari. *Autonomia*: Il costo annuale del progetto è di € 20.000,00 a carico del FRNA.

4.15 Progetto "Il Cafè della Memoria"

Finalità/Obiettivi - ASP da anni si occupa della malattia di Alzheimer e altre forme di demenza attraverso i suoi servizi: territoriale, semiresidenziale e residenziale. Da circa due anni ha sede all'interno della Casa Residenza, in uno spazio dedicato e protetto, l'iniziativa del Cafè della Memoria, rivolto ai familiari/caregiver e alle persone affette da questa malattia. Gli obiettivi del progetto sono: Migliorare l'integrazione dei malati e dei loro familiari nel territorio contrastando l'isolamento e lo stigma - Favorire una domiciliarità sostenibile sia per il malato che e le famiglie, anche attraverso la conoscenza della rete dei Servizi - Promuovere le strategie di gestione dei disturbi psico-comportamentali - Ridurre lo stress dei caregiver - Promuovere la socializzazione e la stimolazione cognitiva nei malati - Trasmettere conoscenza della malattia a livello sociale creando cultura, utile anche alla diagnosi precoce.

Partner coinvolti - Progetto realizzato, coordinato ed integrato tra Comuni, ASP, ASSP, Azienda USL (centri delegati per i disturbi cognitivi), Azienda Ospedaliera (centri esperti per i disturbi cognitivi), AMA, MMG, ANCESCAO

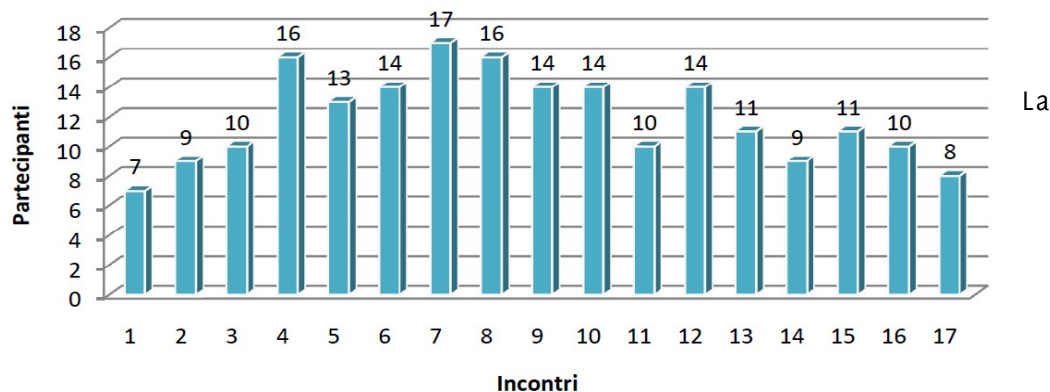
Tempi - Il progetto è incluso nell'Accordo di programma per le persone affette da demenza con scadenza nel 2013. Prevede un incontro ogni 15 giorni della durata di 3 ore ciascuno

Azioni - Il Cafè della Memoria offre incontri ed attività paralleli rivolti alle persone con disturbi cognitivi che vivono al domicilio ed ai loro famigliari (e/o assistenti familiari) in un luogo informale dove condividere anche momenti di convivialità. Le attività proposte sono: **PER GLI ANZIANI:** stimolazione cognitiva e terapia occupazionale, condotte dall'educatore e dalla psicologa con il supporto di due OSS del servizio territoriale. **PER I FAMIGLIARI:** incontri in cui si alternano: spazi di formazione - informazione, condotti da diversi esperti (geriatra, neurologo, ass. sociale, infermiere) - spazi di riflessione - confronto in gruppo, condotti dallo psicoterapeuta. Sono previste attività di supervisione, da parte di uno psicologo-psicoterapeuta, per gli operatori e volontari come spazio di elaborazione sull'esperienze e sostegno al lavoro degli operatori

Azioni di Miglioramento - Realizzazione di un secondo punto di incontro dalla primavera 2012 presso il Centro di Promozione Sociale "Il Barco" fornendo così un'offerta settimanale in due punti cardine del territorio di Ferrara

Costo - Anno 2011 11.063 € - Anno 2012 19.000 € a carico del Fondo Regionale per la non Autosufficienza per il 50% e la restante quota a carico ASP

Grafico: n. partecipanti alle attività di stimolazione periodo Novembre 2010-dicembre 2011



partecipazione dei familiari è stata molto sostenuta negli incontri con gli esperti e si è comunque mantenuta su valori medi di partecipazione di circa 22 persone ad incontro.

4.16 - Uffa che Afa - Piano per la gestione delle ondate di calore estivo

Finalità/Obiettivi Incrementare la salute e la qualità della vita delle persone anziane attraverso un approccio multisettoriale in un costante rapporto tra Istituzioni Sociali, Sanitarie e Terzo Settore; compiere un monitoraggio continuo delle situazioni indicate come potenzialmente a rischio, tramite un numero verde, la telesorveglianza e, ove necessario, tramite l'intervento ed il sostegno domiciliare; sostenere la domiciliarità e la vita indipendente attraverso un'informazione qualificata ed aggiornata sui Servizi esistenti e la promozione di azioni per la fruizione degli stessi.

Partner coinvolti - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; Azienda USL Ferrara, CUP 2000, Coop. Soc. L'Isola, Coop. Soc. Camelot, Coop. Soc. Integrazione e lavoro, Centro H, Anteas, Auser, Ferrara Assistenza, Nadiya, Ancescao, Confesercenti, Ascom, Federfarma, AFM Farmacie Comunali, Prefettura di Ferrara, Questura di Ferrara, Carabinieri, Guardia di Finanza; Vigili del Fuoco.

Tempi - Progetto annuale che ha preso avvio nel 2004 e che si realizza durante il periodo estivo (15 Giugno-15 Settembre).

Azioni - Gli operatori del Call Center di CUP 2000 gestiscono in un primo contatto le chiamate in uscita relative agli utenti in condizione di fragilità segnalati dagli enti locali. Lo scopo è quello di raccogliere eventuali richieste ed informare sulle opportunità offerte dal progetto. Viene messo a disposizione dei cittadini un numero verde al quale poter fare segnalazioni in caso di disagio.

Nel caso emergano stati di bisogno non legati a situazioni di emergenza (nel cui caso viene allertato il 118 o le altre istituzioni deputate alla gestione delle emergenze) il referente delle procedure di supporto sociale attiva la rete dei soggetti aderenti al progetto per dare risposta ai bisogni di bassa soglia o allerta il Servizio Sociale professionale per situazioni di particolare criticità. Al progetto partecipa anche l'Azienda Ospedaliera potenziando le capacità di ricovero di anziani durante il periodo estivo e garantendo dimissioni in sicurezza, attraverso il percorso aziendale di "dimissione protetta".

Proposte di miglioramento - Aggiornamento della banca dati degli anziani fragili con il concorso dell'Azienda USL e l'apporto dei Medici di Medicina Generale.

Modelizzazione delle procedure di attuazione del progetto per garantire una buona prassi di rete valevole non solo per le condizioni di emergenza legate alle ondate di calore estivo, ma anche per altre situazioni di emergenza e successivamente per la gestione "ordinaria" della fragilità.

Costo - Anno 2008-2009-2010-2011 € 15.000; anno 2012 € 20.000 a totale carico del FRNA.

Chiamate	Giugno	Luglio	Agosto	Totale
Effettuate	1.692	1.810	2.092	5.594
Ricevute	68	78	85	231
Totale	1.760	1.888	2177	5.825

Contatti da e verso anziani seguiti nel servizio Uffa che Afa (giugno - agosto 2012)

4.17 Progetto Sostene - Animazione riabilitativa a domicilio: strategie di riattivazione e compensazione nel deterioramento cognitivo

Finalità/Obiettivi - Promozione del benessere complessivo e dell'agio nell'anziano con problematiche cognitive e relazionali - Individuazione dei bisogni e desideri della persona per la costruzione di un progetto di animazione riabilitativa individualizzato - Stimolazione delle capacità residue attraverso interventi specifici e mirati, nel rispetto delle esigenze e del contesto esistenziale dell'individuo.

Partner coinvolti - ASP Servizi Territoriali, Cooperativa Sociale L'Isola

Tempi - Progetto annuale attivo dal 2010

Azioni - In linea generale le modalità di intervento prevedono: la valorizzazione del care-giver attraverso il suo coinvolgimento nei programmi di stimolazione; l'eventuale accoglimento-contenimento delle ansie del care-giver - La stimolazione delle capacità cognitive, mnesiche e di orientamento attraverso tecniche di Rot informale, stimolazione sensoriale, memory training, musicoterapia - La stimolazione della sfera affettivo-relazionale attraverso tecniche di riminiscenza, rimotivazione e validazione.

Risultati - Anno 2010, Anno 2011: 770 interventi di animazione a domicilio

Proposte di miglioramento - Favorire sempre di più la presa in carico leggera di nuovi beneficiari individuati dal servizio sociale professionale con il concorso delle realtà istituzionali e del Terzo Settore che già operano nell'ambito della fragilità.

Costi - Anno 2010 € 6.000; Anno 2011 € 10.000; Anno 2012 € 15.000



4.18 "Progetto Giuseppina" - sostegno e sviluppo delle reti sociali di comunità per ridurre l'isolamento e la solitudine e prevenire le condizioni di abbandono della popolazione anziana ultra settantacinquenne



Finalità/Obiettivi - Favorire e sostenere la vita indipendente, per continuare a far vivere l'anziano al proprio domicilio e nel proprio tessuto sociale, prevenendo così elementi d'accelerazione dell'isolamento, del senso di inutilità e di depressione, fattori che favoriscono ed accelerano il decadimento senile - Garantire un'informazione qualificata ed aggiornata sull'offerta dei servizi esistenti e sulla fruizione degli stessi - Individuare e definire i bisogni che emergono a livello individuale in modo da rintracciare i possibili beneficiari degli interventi - Elaborare ipotesi di intervento, modulate sulle esigenze del singolo e nel rispetto della libertà di scelta dell'individuo, in conformità con quanto stabilito dal Piano d'Azione a favore degli Anziani della Regione Emilia Romagna e dall'art. 5 co.4° lett. B "servizi ed interventi a sostegno della domiciliarità, rivolte a persone che non riescono, senza adeguati supporti, a provvedere autonomamente alle esigenze della vita quotidiana"; lett. E "servizi ed interventi volti ad affiancare, anche temporaneamente, le famiglie negli impegni di responsabilità e cura" - Socializzare le informazioni raccolte per sensibilizzare e responsabilizzare la comunità locale e le varie agenzie che operano nel territorio e per promuovere una rete solidale e cooperativistica ex art.20, co 2 L.Reg. 2/2003.

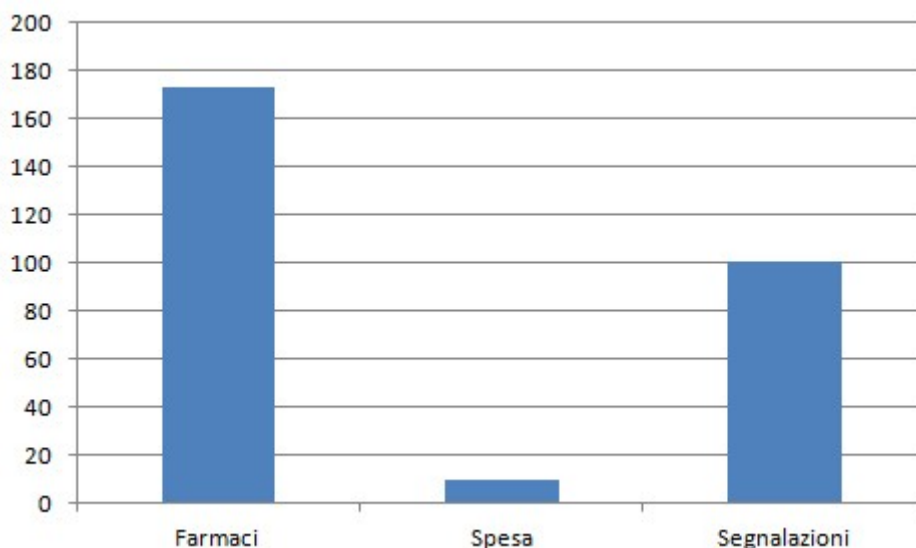
Partner coinvolti - Azienda USL Ferrara, CUP 2000, Coop. Soc. L'Isola, Coop. Soc. Camelot, Coop.Soc. Integrazione e lavoro, Centro H, Uisp, Anteas, Auser, Ferrara Assistenza, Nadiya, Ancescao, Confesercenti, Ascom, Federfarma, AFM Farmacie Comunali.

Tempi - Progetto attivo dal 2004

Azioni - Attività di ricerca sociale per la definizione dei bisogni della popolazione anziana - Mobilitazione delle reti di sostegno sociale a livello locale per l'identificazione delle persone fragili o a rischio di fragilità che non sono conosciute dalle istituzioni (sviluppo delle reti sociali di comunità e dell'integrazione istituzioni e terzo settore) - Progettazione degli interventi a favore degli anziani ed elaborazione di sistemi di monitoraggio e verifica - Attività in risposta ai bisogni della popolazione ultra settantacinquenne sola residente nel Comune di Ferrara: Teleassistenza, Trasporti, Consegna dei farmaci a domicilio, Consegna della spesa a domicilio, Attività motoria a domicilio.

Proposte di miglioramento - Nuova condivisione delle attività con istituzioni locali e Terzo Settore e co-progettazione finalizzata alla valorizzazione del progetto - Ri-Mappatura del privato sociale operante in tutto il territorio comunale - Revisione e ri-valutazione dei requisiti degli iscritti al progetto Giuseppina per una rivisitazione del target per dare risposta a nuovi bisogni - Promozione di un lavoro sinergico con l'Azienda USL per la definizione della fragilità e funzionale alla creazione di una banca dati aggiornata - Promozione di un nuovo approccio comunicativo e informativo sulle opportunità offerte dal progetto

Costo - Anno 2007 2° semestre 47.000 € - Anno 2008 110.000 € - Anno 2009 110.000 € - Anno 2010 130.000 € - Anno 2011 130.000 € - Anno 2012 195.000 € Finanziato FRNA



1.797 anziani ultra settantacinquenni in carico al progetto ad Ottobre 2012 - 27.767 accompagnamenti dal 2007 al 2011 - 48.918 chiamate effettuate e ricevute dal call center Cup 2000 dal 2007 al 2011 - Consegna farmaci e spesa a domicilio; segnalazioni ai servizi sociali e alla pubblica sicurezza per emergenze dal 2007 al 2011(vedi tabella)

4.19 Aspasia a sostegno della qualità domiciliare

Finalità/Obiettivi - Fare incontrare domanda e offerta di lavoro regolare e qualificato migliora la qualità assistenziale nei confronti degli anziani - sostenere l'integrazione, la qualità e la continuità assistenziale in relazione all'evolvere dei bisogni dell'anziano - favorire lo sviluppo delle competenze, la regolarizzazione e la fuoriuscita dal sommerso delle "badanti" - favorire l'inserimento dell'assistente familiare nell'ambito della rete territoriale dei servizi.

Partner coinvolti - Comune di Ferrara/oggi affidato all'ASP (n.b. inizialmente progetto unico con: Cento, Zona di Copparo e Codigoro - Provincia di Ferrara - ASL di Ferrara - Organizzazioni sindacali - Terzo Settore.

Tempi - 2008-2012

Azioni - Attività di sportello (informazione, orientamento) sull'offerta locale di servizi alla popolazione anziana con particolare riferimento ai servizi a sostegno della domiciliarità e servizi di informazione e orientamento alle assistenti familiari - attività di incontro domanda/offerta di assistenti familiari basata sulla gestione di albi/repertori locali di assistenti familiari - attività di formazione mirata, multilingue a fruizione flessibile, ad elevata facilità di attivazione e riproduzione - messa a punto di strumenti e procedure per la valorizzazione di relazioni di lavoro contrattuali di qualità, per l'incrocio regolare domanda /offerta e per l'erogazione controllata degli incentivi alle famiglie - aggiornamento mirato di operatori della rete territoriale dei servizi la cui attività impatta con la tematica del lavoro di cura domiciliare.

Risultati - Operatori formati e sperimentati - Condivisione con gli attori sociali - Regole chiare - Diverse migliaia di occasioni informative e di orientamento alle famiglie - Quasi 1.000 assistenti formate - Centinaia di contratti di lavoro regolari accompagnati e sostenuti.

Proposte di miglioramento - Crescente connessione con i servizi per integrarsi nella gamma di offerta territoriale a governance pubblica - Ampliamento dell'offerta con forme di servizio regolare e a prezzi controllati che facilitino la continuità assistenziale, la semplificazione burocratica - Continuità nelle forme di sostegno alle famiglie nella riduzione del costo del lavoro.

Costo - Anno 2008 2° semestre 32.144 € - Anno 2009 53.000 € - Anno 2010 53.000 € - Anno 2011 53.000 € - Anno 2012 53.000 € - Finanziato con FRNA

FOCUS: L'accreditamento dei servizi socio sanitari ed assistenziali - Il caso della Casa Residenza per Anziani di Via Ripagrande

Dal 1° Aprile 2011, data di decorrenza del contratto di servizio previsto dalla normativa regionale in materia di accreditamento dei Servizi Socio Sanitari, la Casa Residenza per Anziani di Via Ripagrande si è così suddivisa:

A gestione diretta dell'ASP un nucleo ad alta intensità assistenziale e un nucleo speciale temporaneo dedicato alle demenze

A gestione diretta del Raggruppamento Temporaneo di Impresa (RTI) formato dalle Cooperative CIDAS, Serena e L'Isola, quattro nuclei di casa residenza.

L'accreditamento ha imposto un nuovo lessico ed un nuovo modo di interpretare i servizi socio sanitari, introducendo, come prima cosa, il concetto di responsabilità gestionale unitaria, che si riferisce ad un "modello organizzativo" complessivamente e unitariamente prodotto da un unico "soggetto" (pubblico o privato) che si fa carico della responsabilità dell'intero processo assistenziale, della disponibilità delle risorse umane, dell'organizzazione generale del servizio e della pianificazione dell'assistenza complessiva alla persona.⁷

Il cambiamento sostanziale rispetto al modello precedente di assistenza ha fatto ritenere opportuno lavorare sull'integrazione dei modelli organizzativi di ASP ed RTI (unici gestori di nuclei residenziali diversi), partendo dal presupposto che, comunque, al centro di ogni modello deve esserci la persona. Tutte le azioni devono fondarsi cioè, sulla capacità del soggetto erogatore (della sua organizzazione) di fornire un prodotto-servizio fatto di beni relazionali, reti sociali generative di relazioni, e di intendere gli utenti come co-produttori e co-valutatori dello stesso servizio di cui sono fruitori.⁸

In quest'ottica le dirigenze di ASP ed RTI hanno promosso un corso di formazione, per le figure di responsabilità ed intermedie, che ha avuto come obiettivo principale quello di migliorare i processi di comunicazione e di conseguenza quelli operativi delle due entità che operano all'interno della Casa Residenza per Anziani di Via Ripagrande, sposando uno dei presupposti ideali che sta alla base dell'accreditamento: la funzione sociale pubblica non sta tanto nella forma giuridica (pubblica o privata) degli attori e dei beni in gioco, ma nelle pratiche, nel come questi servizi funzionano e nel che cosa producono.

La finalità del percorso condotto è stata ed è quella di promuovere e rafforzare il confronto tra culture organizzative, fornendo delle prime indicazioni operative su come incentivare la relazionalità e la condivisione di buone prassi, in un'ottica di problem solving e quindi di disponibilità a ri-tarare gli obiettivi in base alle esigenze ed "emergenze" nascenti.

Nel contesto dei servizi alla persona, l'accreditamento impone un ripensamento degli stessi a soddisfazione dei requisiti strutturali, di pianificazione strategica ed operativa e di personale.

Il lavoro a monte ed in itinere sulla cultura organizzativa, rappresenta un vantaggio nella promozione della qualità del servizio, contro le spinte meramente omologanti che possono nascondersi alla base dell'adattamento tout court ai dettami legislativi.

L'accreditamento è un percorso che la Regione Emilia Romagna sostiene, ma che va "accompagnato" e monitorato nei suoi aspetti problematici, che sono tanto di tipo economico quanto di processo, per evitare appunto l'appiattimento delle diverse soggettività e delle diverse culture di servizio.

⁷ Regione Emilia Romagna DGR n. 514/2009

⁸ Regione Emilia Romagna DGR n. 772/2007



#5

Bilancio economico sostenibile: patrimonio e investimenti

di

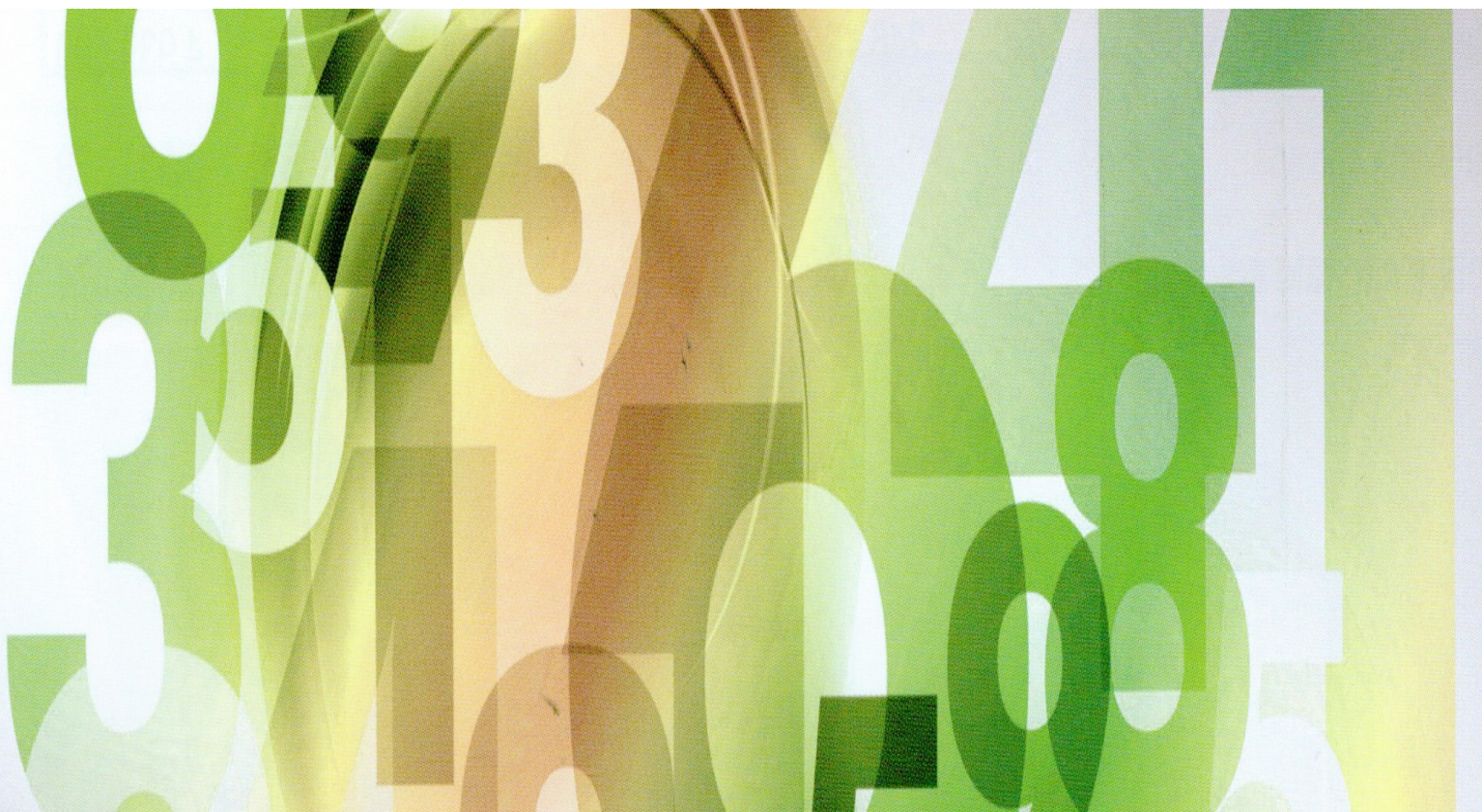
Alessandro Benvenuti, *Controllo di Gestione ASP*

Sabina Massaro, *Bilancio e Patrimonio ASP*

Daniela Delaiti, *Provveditorato ASP*

Marco Rocchi, *Controllo di Gestione ASP*

Tito Manlio Cerioli, *Archivista ASP e Ricercatore Storico*



5.1 Introduzione

L'obiettivo che la dirigenza e il Consiglio di Amministrazione si sono dati, alla nascita dell'azienda nel 2008, era quello di trasformare l'ASP da ente/istituzione ad azienda

L'azienda è un sistema composto di elementi collegati tra loro per raggiungere uno scopo; è un sistema aperto perché interagisce con l'ambiente esterno ed è un sistema dinamico soggetto a cambiamenti e a adattamenti.

Il dinamismo aziendale è stato la cornice che ha distinto l'ASP nei primi anni di vita.

La trasformazione dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica richiesta dalla normativa regionale è stato un passaggio impegnativo ed ha portato ad una nuova cultura contabile basata sul concetto di competenza; il costo ed il ricavo sono considerati come tali se riferibili all'esercizio economico. La nuova contabilità permette una presentazione più accurata e completa della situazione economica e dà una rappresentazione patrimoniale precisa dell'azienda.

La nascita del controllo di gestione ha contribuito alla crescita dell'azienda. Il servizio quale centro di elaborazione dei dati, verifica degli obiettivi, della strategia e dei budget assume un ruolo importante di orientamento alle scelte degli amministratori.

Le ristrutturazioni edilizie della sede istituzionale hanno permesso l'accentramento dei servizi in un unico luogo. Questo ha portato al raggiungimento di economie di scala, ad una migliore comunicazione ed interazione tra operatori e soprattutto ha consentito ad ASP di diventare un punto di riferimento all'interno del territorio della città per il cittadino.



5.2 Bilancio Economico ASP

Tabella n.1 - Stato patrimoniale

ATTIVITA'	2008	2009	2010	2011
A) Crediti verso soci per versamenti dovuti	-	-	-	-
B) Immobilizzazioni	9.536.866	10.857.529	13.551.404	14.951.227
C) Attivo circolante	6.919.442	6.453.305	5.757.749	3.839.318
D) Ratei e risconti	15.419	42.338	40.774	34.129
Conti d'ordine			3.979.905	3.979.905
TOTALE ATTIVO	16.471.727	17.353.172	23.329.832	22.804.579

PASSIVITA'	2008	2009	2010	2011
A) Patrimonio netto	9.121.002	8.706.091	7.772.957	7.500.844
B) Fondi per rischi e oneri	516.270	552.267	325.577	282.836
C) Trattamento di fine rapporto	-	-	-	-
D) Debiti	6.833.905	8.064.895	11.065.306	10.724.221
E) Ratei e risconti	550	29.919	186.087	316.772
Conti d'ordine			3.979.905	3.979.905
TOTALE PASSIVO	16.471.727	17.353.172	23.329.832	22.804.579

Tabella n.2 - Conto economico

CONTO ECONOMICO	2008	2009	2010	2011
Valore della produzione	19.824.565	18.766.861	19.396.554	17.814.873
Costi della produzione	19.741.308	19.869.958	19.412.773	17.521.990
Differenza tra valore e costi della produzione (A - B)	83.257	-1.103.097	-16.219	292.883
Proventi e oneri finanziari	19.937	-4.980	-17.265	-44.261
Rettifiche di valore attività finanziarie	-	-	-	-
Proventi e oneri straordinari	194.468	1.334.000	-	109.969
Risultato prima delle imposte	297.662	225.923	-33.484	358.590
Imposte sul reddito	-339.297	-343.117	-350.243	-339.898
UTILE (perdita) d'esercizio	-41.635	-117.194	-383.727	18.692

Anno 2008

L'impostazione strategica dettata dal Consiglio di Amministrazione della nuova Azienda è stata quella di pervenire ad una compiuta integrazione tra le due anime che la costituivano e di razionalizzare il più possibile i costi derivanti dalla fusione tra due entità l'ex IPAB "Centro Servizi alla Persona" e i Servizi Sociali del Comune di Ferrara. Si è operato sul contenimento dei costi Amministrativi e sulla gestione delle risorse umane.

Al primo Gennaio 2008 operavano all'interno dell'ASP dipendenti dell'ex IPAB, del Comune di Ferrara, del Comune di Voghiera e dell'AUSL, oltre che di Cooperative/Ditte cui è stata affidata l'assistenza socio/sanitaria di 4 nuclei della struttura residenziale, attività di animazione e servizi ausiliari.

Nel corso del 2008 si è andato consolidando il processo di riorganizzazione del settore amministrativo, determinato:

- dal rientro in Comune e AUSL di numero 10 unità, la percentuale del personale amministrativo sul totale era nel 2007 pari al 15,76 %, al 31/12/2008 è pari al 11,87%;
- dallo sviluppo del lavoro per processi/revisione delle procedure operative, mettendo al centro dell'organizzazione l'utente ed il coinvolgimento di ogni operatore nel processo di miglioramento dei servizi.

Nel 2008 le relazioni sindacali si sono sviluppate attraverso incontri tra la Direzione Aziendale (delegazione trattante) e i sindacati del comparto.

Il Bilancio 2008 ha chiuso con un risultato economico negativo di € 41.635 in leggera perdita grazie ad entrate straordinarie per € 170.000,00 circa derivanti dalla vendita di un immobile "Villa Buosi" la cui procedura di vendita fu iniziata dal Consiglio di Amministrazione dell'IPAB "Orfanotrofi e Conservatori" e perfezionata dalla nascente ASP e da ricavi straordinari derivanti dal passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica quali pulizia di residui attivi per € 320.000,00 circa.

Anno 2009

Nell'anno 2009 gli obiettivi aziendali furono sempre il contenimento delle spesa e una scelta strategica importante che interesserà l'azienda nei prossimi anni che porta la gestione del caso dall'assistenza all'accompagnamento. Si è tentato di ridurre gli interventi di carattere assistenziale per cercare di recuperare una politica di accompagnamento all'autonomia dell'individuo.

Nel 2009 l'Azienda ha dovuto anche prepararsi alla partenza dell'accreditamento.

L'adeguamento architettonico che la struttura ha dovuto apportare per rispondere ai criteri dell'accreditamento ha comportato un notevole carico di costi che andranno ad aumentare il valore in stato patrimoniale dei fabbricati oggetto della ristrutturazione, investimenti per i quali non è stata richiesta alcuna risorsa ai Comuni Soci.

L'anno ha chiuso con una perdita contenuta di € 117.194,31 frutto di un ricavo straordinario dovuto all'incasso della vendita dell'immobile denominato "ex ostello" per € 1.334.000.

La procedura di vendita dell'immobile è iniziata per volontà del Consiglio di Amministrazione dell'ex-IPAB "Orfanotrofi e Conservatori" ed è stata completata dall'attuale ASP.

Il differenziale tra valore della produzione e costo della produzione (risultato operativo lordo) presentava un passivo per € 1.103.097.

Anno 2010

Nel corso del 2010 è continuata l'azione di registro, della linea dettata dalla committenza, che si sintetizza "dall'assistenza all'accompagnamento".

Ciò è rilevabile dalla diminuzione dei fondi destinati a sussidi abbinata ad un ampliamento delle figure professionali, quali educatori e psicologi, nelle aree minori, adulti ed anziani, figure strutturate nei servizi e/o impiegate in progetti specifici. Professionalità a sostegno della genitorialità e del disagio, in integrazione stretta con le assistenti sociali, su percorsi mirati al coinvolgimento personale e delle associazioni di auto aiuto, ed ancora impegno su progetti pilota che intendono sostenere e fortificare l'autonomia dei neomaggiorienni che escono da esperienze pluriennali di affidamento familiare o da comunità sempre in sintonia ed in compartecipazione con un terzo settore attivo e consolidato.

Per il 2010 la strategia aziendale è stata incentrata alla valorizzazione e conservazione del patrimonio e sulla volontà di non alienare patrimonio per coprire spese correnti.

Sono state intraprese azioni di risanamento incentrate su politiche di razionalizzazione della spesa e politiche d'entrata per permettere una sostanziale riduzione del deficit strutturale che ha caratterizzato la nascita della nostra Azienda.

Il risultato economico del 2010 è stato negativo per 383.724,94€ ma questo non deve fuorviare in quanto i risultati del risanamento sono evidenti dal dato del risultato operativo lordo che nel 2009 era -1.103.097 € è passato nel 2010 a -16.219 €, evidenziando un miglioramento di 1.086.878 € pari al 5,5% circa del totale di bilancio.

Anno 2011

Nell'anno 2011 si è potenziato, in base alla strategia dall'assistenza all'accompagnamento, il servizio per gli inserimenti lavorativi, affinché i problemi radicati e/o le difficoltà momentanee che si presentano in assenza di lavoro possano trovare possibili evoluzioni positive. Inoltre, l'azienda ha investito sulla risorsa personale volendo riconfermare tutte le varie professionalità, anche assunte a tempo determinato, e potenziare alcuni settori e per continuare a mettere a disposizione dei nostri utenti tutte le potenzialità di affiancamento diretto ed indiretto. Durante l'anno si è arrivati alla ridefinizione del nuovo contratto di servizio in cui al centro vi è il rafforzamento, l'ottimizzazione, lo sviluppo dell'attuale rete delle relazioni tra i soggetti pubblici e privati che operano direttamente e indirettamente nel welfare; alla riunificazione dei settori in un'unica sede con il trasferimento del settore Minori ed Anziani nella sede istituzionale di via Ripagrande. Alla fine del 2011 l'azienda ha ottenuto la certificazione per la qualità conforme agli standard internazionali ISO.

La maturazione di alcuni processi legati all'accreditamento, il contenimento del costo del trasporto, l'attivazione del nuovo regolamento per i pasti a domicilio e il miglioramento nella gestione del FRNA hanno permesso il raggiungimento di un sostanziale pareggio di bilancio.

Il risultato economico di esercizio per l'anno 2011 evidenzia un utile di € 18.692,58.

Il contesto macro economico è in deterioramento e l'ambiente di riferimento è tra i più problematici degli ultimi anni. L'anno 2011 inoltre è stato caratterizzato da un importante calo delle risorse come sotto evidenziato.

Tabella n.3 - Comune di Ferrara Gestione ordinaria

Comune di Ferrara Gestione Ordinaria		
2010	2011	Differenza
8.228.342,06	7.700.258,03	-528.084,03

La strategia finalizzata al contenimento dei costi e alla valorizzazione e conservazione del patrimonio e l'attivazione di azioni di risanamento incentrate su politiche di razionalizzazione della spesa e politiche d'entrata come sopra descritto hanno permesso il raggiungimento dell'utile di esercizio.

Anno 2012

Nel 2012 è previsto l'intensificare dell'integrazione con gli altri soggetti della rete dei servizi nella logica della sussidiarietà verticale ed orizzontale, la focalizzazione sulla valutazione dell'efficacia dell'intervento in collaborazione con la Fondazione Zancan di Padova. Inoltre trovano continuità obiettivi strategici iniziati negli anni precedenti quali la presa in carico nell'ottica dall'assistenza all'accompagnamento, potenziamento del servizio inserimenti lavorativi, la dotazione di un sistema di gestione per la qualità conforme agli standard internazionali ISO e il mantenimento dell'equilibrio della

gestione economico finanziaria aziendale pur a fronte di riduzione di risorse finanziarie succedutesi nell'ultimo triennio.

Evoluzione prospettica 2013

Il contesto macroeconomico caratterizzato da una forte riduzione di risorse da parte dello Stato ed a cascata dai Comuni committenti renderà necessario continuare a perseguire ed a intensificare le politiche finalizzate alla massima economicità e al recupero di efficacia ed efficienza per confermare il pareggio di bilancio.



5.3 Il Controllo di Gestione in ASP

Il servizio controllo di gestione in ASP ha avuto una forte evoluzione fra il 2008 e il 2012. Il rapporto stretto instaurato con l'Università di Ferrara e le professionalità impiegate ha permesso al servizio di diventare un punto di riferimento per la sperimentazione e per l'innovazione all'interno dell'azienda. La view che ha caratterizzato il processo di sviluppo è stata l'integrazione con tutte le diverse componenti aziendali. Alla fine di questi anni di crescita il risultato è che le pratiche del controllo di gestione sono trasversali a tutti gli ambiti aziendali e il servizio le governa interagendo con tutti i settori dell'azienda. Nell'anno 2008 alla nascita dell'ASP la competenza principale riguardava il controllo del bilancio economico ed il controllo qualitativo attraverso indicatori appositamente selezionati di casa residenza. Successivamente la collaborazione con l'Università di Ferrara ha portato alla concretizzazione di importanti progetti:

CAF (*Common Assessment Framework*)

Obiettivi annuali

BSC (*Balanced Scorecard*)

Monitoraggio trimestrale del bilancio economico preventivo con prospetti di contabilità analitica per settore Il servizio predispose un report dove viene indicato per ogni conto economico il valore attuale e la proiezione di chiusura al 31/12 dell'esercizio. Le proiezioni sono costruite in base alla media aritmetica mensile al momento dell'analisi, all'esperienza maturata negli anni, oppure in base alle risultanze della contabilità analitica.

Gli schemi di contabilità analitica evidenziano in maniera approfondita gli elementi che creano il costo (es. vengono analizzati anche i costi delle singole strutture) e sono uno strumento funzionale al controllo del budget da parte dei settori.

Di seguito sono presentate tutte le altre attività che coinvolgono trasversalmente il servizio e lo rendono completamente integrato con tutti i settori dell'azienda per il monitoraggio e l'analisi di diverse attività e per la produzione periodica di reportistica i cui contenuti sostengono le scelte aziendali.

Tabella n.10 - Altre attività

Altre attività
Reportistiche e statistiche per il Bilancio Sociale
Predisposizione database, supporto e monitoraggio carichi lavoro assistenti sociali
Flow-chart per certificazione di qualità
Controllo integrato dati alloggi ERP
Gestione software dati lavanderia
Gestione software consumi materiale incontinenti
Analisi Costi Casa residenza
Gestione software pasti a domicilio
Elaborazione dati delle indagini di Customer Satisfaction
Report qualitativo per casa residenza
Elaborazione e monitoraggio dati commissione mensa
Monitoraggio minutaggio informatico casa residenza
Monitoraggio e statistica movimento ospiti casa residenza
Gestione software SAD (servizio assistenza domiciliare)
Gestione software Sussidi economici
Elaborazione informatizzata di presentazioni
Analisi di Bilancio

L'azienda ha portato avanti la strategia finalizzata all'innovazione tecnologica ed al miglioramento nella gestione dei processi aziendali. Al Controllo di Gestione, in questi anni è stata affidata la gestione di diversi software compresa la formazione e l'addestramento del personale che usa tali strumenti per soddisfare il fabbisogno informativo aziendale e quello regionale.

Tabella n.11 - Software

Software	Dettagli
SISAM	Software Regionale relativo ai minori in carico ed interventi attivati
GARSIA WE Settore Anziani	Gestione utenti dall'accesso al segretariato fino all'erogazione dei servizi; è inoltre l'interfaccia di comunicazione tra il servizio sociale e l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)
GARSIA WE FAR Casa Protetta	Gestione del flusso dati richiesto dalla Regione relativo agli utenti di casa protetta
GARSIA WE FAR Centro Diurno	Gestione del flusso dati richiesto dalla Regione relativo agli utenti di centro diurno
CBA "modulo FAR"	Gestionale collegato alla contabilità utenti che predispose il flusso dati per Garsia WE FAR
SOSIA	Gestione dei servizi che richiedono tariffazione o esborsi economici (SAD, Pasti a domicilio, Telesoccorso e Sussidi economici)
CBA modulo "Contabilità ospiti"	Fascicolo ospiti di casa protetta
CBA modulo "Controllo di gestione"	Software per la predisposizione dei budget, proiezione al 31/12 dei dati infrannuali e relativo monitoraggio
PERSONALAB (Fondazione Zancan)	Sperimentazione di una nuova modalità di presa in carico degli utenti con monitoraggio di scale e di obiettivi posti sul progetto di vita dell'utente al fine di poter misurare l'esito degli interventi



5.4 Investimenti: ristrutturazioni e manutenzioni

Gli anni 2008/2012 sono stati caratterizzati da un importante piano di ristrutturazione e messa a norma di un numero cospicuo di locali destinati non solo alla casa residenza ma anche agli uffici dell'Amministrazione e delle Aree Anziani e Minori.

Per rendere gradevole la fruibilità e vivibilità dei Nuclei è stato potenziato il sistema di climatizzazione della struttura residenziale con ricaduta benefica per gli anziani e per il personale.

Sono stati installati, oltre all'esistente, nuovi impianti per ottimizzare il rinfrescamento ed il condizionamento di tutte le aree della struttura.

Per ridurre l'inquinamento atmosferico e garantire sicurezza agli utenti dei nostri servizi di trasporto abbiamo predisposto per il biennio 2008/2009 un piano di rinnovamento degli automezzi.

Nel 2009 hanno avuto inizio i lavori di ristrutturazione di due nuclei abitativi per migliorare le condizioni di confort, sicurezza e vivibilità dei locali e contestualmente sono terminati i lavori di restauro di altri due nuclei.

Gli accorgimenti strutturali e la scelta degli arredi di uno di questi ha consentito l'apertura del Nucleo Speciale Alzheimer. Il fine dell'architettura e degli arredi di tipo familiare è stato quello di interpretare le esigenze del paziente e di aiutarlo a "recuperare o mantenere" un rapporto efficace con il suo ambiente di vita. In ogni fase della malattia l'ambiente può, infatti, compensare o accentuare i deficit cognitivi ed i problemi comportamentali. L'ambiente non cambia la storia naturale della malattia, ma può ridurre i problemi comportamentali, i sintomi psicotici ed il declino funzionale. Il giardino, all'interno del nucleo, è stato progettato e realizzato volgendo una particolare attenzione ad alcune componenti: aree per la sosta, percorsi, punti di riferimento, recinzione, illuminazione, vegetazione.

Nel 2010 sono terminati i lavori di ristrutturazione degli ultimi due nuclei e questo ha consentito il passaggio da sei a sette il numero dei nuclei residenziali con un aumento dei posti letto di 10 unità passando da 180 a 190. Sono stati completati i lavori di ristrutturazione degli spazi abitativi del Centro Diurno che hanno permesso l'accoglienza di persone affette da demenze. Grazie ai lavori di ristrutturazione ed ottimizzazione degli spazi all'interno della sede dell'azienda è stato possibile nell'anno 2011 trasferire i servizi dell'Area Minori dai locali in affitto in Via Oroboni.

Nel Gennaio 2012 ha trovato collocazione, sempre nella sede aziendale l'Area Anziani, liberando i locali di Via Colomba non più idonei e funzionali ad ospitare il servizio.

Il trasferimento delle due Aree all'interno dell'azienda hanno comportato delle economie gestionali dovute alla eliminazione del pagamento di canoni di locazione, di canoni di telefonia e manutenzioni non più ordinarie per la vetustà degli immobili.

FOCUS: Archivio storico (di Tito Manlio Cerioli)

Attività di Recupero e di Riordino

Premessa

I complessi documentari conservati in questa sede sono indubbiamente di grandissima importanza per la storia dell'assistenza e beneficenza a Ferrara. Permettono, infatti, di completare quanto conservato in altri archivi ferraresi sia pubblici che privati, oltre ad essere l'unica fonte sufficientemente organica per le ricerche sull'argomento.

In particolar modo per il periodo preunitario, l'archivio costituisce una fonte insostituibile per la storia patrimoniale delle varie istituzioni benefiche, grazie alla quantità e completezza della documentazione, che facilita di molto le ricerche e soprattutto fornisce un insieme sistematico di informazioni di prima mano non reperibile altrove.

Altro fatto degno di nota è che la documentazione è sempre stata conservata nella sua sede storica anche dopo lo scioglimento dell'Ente Comunale Assistenza, creando così un vincolo indissolubile di totale identificazione fra la sede, l'archivio e l'Ente proprietario di entrambi. I documenti, infatti, sono conservati all'interno dello storico complesso di via Ripagrande e Porta Reno già a partire dal 1859.

Appare quindi chiara, in conformità alle linee guida dettate dalla legislazione vigente in materia di Beni Culturali, la necessità di conservare le carte all'interno della loro sede storica con l'alloggiamento delle stesse nei locali ristrutturati, rendendole così accessibili al pubblico degli studiosi.

La situazione precedente l'attuale intervento

Il materiale dell'archivio fino al maggio del 2004 si trovava al primo piano dell'ex "dormitorio eventuali", ora denominato "corpo F" di cui era stata decisa la ristrutturazione a causa delle problematiche condizioni statiche. Questo ha determinato la necessità di capire la natura e la tipologia delle carte che vi si trovavano ammassate almeno dal 1981.

Primi interventi

Dopo aver asportato tutto il materiale librario ed averne realizzato un elenco sommario, si è proceduto a trasportare il materiale in depositi temporanei in attesa che venissero fatti i lavori di ristrutturazione dei locali. I lavori sono stati conclusi fra molte interruzioni solo nel 2008.

Alla fine di aprile del 2004, in occasione dell'inaugurazione del corpo E, è stata organizzata nella Sala Benefattori una piccola mostra di alcuni materiali significativi delle principali serie denominata: «Da Congregazione di Carità/Pia Casa di Ricovero a Centro Servizi alla Persona».

Attività 2005-2007

Nel frattempo si è comunque svolto, per quanto è stato possibile a causa dei traslochi continui, il lavoro sul materiale dell'Archivio storico: inizialmente con la inventariazione su file di Word ed infine con il programma "Sesamo", come richiesto dalla Soprintendenza Archivistica dell'Emilia-Romagna, con la quale si sono mantenuti contatti continui. Nonostante le difficoltà della sistemazione è stato possibile permettere la consultazione di documenti specifici ad alcuni studiosi interessati.

Attività 2008-2012

A partire dal 2008, avendo finalmente a disposizione i locali ristrutturati, si è proceduto a ricontrollare tutte le schedature già effettuate ed a completare quelle rimaste fino al 1951.

Sono stati riordinati soprattutto tutti gli Archivi Aggregati con l'inserimento di carte e fascicoli ritrovati sparsi. In particolare si segnala la risistemazione completa

dell'archivio della Società di Mutuo Soccorso per Pellagrosi della quale si sono divisi i fascicoli per anno come in origine e si sono estratti dalle buste tutti i volumi a stampa, che facevano parte della biblioteca dell'istituzione e che sono andati a formare una serie a parte.

È stato realizzato l'inventario analitico di tutti gli archivi aggregati e delle carte della Pubblica Beneficenza (1798-1807), Congregazione di Carità (1808-1815), Istituto Elemosinario (1815-1859), Congregazione di Carità (1859-1927) e dell'Ente Comunale di Assistenza fino al 1951.

Attività di promozione dell'Archivio

Presentazioni del volume dell'archivista incaricato del riordino Tito Manlio Cerioli: *l'Opera pia Bonaccioli di Ferrara* che ha ricevuto il terzo premio per le pubblicazioni di argomento Ferrarese nell'edizione 2010 del "Premio Niccolini".

Contatti presi con il Centro Studi per i Monti di Pietà ed il credito solidaristico presso la Fondazione del Monte di Bologna.

Intervento dell'archivista incaricato all'interno della giornata di studi "Pier Augusto Tagliaferri nella notte Simbolista", svoltasi a Porotto (Ferrara) nella mattina del 23 maggio 2009, con una relazione sulla commissione al pittore della decorazione di alcune stanze del Palazzo Pareschi in Ferrara (ora studio del Rettore dell'Università degli Studi), basandosi su documenti inediti rinvenuti nell'inventariazione dell'Archivio Pareschi di proprietà dell'ASP.

Organizzazione della Mostra "*Le Carte della Carità*", 17-31 marzo 2010, stesura del relativo catalogo e del relativo dèpliant in occasione dell'inaugurazione del Centro Diurno Alzheimer.

Nel 2011 l'archivio ha contribuito alle celebrazioni per i 150 anni dell'Unità partecipando al progetto "Cittadine Senza Diritti", organizzato dal comitato U.D.I. di Ferrara sfociato nella realizzazione di un dvd e di schede biografiche pubblicati in rete all'indirizzo: www.udiferrara.org/home/archivio-storico/progetto-150/catalogo-biografico.



Realizzazione grafica e impaginazione a cura di
Cooperativa Sociale Integrazione Lavoro
www.integrazionelavoro.org
info@integrazionelavoro.org

Stampato su carta ecologica presso
PREMIATA TIPOGRAFIA SOCIALE
di Roberto Saletti

