



**Arcispedale S. Anna**  
Comitato Consultivo Misto

**CCM AOU**  
**VERBALE N. 3 del 11/03/2026**  
**Comitato Consultivo Misto**

Il giorno 11/03/2026, alle **ore 14,30** in modalità mista (presenza/videoconferenza) nell'aula riunioni della Direzione Gestione Operativa e nella stanza virtuale di Class Collaborate dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, si è riunito il Comitato Consultivo Misto, i cui componenti sono stati nominati come da Delibera n. 56 del 13/03/2025.

- **Presenti:** Roberto Baroni, Silvana Messina, Lina Pavanelli, Luciano Tancini, Maurizio Camattari, Daniela Mistrone, Andrea Zamboni, Giovanni Gelli, Rodolfo Pazzi, Giovanni Manfrini, Paola Peruffo, Silvia Stabellini, Gavioli Odilia, Monica Manfredini, Olga Gamberini, Cinzia Ravaioli, Francesco Pagnini, Donatella Mauro, Paola Caponcelli, Claudio Mari, Maria Claudia Canella, Giorgio Zattoni, Lorenzo Cattani, Francesco Pagnini, Donatella Mauro, Mari Claudio, Bonazza Olga, Brunello Pier Giorgio, Lamponi Cecilia, Tassinari Elena
- **Assenti giustificati:** Teodorini Melissa, Caponcelli Paola
- **Assenti:** Elisa Mandolesi, Enrico Mancinelli, Andrea Rauzino

**Per la segreteria:** Lucia Masina – Segretaria CCM AOU

**Relatori:**

- **Dottoressa Sonia Carla Cicero** – Direttrice del **Dipartimento Interaziendale Funzionale Sanitario, Socio-Sanitario e della Fragilità** delle Aziende Sanitarie ferraresi.
- **Dottoressa Valentina Buriani**, **neopresidente CUG interaziendale, Gender e Inclusion manager** delle due aziende

**Punti all'ordine del giorno:**

- 1. Approvazione del verbale della seduta del CCM del 11/02/2026;**
- 2. Intervento Dottoressa Sonia Carla Cicero**
- 3. Varie ed Eventuali**

## 1. Approvazione del verbale della seduta del CCM del 11/02/2026

Il CCM AOU approva all'unanimità il verbale della seduta del 11/02/2026.

## 2. Istituzione di Dipartimento Interaziendale Funzionale Sanitario, Socio-Sanitario e della Fragilità - Unità Operativa Complessa "Fragilità, fasce deboli e rete socio-

Relaziona la dottoressa **Sonia Carla Cicero**, Direttrice del **Dipartimento Interaziendale Funzionale Sanitario, Socio-Sanitario e della Fragilità** delle Aziende Sanitarie ferraresi, presentando le slide allegate al presente verbale.

**Cicero:** La dottoressa si presenta: di formazione sociologa, ha lavorato per 12 anni nei servizi sociali territoriali della provincia di Bologna, poi, soffrendo tutte le problematiche di integrazione socio-sanitarie dal punto di vista dei servizi sociali, è entrata in sanità, dove lavora da 15 anni. Ha dunque avuto la possibilità di conoscere la sanità dall'interno e portare il contributo dei temi legati ai determinanti sociali. Lavorando con la dottoressa Natalini ad Ascoli Piceno ha scoperto la possibilità di porre attenzione ai determinanti sociali in sanità. Quando la dottoressa Natalini è diventata Dirigente delle due aziende Sanitarie Ferraresi, ha provato a portare l'esperienza vissuta in merito, nel territorio, anche in relazione ai bisogni sociali della provincia. L'idea della dottoressa Natalini, condivisa con la direzione, è partita dall'istituzione di una Unità Operativa dedicata alla fragilità, creando una locuzione operativa e organizzativa di raccordo con il territorio. La gerarchia sanitaria in essere consente più o meno facilmente il dialogo tra i soggetti, così la direzione ha creato un dipartimento interaziendale e funzionale ovvero una serie di Unità Operative che afferiscono direttamente al dipartimento. Così il dipartimento ha la forza operativa di interazione con altri dipartimenti alla pari. Ora, a negoziazioni di budget quasi concluse, quasi tutti i dipartimenti sono entrati in rapporto con il Dipartimento della fragilità, per condividere una strategia di miglioramento delle attenzioni in merito ai pazienti più fragili.

La fragilità è dunque intesa nella Sua accezione più ampia: anziani, persone con problematiche di autosufficienza (disabili), in generale tutte le persone ad alto rischio vulnerabilità, quindi apparentemente in salute, ma aventi fattori di rischio che possano fare diventare fragili. Le caratteristiche territoriali, demografiche ed epidemiologiche sono elementi che connotano il territorio Ferrarese come un territorio ad alto rischio fragilità. **Strategie organizzative:** portare i determinanti sociali in maniera estesa in ambiente sanitario: ci sono luoghi infatti dove la fragilità viene vista e riconosciuta, altri luoghi dove viene data maggior attenzione alla patologia d'organo. Attraverso il dipartimento potremo riportare l'attenzione sulla fragilità anche in questi luoghi. La direzione ha dunque creato uno spazio organizzato dedicato, dove ci si aspetta di sviluppare un lavoro su due livelli: operativo da una parte e di sistema dall'altro. A livello operativo si punta a creare progetti nuovi, lavorando su alcuni aspetti critici, ad esempio un lavoro di analisi e monitoraggio di accessi al PS di Cona con codice colore Bianco – Verde, nel semestre Gennaio – Giugno 2026, di pazienti ultra 75enni, escludendo gli accessi che esitavano in ricovero. Sono stati estratti i Codici Fiscali di coloro che avevano fatto almeno 5 accessi in PS e studiato i pazienti dal punto di vista della provenienza e della patologia e indagando i motivi degli accessi anche in relazione al territorio di provenienza. Sono stati dunque interpellati i caregiver, i Medici di Base, gli specialisti territoriali e ospedalieri di questi pazienti, mappando circa 80-90 pazienti e scoprendo che una parte di questi era sconosciuta ai servizi sanitari (Ifec e Adi), altri erano conosciuti ma i Servizi Sanitari non erano a conoscenza degli accessi e della loro frequenza. E' stato poi specificato il lavoro per Distretto, studiando soluzioni alternative all'accesso in PS. Nel semestre successivo l'analisi dei dati comunica

che solo pochi continuano ad accedere in PS, mettendo in luce che attivando i servizi territoriali, essi diventano un'alternativa al PS e il paziente può essere seguito efficacemente senza necessità di accessi in PS così frequenti. Il lavoro deve dunque essere fatto su misura. Questo è un modo per lavorare sulla fragilità.

Nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali, è stato istituito un progetto di ricerca, della durata di 1 anno e mezzo, denominato "La fragilità nei PDTA" che ha visto la creazione di una unica checklist composta da 24 domande, ideate dal gruppo di lavoro, che interpreta lo stato di fragilità di un paziente nell'intera sfera Bio – Psico – Sociale. Tale Checklist viene sottoposta al paziente o al caregiver del paziente, abbinando un punteggio per ogni quesito. Si definisce in questo modo un cut – off al di sopra del quale si è in presenza di un rischio di fragilità da lieve ad elevato. Tale progetto di ricerca parte il 1° Aprile 2026 e coinvolge 5 PDTA (Oncologico Epato – Biliare, Oncologico Gastroenterologico, Polmonare (BPCO), Neurologico (Cefalea) e Sclerosi Multipla), e 550 pazienti. Se il paziente è positivo al rischio fragilità, verrà fornito un appuntamento con un Team di 2° livello, formato da Psicologo e Assistente Sociale, che verificherà gli item di fragilità che sono stati positivi nella checklist di 1° livello, attraverso colloqui e visite per approfondire la parte psicosociale. Tale team ci dirà quanto la checklist intercetti correttamente la fragilità. Il Team di 2° livello, accompagnerà poi il paziente verso lo sviluppo di un Progetto Assistenziale Individuale (PAI), rispondente ai bisogni di fragilità del paziente stesso. Tale Progetto vedrà il coinvolgimento della comunità, nell'Associazione, nel Terzo Settore e negli Enti Locali, che possono creare iniziative a supporto della fragilità riscontrata (es: gruppo di lettura in Biblioteca).

**Gavioli:** Chiede come il paziente fragile venga preso in carico al secondo livello.

**Cicero:** Evidenzia come si crei un progetto con il paziente e i servizi territoriali per una presa in carico territoriale. L'equipe del PDTA si incontra con l'equipe territoriale per integrare il progetto attraverso una piattaforma che crea stanze individuali che obbliga il PDTA e il Territorio a condividere il progetto, anche in concerto con i Medici di Base, dove le parti discuteranno il caso e si aggiorneranno vicendevolmente.

**Gavioli:** Chiede come funziona per le persone sole e senza caregiver.

**Cicero:** Sottolinea come nella check - list la condizione di solitudine venga indagata in maniera particolare.

**Pancaldi:** Chiede con quale criterio il progetto coinvolge il terzo settore.

**Cicero:** L'associazionismo è già molto legato al progetto, che tenta ora di abbattere la parcellizzazione, mappando gli stakeholder coinvolti. Il gruppo di studio verifica la situazione globale del paziente, dialogando poi con il territorio, nella casa di Comunità e nell'Ente Locale, spingendo sulle azioni da eseguire per venire incontro ai bisogni emersi.

**Gelli:** Chiede chi sono gli interlocutori delle Case di Comunità e in merito al Board delle Case di Comunità che però non si riuniscono da oltre 1 anno.

**Cicero:** Le è stata sottoposta una richiesta di parere sul regolamento di funzionamento dei board delle case di comunità. L'interlocutore più immediato è il Direttore del Distretto che ha il polso del funzionamento delle Case di Comunità, luogo per eccellenza di incontro tra territorio e servizi.

**Mistrioni:** Laddove ci siano persone fragili conosciute che hanno il solo il Medico di Base e non un clinico di riferimento, chiede come si devono organizzare.

**Cicero:** Autismo e percorso DAMA le sono state sottoposte con immediatezza, chiedendo di fare un focus su autismo e spoke autismo adulti. I pazienti autistici conosciuti sul territorio hanno tutti un clinico di riferimento, prevalentemente riconducibile allo Spoke Autismo Adulti che sono un team, che ruota attorno alla dottoressa Francesca Masina, Neuropsichiatra ad Altissima Specializzazione che segue l'autismo dei minori ma che svolge un ruolo anche nell'Autismo Adulti. Stiamo lavorando per costruire un progetto nel passaggio dalla minore alla maggiore età. Dove c'è una disabilità con

compromissione dell'aspetto comportamentale, c'è il rischio che ci sia uno scivolamento tra la parte disabili adulti, di competenza dei comuni e la parte di cura, che è di competenza della sanità, la quale a volte non è univoca nell'assegnazione. Stiamo dunque ridefinendo il percorso di lettura dei bisogni e l'assegnazione del case manager sanitario. La dottoressa Cicero rimane a disposizione di Mistrone nel caso avesse contezza di casi, e si rende disponibile ad eseguire delle verifiche ad personam.

**Mistrone** chiede aggiornamenti sul progetto DAMA.

**Cicero:** Comunica che entro qualche mese dovrebbero riuscire a presentare un percorso DAMA, diverso da un progetto DAMA, focalizzato sull'accesso dei pazienti bisognosi ad un percorso di cura in termini di prevenzione (es: screening) e non solo di emergenza, cosa che al momento è garantita grazie alla disponibilità della Dottoressa Ravaioli.

**Camattari** chiede se si abbia contezza di fragilità non intercettata e chiede se sia il caso di preparare materiale informativo per Medici di Base e Farmacie per intercettare chi non è in carico a nessun servizio.

**Cicero:** informa che da aprile partirà una formazione a livello sociale e sanitario che mira a rivedere i percorsi di accompagnamento ai caregiver, con la creazione di gruppi di lavoro distrettuali. Puntualizza tuttavia che spesso i caregiver sono definiti tali in base a una documentazione acquisita dagli sportelli sociali che può avere problemi di trasmissione al destinatario ultimo. Il caregiver, fragile anch'esso, deve essere definito tale anche in relazione alla sanità, che deve essere coinvolta maggiormente, e non solo al sociale, incanalando la domanda di supporto del caregiver anche se non si affaccia gli sportelli preposti.

**Camattari** puntualizza che il Medico di Base si rivela la figura più idonea a segnalare una situazione di fragilità.

**Cicero:** risponde che sarebbe auspicabile informatizzare il sistema, consentendo al Medico di Base con un click di segnalare ad esempio una condizione di fragilità. In questo modo diventa possibile per i medici di base condividere la gestione del paziente con un sistema di servizi che può supportarli come professionisti, alleggerendo un lavoro già gravoso. Aggiunge infine che sicuramente predisporre materiale informativo e collocarlo in punti chiave che incoraggi il caregiver a dichiararsi tale e rivendicarne i diritti, è una buona idea.

**Zamboni** si dichiara d'accordo sull'affermazione che la situazione inerente alla Medicina di Base sia complessa, ma la figura resta fondamentale in quanto principale sentinella sul territorio. Propone di sperimentare soluzioni con i colleghi più motivati che si rendano esempio per tutti.

**Baroni:** osserva che molte persone anziane indipendenti, entrano in PS con una patologia acuta, vengono ricoverati e, una volta risolta l'acuzie, vengono dimessi con una dipendenza nella vita di tutti i giorni. Chiede se sia stata effettuata una verifica in tal senso nell'Ospedale di Cona.

**Cicero** dichiara di non avere in essere alcun lavoro in merito ma di stare però lavorando sulle dimissioni protette, che mirano ad un tempo di ricovero breve, ed incoraggiano le famiglie alla cura al domicilio, tramite la fornitura di supporti specifici. La necessità delle dimissioni protette potrà essere anticipata all'ingresso in reparto, riconoscendo subito il paziente come fragile. La dottoressa Cicero comunica altresì di essersi ripromessa di avere un confronto con i servizi sociali in merito agli appalti e al SAD (Servizio di assistenza sociale domiciliare), grazie al quale le oss forniscono supporto materiale nella gestione delle necessità del paziente al domicilio. I comuni hanno l'onere di garantire l'assistenza al paziente ma si constata una carente capacità di progettazione integrata.

**Baroni** auspica che maggior assistenza venga fornita in reparto per minimizzare il rischio di un paziente fragile che diventa dipendente all'uscita.

**Bonazza** chiede che il dipartimento della dottoressa Cicero e l'Azienda tengano in considerazione il CCM, che vive nel terzo settore e nella comunità, dal punto di vista consultivo, come interfaccia con il cittadino. Propone che si possano trovare dei momenti di incontro con sindaci assessori e terzo settore per informare i cittadini sui progetti in essere.

**Pavanelli** esprime soddisfazione sulla relazione presentata e pone attenzione sulle fragilità non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale, ovvero Sensibilità Chimica Multipla, Elettrosensibilità e Fibromialgia. La Fibromialgia ha recentemente acquisito la dignità di malattia ma le altre due non esistono per il SSN. Esistono tuttavia delle realtà in cui queste fragilità vengono accolte, ad esempio le Marche. Pensa che i medici siano spaventati da queste fragilità perché non preparati adeguatamente a livello di studi. Comunica infine che al S. Orsola si sta costituendo un PDTA per la Sensibilità Chimica Multipla. Esistono purtroppo fragilità invisibili, come queste, ma queste sono anche negate.

### 3. Varie ed Eventuali

**Relaziona la dottoressa Valentina Buriani, neopresidente CUG interaziendale, Gender e Inclusion manager delle due aziende**, presentando le slide allegate al presente verbale.

**Buriani:** rappresenta la dottoressa Cristina Sorio, referente equità. La dottoressa Buriani si occupa del bilancio di genere delle due aziende, dove per genere si intende non solo aspetto biologico ma anche aspetti sociali e culturali interconnessi a questi aspetti. Si è inoltre occupata del percorso di certificazione delle due aziende. La dottoressa propone un percorso formativo promosso dalla Regione Emilia – Romagna dal titolo **Equità e salute: contesti persone strumenti**, che si svolgerà da aprile a novembre 2026. Il percorso si inserisce nel solco dell'equità, concetto conosciuto da tempo all'interno delle aziende sanitarie. Nel 2025 le Aziende sono state chiamate dalla Regione a produrre un nuovo piano equità interaziendale per il triennio 2026-2028, proponendo un percorso di accompagnamento, sostenendo la referente dottoressa Sorio. Le Aziende sanitarie hanno così definito un tavolo operativo per l'equità e un board equità interaziendale. La Regione, una volta definito il piano, propone questo percorso formativo con obiettivo di uscire dal perimetro conosciuto, giungendo a lavorare in modo sinergico con il territorio, riducendo le diversità evitabili che riducono benessere e accesso ai servizi, dando ad ognuno quello di cui ha bisogno individualmente. Il percorso è suddiviso in 4 moduli: Equità in tutte le politiche, Contesto, Partecipazione, Misurazione. La dottoressa Buriani fornisce le date dei moduli, sulle slide, da svolgersi in presenza a Bologna, presso la Regione Emilia – Romagna. A questi moduli si aggiungeranno Approfondimenti monografici in modalità webinar in una unica edizione per tutti i territori su argomenti specifici (Medicina di genere, diversity management ...). I destinatari sono diversi, tra i quali la dottoressa evidenzia come altri/e professionisti/e esterni/e al SSR coinvolti/e o da coinvolgere in futuro nella programmazione, implementazione e monitoraggio delle azioni orientate all'Equità (ad es. enti locali, terzo settore...) individuati/e di concerto con le direzioni e i board aziendali equità possano essere indentificati come componenti dei CCM Aziendali. La dottoressa Buriani e la dottoressa Cicero chiedono di indicare un referente per ogni CCM aziendale.

**La persona scelta per il CCM AOU è Lina Pavanelli.**

La seduta termina alle **ore 16,30**.

Ecco l'indirizzo URL per ascoltare in cuffia la registrazione dell'incontro, raggiungibile da tutti i partecipanti con CTRL + clic su questo link

<https://eu.bbcollab.com/recording/a5091e31b98643e7bee5ab1cd9786c86>

**Per la Funzione di Segreteria**  
Lucia Masina

**La Presidente del CCM**  
Silvana Messina