

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

## **Il Programma delle Attività Territoriali**

# 2006-07

Distretto Centro Nord

# Il Programma delle Attività Territoriali



La “**Programmazione delle Attività Territoriali**” (PAT di Distretto), per gli anni 2006/07 risente, in maniera evidentissima, della peculiarità rappresentata dall’esercizio finanziario 2007.

A seguito del raffreddamento poderoso del “trend” di crescita del Fondo Sanitario Nazionale, l’anno 2006 ha fatto segnare uno straordinario disallineamento fra i costi – che hanno continuato a crescere nell’ordine del 5/6% - e i ricavi – assai inferiori a quelli registrati nel precedente esercizio (anno 2005) -.

Ne è conseguito un cospicuo disavanzo, il cui abbattimento – in misura assai significativa – unitamente all’azzeramento dei maggiori costi, comunque inevitabili, previsti per il 2007 (rispetto all’anno precedente), costituisce il primo e il più determinante degli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia-Romagna all’Azienda USL di Ferrara.

Da questo imperativo è derivata una programmazione i cui obiettivi di sviluppo sono stati centellinati in una logica di essenzialità.

Alcuni di essi discendono da puntuali indirizzi formulati dalla Regione (ad esempio: la progressiva applicazione degli accordi con i medici di medicina generale e l’abbattimento dei tempi di attesa), altri dalla necessità, ormai irrinunciabile, di rendere operativi servizi già da tempo allestiti e il cui funzionamento risponde a bisogni primari e crescenti (dall’Hospice di Codigoro all’espansione di talune strutture socio-sanitarie).

Anche in tempi di “vacche magrissime” non si è rinunciato, quindi, a stabilire quelle linee di miglioramento dell’ “offerta” che sono apparse essenziali, doverose e compatibili con talune, altre condizioni strategiche sfruttabili dall’Azienda.

Se da un lato, ad esempio, si favorisce la formalizzazione dei rapporti con i medici di medicina generale rendendoli sempre più organici alla strutturazione organizzativa dei servizi delle cure primarie, dall’altro lato si impegnano fattivamente tali professionisti nel raggiungere obiettivi di contenimento dei consumi più inappropriati (dalle prestazioni diagnostiche a quelle farmaceutiche).

Contenimento le cui ricadute in termini economici rappresentano un aiuto non marginale alla riduzione dei costi di esercizio.

Se la crescita della dotazione di posti e posti letto nelle strutture semiresidenziali e residenziali per la popolazione anziana non autosufficiente e disabile, unitamente a un fortissimo impulso

dato alle domiciliarietà, costituisce la risposta più opportuna al crescere di un bisogno che preme sulle famiglie e sulla parte più fragile (e sempre più numerosa) della popolazione residente, a tale risposta si può provvedere utilizzando – in larga parte - i fondi vincolati per la non autosufficienza (FRNA).

Ciò consente di non accollare i costi relativi a un simile sviluppo all'esangue Budget aziendale.

Si è dunque cercato di trovare un punto di equilibrio fra l'imperativo di ridurre i costi e la impossibilità di bloccare un certo tipo di sviluppo; fra le innumerevoli azioni di risparmio (in primis, agendo sul blocco parziale del turn-over e sulla rimodulazione di alcune condizioni di offerta ospedaliera) e la garanzia di non intaccare in modo pesante le reti di "offerta"; l'incentivare economicamente talune categorie di professionisti e il farlo a fronte di impegni caratterizzati da un poderoso sforzo di miglioramento del livello di appropriatezza.

Tutto ciò sta dentro la programmazione distrettuale; coinvolge la produzione diretta e, soprattutto, la funzione di committenza. Pone il Distretto al centro dei compiti di monitoraggio e di controllo e ne esalta trasversalmente il ruolo strategico all'interno delle "politiche sanitarie" (di assistenza e di efficienza gestionale) dell'Azienda USL.

**Maria Chiara Tassinari**

Direttore del Distretto

Centro Nord

**Fosco Foglietta**

Direttore Generale

Azienda USL di Ferrara

<b>INTRODUZIONE</b>	Pag. V
<b>INDICE</b>	Pag. VII
<b>1. LO SVILUPPO DELLE POLITICHE SANITARIE E SOCIALI DEL DISTRETTO</b>	
1.1 Il Fondo per la non autosufficienza e la sperimentazione	Pag. 1
1.2 Lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie	Pag. 2
1.3 Lo sviluppo delle politiche e dei servizi per i giovani	Pag. 3
1.4 Lo sviluppo delle politiche e dei servizi per gli immigrati	Pag. 4
1.5 Lo sviluppo delle politiche per la qualità nei servizi territoriali	Pag. 5
<b>2. PIANO PER LA SALUTE AZIONI 2006</b>	
2.1 Diritto alla domiciliarità delle cure, prendersi cura di chi si prende cura	Pag. 7
2.1.1 <i>Caregiver</i> Anziani	Pag. 7
2.1.2 <i>Caregiver</i> di soggetti con disturbi psichici	Pag. 8
2.1.3 Sostegno ai genitori nella cura dei figli	Pag. 8
2.1.4 Prevenzione degli incidenti stradali e loro esiti	Pag. 8
2.1.5 Prevenzione e assistenza del tumore al polmone	Pag. 9
2.2 Programmazione integrata	Pag. 9
<b>3. I SERVIZI PRESENTI NEL DISTRETTO</b>	
3.1. Le Cure Primarie	Pag. 11
3.1.1 I Nuclei di Cure Primari	Pag. 12
3.1.2 Le Cure Domiciliari	Pag. 20
3.1.3 Le Cure Palliative	Pag. 23
3.1.4 L'assistenza Specialistica Ambulatoriale	Pag. 23
3.1.5 L'Assistenza Farmaceutica	Pag. 29
3.1.6 Il Consultorio Familiare	Pag. 35
3.1.6.1 Lo Spazio Giovani	Pag. 39
3.1.7 Salute Infanzia	Pag. 42
3.1.8 Le Dipendenza Patologiche	Pag. 47
3.1.9 Gli Anziani	Pag. 52
3.1.10 I Disabili Adulti	Pag. 58
3.2 L'Integrazione socio-sanitaria nei Piani di Zona, Piani Per la Salute e Programma delle Attività Territoriali per gli anni 2006/2007	Pag. 61
3.3 L'ufficio Comune	Pag. 64
3.4 La Sanità pubblica	Pag. 68
3.4.1 Igiene Pubblica	Pag. 68
3.4.2 Igiene Ambientale	Pag. 69
3.4.3 Epidemiologia ed Educazione Sanitaria	Pag. 70
3.4.4 Alimenti e Nutrizione	Pag. 70
3.4.5 Unità Operativa di Organizzazione Oncologica	Pag. 72
3.4.6 Tutela della Salute e della Sicurezza negli Ambienti di vita e di lavoro	Pag. 73
3.4.7 Area Sanità Pubblica Veterinaria	Pag. 76
3.5 La Salute Mentale	Pag. 79
3.6 L'assistenza Ospedaliera	Pag. 89
3.6.1 Il Presidio Unico Ospedaliero	Pag. 89
3.6.2 Distretto Centro Nord	Pag. 97
<b>4. I CONSUMI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE E AMBULATORIALI</b>	
4.1 Le domande di utilizzo e i flussi di mobilità	Pag. 103
<b>5. LE RISORSE</b>	
5.1 Le Dinamiche dei Costi	Pag. 121



# Capitolo 1

## LO SVILUPPO DELLE POLITICHE SANITARIE E SOCIALI DEL DISTRETTO

Il 2005 è stato un anno importante sotto il profilo delle strategie regionali per la costruzione delle politiche per la realizzazione del Servizio Sanitario regionale. Esse sono definite nella legge n. 29 del 2004 riguardante le “norme regionali sull’organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario” e nell’articolo 51 della Legge Finanziaria 2004 per quanto concerne l’istituzione del Fondo per la non autosufficienza; l’anno 2006 è stato caratterizzato da una serie di azioni volte a dar loro applicazione.

In particolare le aziende sanitarie sono impegnate nella revisione degli Atti aziendali per renderli conformi al dettato e ai principi della legge 29/2004.

Il 2006 si presenta come un anno particolarmente difficile perché in seguito alla riduzione dei finanziamenti al Servizio Sanitario regionale, ci si è trovati nella necessità di rinegoziare obiettivi e risorse con la Regione Emilia-Romagna e di conseguenza una parte degli impegni di sviluppo già programmati per il 2006 sono stati rinviati al 2007.

Per questo motivo il Programma delle Attività Territoriali presentato è riferito al 2006-2007.

Nonostante la gravosità della situazione finanziaria, il livello dell’offerta di servizi alla popolazione non è stato intaccato in quanto sono state intraprese azioni tese a migliorare l’efficienza del sistema e l’appropriatezza sia clinica sia organizzativa.

Inoltre, all’interno dei singoli Distretti sono stati portati avanti e sviluppati i progetti di integrazione sociale e sanitaria attraverso la partecipazione ai Piani attuativi di Zona 2006 e la concertazione con le autonomie locali e le rappresentanze dei cittadini.

### 1.1 Il Fondo per la non autosufficienza e la sperimentazione

La Regione Emilia-Romagna per il 2006 ha finanziato il Fondo per la non autosufficienza relativamente a residenzialità per anziani, assegni di cura per anziani, gravissime disabilità acquisite e domiciliarità. Lo scopo era quello di garantire omogeneità dei servizi offerti, equità di accesso e garanzia di qualità uniforme.

In questa logica di miglioramento dei livelli assistenziali all’Azienda USL di Ferrara sono state assegnate risorse aggiuntive finalizzate al riequilibrio del sistema dell’offerta aziendale.

Il riparto dei fondi fra i tre Distretti e le finalità generali di utilizzo sono stati approvati dalla Conferenza Sociale e Sanitaria, mentre i Comitati di Distretto hanno approvato i piani specifici di utilizzo.

La ripartizione ha riguardato:

- piani personalizzati di assistenza (ex D.G.R. 1378/1999) all’interno di Case Protette e Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani non autosufficienti che al momento sono collocati al di fuori dei posti convenzionati per carenza degli stessi;
- l’attivazione di progetti di qualificazione delle strutture protette finalizzati alla riduzione della contenzione, delle cadute e delle ulcere da pressione, e inoltre alla promozione di attività, quali l’animazione, volte a migliorare la qualità della vita delle persone anziane residenti nelle strutture;
- nuovi posti letto convenzionati residenziali e diurni rispettivamente nei Distretti Centro Nord e Sud Est;
- l’erogazione di assegni di cura per le gravissime disabilità acquisite;

- l'attivazione di piani assistenziali domiciliari in casi complessi con azioni di sollievo del *care giver* e di assistenza infermieristica o medica.

La gestione del Fondo per la non autosufficienza costituisce una delle funzioni attribuite all'Ufficio Comune per la non autosufficienza, formalmente operativo dal 2006. Il carattere peculiare di questa sperimentazione condivisa dall'Azienda USL, dal Distretto Centro Nord e dai nove Comuni che compongono il Comitato di Distretto Centro Nord, è la convivenza di tre funzioni fondamentali: una gestionale, una programmatoria intesa come sviluppo annuale del Piano Sociale di Zona per l'area dei servizi socio-sanitari e una regolativi del funzionamento delle reti integrate socio-sanitarie. Quest'ultima funzione, strategica anche per assolvere adeguatamente le funzioni programmatoria e gestionale, si è articolata nel corso del 2006 attraverso interventi di costruzione di uniformità di presa in carico socio-sanitaria e la proposta di condivisi indicatori di valutazione dell'efficacia dei cambiamenti appropriati, in particolare su percorsi complessi quali:

- 1) quello regalati valle Dimissioni Protette;
- 2) Attraverso la costruzione di strumenti condivisi per valutare l'efficacia delle reti degli interventi che attualmente costituiscono le competenze del Sistema Assistenziale Anziani, con la proposta di costruire un unico coordinamento distrettuale;
- 3) Attraverso la formazione- azione rivolta agli operatori sociali e sanitari impegnati sui principali processi di integrazione per sedimentare l'integrazione professionale e condividere comuni modalità di presa in carico degli utenti.

Per il 2007, la funzione regolativi dell'Ufficio Comune per l'integrazione socio-sanitaria si sta attuando sugli obiettivi annuali definiti dall'Esecutivo, condivisi anche in concertazione con le Organizzazioni Sindacali, con il Terzo Settore e con il Comitato di Qualità dell'Ufficio Comune. L'esperienza di lavoro sulle Dimissioni Protette, si è estesa alle diverse tipologie di assistenza domiciliare, sociale e socio-sanitaria e, entro il 2007, dovrà rappresentare una migliore integrazione socio-sanitaria -sul piano operativo- degli attuali strumenti (regolamenti comunali SAD, protocollo Assistenza Domiciliare Integrata, ecc). Entro l'anno, partiranno due obiettivi di integrazione:

- 1) aggiornamento di tutti i prodotti assistenziali per minori disabili,
- 2) Definizione e regolamentazione di un percorso condiviso di continuità assistenziale nel passaggio della minore età all'età adulta di utente disabile.

Queste modalità organizzative sono estese per il 2007 al Distretto Ovest e al Distretto Sud Est.

## 1.2 Lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie

L'assistenza primaria è organizzata nei Nuclei delle Cure Primarie che sono definiti per ambito territoriale e rappresentano la struttura organizzativa di base del territorio. Sono équipe multiprofessionali formate da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, infermieri e assistenti sociali di un medesimo ambito territoriale.

In applicazione dell'accordo regionale dei medici di medicina generale per ogni Nucleo delle Cure Primarie sarà individuata una sede di riferimento nella quale effettuare le visite ambulatoriali urgenti e gestire la presa in carico delle patologie croniche attraverso protocolli assistenziali condivisi. Nella stessa sede, una volta individuate le sedi dei Nuclei delle Cure Primarie- durante l'orario di apertura- è prevista la presenza di operatori della salute mentale, della sanità pubblica e di specialisti ambulatoriali. Sarà inoltre garantita la continuità assistenziale per le dodici ore diurne e, in integrazione con i medici di continuità assistenziale, l'assistenza nell'arco delle ventiquattro ore.



Questa soluzione organizzativa favorisce la partecipazione integrata ai processi assistenziali, la condivisione di obiettivi comuni e di linee guida, l'appropriatezza dei trattamenti, la verifica dei risultati ottenuti e la ricerca di un utilizzo ottimale dei servizi e delle risorse a disposizione.

In questo contesto il medico di medicina generale, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio Sanitario nazionale, concorre a:

- realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio in armonia con la programmazione aziendale;
- assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dall'Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza mediante l'adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
- operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi ottimizzando l'uso delle risorse.

Come ogni struttura organizzativa, il Nucleo delle Cure Primarie ha lo scopo di raggiungere risultati la cui prefigurazione si sostanzia in un insieme di obiettivi definiti di anno in anno e concordati in sede di budget.

Si tratta di obiettivi di sviluppo e consolidamento dell'organizzazione dei Nuclei delle Cure Primarie, necessari per implementare programmi assistenziali volti a ottenere i migliori risultati attraverso l'uso ottimale delle risorse. La valutazione di efficacia in termini di processo organizzativo e di esito avviene attraverso l'utilizzo di indicatori specifici condivisi dagli operatori addetti e accettati dal nucleo di valutazione aziendale.

### 1.3 Lo sviluppo delle politiche e dei servizi per i giovani

Nella programmazione 2006-2007 è stata rivolta particolare attenzione allo sviluppo delle politiche a favore dei giovani in età adolescenziale. Per questo si è previsto di realizzare una rete di servizi consultoriali definiti Spazio Giovani diffusa su tutto il territorio aziendale. Si tratta di servizi ad accesso libero, gratuiti e senza prenotazione a CUP, dedicati a giovani di età compresa fra i 14 e 24 anni in cui la garanzia della privacy è estesa anche ai minori.

Spazio Giovani si fa carico dei problemi legati alla sfera della sessualità sotto il profilo della salute e della prevenzione delle malattie trasmesse sessualmente oltre a trattare i problemi psicologici e relazionali che si manifestano in questa difficile fase della vita.

Esiste anche una stretta relazione operativa con gli altri servizi specialistici territoriali e ospedalieri, coinvolti per diversi aspetti al fine di garantire una risposta adeguata ed esaustiva anche a problemi complessi che non possono trovare soluzione nell'ambulatorio di Spazio Giovani.

In caso di necessità e con l'accordo dei giovani interessati è previsto il coinvolgimento delle famiglie all'interno dei programmi terapeutici.

È stato inoltre costituito, in maniera integrata con i Piani di Zona, un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da operatori dei servizi sanitari e sociali che si occupano di adolescenti multi-problematici con l'obiettivo di realizzare un'effettiva modalità integrata di interventi e, a breve termine, costruire una banca dati che dia informazioni esaustive sulle tipologie di servizi offerti e sulle modalità di presa in carico.

Gli operatori del consultorio Spazio Giovani svolgono, infine, attività di prevenzione e informazione nelle scuole e nel territorio nei confronti delle famiglie, anche in collaborazione con altri enti o istituzioni.

Oltre all'offerta di servizi specifici rivolti alla persona continuano le attività di prevenzione volte a influire positivamente sugli atteggiamenti dei giovani contenendo i comportamenti a rischio e promuovendo azioni positive.

Queste attività vengono svolte da operatori dell'Azienda USL in collaborazione con i Comuni all'interno di piani di lavoro concordati a livello locale: si tratta di interventi svolti nelle scuole e nei centri di aggregazione giovanili che vengono declinati in modo diverso a seconda degli interlocutori e dei destinatari dell'intervento. I temi trattati riguardano la prevenzione delle tossicodipendenze, dell'uso e dell'abuso di sostanze illegali e legali (quali l'alcol e il tabacco) e delle malattie sessualmente trasmesse, nonché interventi a scopo educativo sugli aspetti della relazione interpersonale.

Queste attività vengono svolte di norma in tutte le scuole che lo richiedono utilizzando le competenze di Promeco, di operatori della scuola, dei servizi territoriali comunali e dell'Azienda USL.

Per il 2006 si prosegue l'intervento a livello provinciale per il contrasto del bullismo nelle scuole di ogni ordine e grado ed è stato attivato in collaborazione con l'Azienda delle Ferrovie dell'Emilia-Romagna un progetto di intervento volto a ridurre i danneggiamenti e gli atti di bullismo sul treno della linea Ferrara-Codigoro. A questo progetto stanno collaborando attivamente tutti i Sindaci dei Comuni che si trovano lungo la linea ferroviaria mentre il progetto provinciale sul bullismo è inserito nei Piani di Zona dei tre Distretti.

## 1.4 Lo sviluppo delle politiche e dei servizi per gli immigrati

Le politiche di promozione e tutela della salute delle popolazioni immigrate sono state affrontate in tempi e modi diversi nei vari territori distrettuali in relazione alle dinamiche dei flussi migratori che hanno visto l'insediamento in tempi diversi di varie etnie con specifiche problematiche e domande di salute.

Il Distretto Ovest è il primo territorio che ha organizzato servizi dedicati alla popolazione immigrata, seguito dal Distretto Sud Est e infine dal Distretto Centro Nord. Pur rispondendo a una logica organizzativa comune i servizi attivati si sono connotati in modo diverso in relazione ai bisogni espressi dalle persone appartenenti alle etnie prevalenti.

La presenza sul territorio aziendale di immigrati è diversa e prevalentemente legata alle opportunità di trovare lavoro: 3,8% a Ferrara, 5,4% a Cento, 5,5% ad Argenta, 2,3% a Codigoro e 2,6% Copparo.

Si è ritenuto opportuno creare un gruppo di lavoro aziendale per mettere a confronto la ricchezza delle varie esperienze al fine di dare risposte omogenee ai problemi più diffusi quali la scarsa informazione sull'accesso e fruibilità dei servizi, l'elevato ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, lo scarso ricorso agli screening oncologici, la difficoltà delle donne immigrate a seguire i percorsi di assistenza alla gravidanza e al parto, la presenza di potenziali problemi di sanità pubblica riguardo le malattie infettive.

Più recentemente si è costituito anche un gruppo di lavoro interaziendale con l'Azienda Ospedaliera S. Anna con l'obiettivo di:

- condividere le conoscenze e le esperienze tra operatori delle aziende sanitarie rispetto all'immigrazione, la transcultura e l'intercultura;
- implementare il lavoro di rete tra gli operatori, i servizi e le aziende, quale metodologia facilitante l'inclusione degli utenti stranieri nei percorsi di aiuto ed equità nell'utilizzo delle risorse;
- realizzare percorsi efficaci di presa in carico e fornire risposte d'aiuto all'utente straniero non condizionate dalle differenze culturali e linguistiche affiancando il mediatore interculturale al team assistenziale;
- monitorare la domanda e il lavoro svolto producendo una reportistica che faciliti la lettura organica del profilo di salute dell'utenza straniera e la realizzazione di azioni coordinate e condivise.

Il lavoro interaziendale ha prodotto un progetto ***La mediazione culturale interaziendale: per non sentirsi estranei nella rete dei servizi sanitari e socio-sanitari***, riconosciuto dalla Regione Emilia-Romagna come progetto innovativo.

Obiettivo del progetto è la condivisione tra tutti i presidi ospedalieri e i servizi territoriali di misure di facilitazione all'accesso ai servizi sanitari dei cittadini stranieri, attraverso metodologie di mediazione transculturale e di formazione degli operatori.

## **1.5 Lo sviluppo delle politiche per la qualità nei servizi territoriali**

Lo sviluppo della cultura della qualità nei servizi territoriali è ormai un fatto consolidato. La Regione Emilia-Romagna del resto sta portando a completamento il piano per l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture sanitarie. Per questo motivo, nell'Azienda USL di Ferrara parallelamente a quanto si sta già facendo per gli stabilimenti ospedalieri, sono iniziati i percorsi di formazione per l'accreditamento dei servizi e delle strutture che afferiscono al Dipartimento delle Cure Primarie.

A oggi sono stati accreditati gli stabilimenti dell'Ospedale del Delta, i servizi del Dipartimento di Salute Mentale mentre sono in corso le procedure per gli ospedali di Cento e Argenta. All'interno dei Dipartimenti delle Cure Primarie devono essere accreditati i percorsi assistenziali e questo ha reso necessario un lavoro di approfondimento per individuare i prodotti, le prestazioni e i sistemi di valutazione da applicare che coinvolge a livelli diversi tutti gli addetti del Dipartimento.

Infine, accogliendo la proposta dell'Assessorato regionale alla salute per quanto riguarda il settore delle tossicodipendenze, si procederà all'accreditamento del Programma delle Dipendenze Patologiche e cioè tutti i servizi pubblici e privati che operano in provincia di Ferrara entro la primavera del 2007.



## Capitolo 2

### PIANO PER LA SALUTE AZIONI 2006-2007

#### 2.1 Diritto alla domiciliarità delle cure, prendersi cura di chi si prende cura

##### 2.1.1 Caregiver Anziani

Gli interventi previsti per il 2006-07 per il **Distretto Centro Nord** sono:

Attivazione di percorsi di dimissione protetta, attraverso Assistenza Domiciliare Integrata e medici di medicina generale, nell'ambito del percorso di dimissione protetta.

- Nell'area dell'Associazione dei Comuni Copparo, Tresigallo, Berra, Ro Ferrarese, Formignana e Iolanda di Savoia:
  - rafforzamento dell'azione "Informazione e addestramento del *caregiver*" nella fase di passaggio dal ricovero (RSA) al rientro al domicilio, attraverso l'utilizzo dello psicologo;
  - medesima azione nella dimissione dal ricovero di sollievo;
  - sostegno psicologico, individuale o di gruppo, da parte delle unità operative di riferimento del caso specifico;
  - attivazione di un punto di ascolto telefonico di supporto e orientamento ai servizi, in rete tra Unità Valutazione Alzheimer e Associazione Malati Alzheimer.
- Progetto *Domotica*. Migliorare la qualità delle condizioni abitative e del grado di autonomia delle persone anziane non autosufficienti (progetto provinciale):
  - ricerca di partnership tra Comuni, Amministrazione Provinciale, Università di Ferrara, Azienda USL, Azienda Ospedaliera S. Anna, associazioni, cooperative e altri portatori di interesse;
  - analisi di fattibilità;
  - articolazione del progetto e definizione di un protocollo d'intesa.
- La formazione del *caregiver* (progetto provinciale):
  - offerta attiva di formazione per *caregiver*;
  - valutazione di gradimento dell'iniziativa della formazione con questionario ad hoc.
- Progetto di *outcome*, in ambito provinciale:
  - somministrazione di un questionario validato ai *caregiver* che accedono agli ambulatori specialistici;
  - individuazione del campione;
  - elaborazione dei dati.

### 2.1.2 Caregiver di soggetti con disturbi psichici

La priorità di salute **Diritto alla domiciliarità della cura, prendersi cura di chi si prende cura.** persegue diversi obiettivi, che si possono sintetizzare come segue:

- Valutazione di fattibilità e Promozione dei Punti Ascolto Famiglia in spazi esterni al CSM.
- Inserimento delle figure infermieristiche addestrate nel sostegno individuale del *caregiver* nel Centro di Salute Mentale (CSM) di Ferrara.
- Perfezionamento dei Gruppi di Sostegno al *caregiver* di malati di psicosi cronica a Ferrara e Copparo.
- Su ambito provinciale:
  - progetto di *outcome*. Ricerca sulla qualità della vita del *caregiver*;
  - seminario per discutere i dati con operatori e familiari;
  - elaborazione di nuovi progetti operativi per migliorare la qualità della vita del *caregiver*.

### 2.1.3 Sostegno ai genitori nella cura dei figli

La priorità è stata orientata ad azioni rivolte al sostegno dei genitori soprattutto nelle prime fasi della vita dei bambini.

In particolare, gli interventi da realizzare sono:

- Individuazione e realizzazione di nuove iniziative educative e di sensibilizzazione nei confronti della popolazione (Ferrara).
- Promozione e gestione di gruppi di future mamme che non frequentano il corso di accompagnamento alla nascita (Ferrara).
- Sviluppo delle attività dello Spazio Donne Immigrate e loro Bambini (Ferrara).
- Elaborazione e diffusione di un dépliant informativo multilingue che promuova l'accesso ai Consultori Familiari della provincia.
- Valutazione di gradimento e di efficacia (Ferrara).
- Promozione di scambio libri tra genitori con "Giragiralibro" (Ferrara).
- Su ambito provinciale:
  - incontri del "Gruppo Provinciale per la Promozione e il Sostegno dell'Allattamento Materno", interistituzionale e di formazione sul campo;
  - corso pratico di *counseling* Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)/Unicef. Formazione di base teorico-pratica interaziendale, riservata in particolare agli operatori che svolgono attività di consulenza e informazione;
  - seminario "Indagine sull'allattamento al seno" con pubblicazione del report dell'indagine CeVeas.

### 2.1.4 Prevenzione degli incidenti stradali e loro esiti

La priorità "Prevenzione degli incidenti stradali e loro esiti", tra le sue azioni mirate, prevede:

#### Distretto Centro Nord

- Corso di formazione per operatori tecnici, autisti di ambulanza nel Servizio Emergenza Urgenza (progetto provinciale).

## 2.1.5 Prevenzione e assistenza del tumore al polmone

Si punta alla riduzione del numero delle persone con abitudine al fumo, la prevenzione nelle scuole e la lotta contro il cancro al polmone, più in particolare:

- Studio sui fattori di rischio per cancro al polmone (e linfoma non Hodgkin) nel Comune di Ferrara: conclusione dello studio epidemiologico sulla residenza come fattore di rischio.
- Su ambito provinciale:
  - prosecuzione ed estensione dei sottoprogetti nelle scuole di diverso ordine e grado della provincia attraverso interventi validati e condivisi a livello regionale (“Lasciateci puliti!”, “Si sta meglio a non fumare”, “Una scuola libera dal fumo”, “Smoke free class competition”);
  - messa in atto di azioni per la realizzazione del Programma regionale “Infanzia a colori”, partecipazione al gruppo regionale, incontri con dirigenti, docenti e genitori, diffusione di materiale educativo selezionato, distribuzione e raccolta questionari;
  - realizzazione corso di formazione sulla *peer education*;
  - valutazione di efficacia degli interventi contro il tabagismo.

## 2.2 Programmazione integrata

### Sperimentazione di nuovi modelli nel Comune di Ferrara

Nell’anno 2006 l’Unità Operativa Piani per la Salute ha promosso l’avvio di un percorso sperimentale di integrazione strategica della pianificazione di Piani di Promozione della Salute, Programma delle Attività Territoriali e Piani Sociali di Zona nel Distretto Centro Nord, individuando il Comune di Ferrara quale interlocutore adeguato per sperimentare il cambiamento.

L’obiettivo è verificare la fattibilità di una pianificazione poliennale che colga le specificità del capoluogo come luogo in cui si possono operare scelte di salute/benessere condivise.

La metodologia adottata si fonda sull’integrazione di conoscenze, partecipazione e criteri di scelta delle priorità.

La premessa operativa è stata l’allineamento dei tempi di pianificazione di Piani per Salute e Piani di Zona.

Si è poi resa necessaria e utile l’individuazione di strumenti, quali:

- un nuovo Profilo di Salute/Benessere;
- la costituzione di un Forum di Distretto/tavolo di concertazione;
- un Laboratorio di formazione.

La costruzione del Profilo di Salute/Benessere vede la partecipazione di attori del sistema sanitario e sociale (Laboratorio Profilo).

La Giunta comunale ha commissionato e supportato il percorso attraverso l’individuazione degli ambiti di ricerca, che sono i seguenti:

- salute e condizioni di vita degli immigrati;
- salubrità e adeguatezza delle abitazioni;
- disoccupazione e precarietà;
- invalidi permanenti e qualità di vita;
- ambiente e salute;
- sicurezza stradale e mobilità urbana.

Al Laboratorio Profilo prendono parte uno statistico dell'Unità Operativa Piani per la Salute, un epidemiologo del Modulo di Epidemiologia del Dipartimento di Sanità Pubblica, un epidemiologo dell'Osservatorio per le tossicodipendenze, diversi componenti dei tavoli Piani Sociali Zona, due statistici dell'area statistico-demografica del Comune di Ferrara, rappresentanti del Volontariato e del Terzo Settore.

Il mandato a essi assegnato consiste nella costruzione di un Profilo di Salute/Benessere della popolazione di Ferrara, che individui e descriva le criticità per supportare i decisori nel confronto di gravità, target e trend temporali.

Il Forum di Distretto ha mandato di realizzare analisi utili ai decisori per stabilire priorità sulla base del Profilo di Salute/Benessere, di un report di valutazione, nonché di criteri di analisi di priorità.

Nell'ambito del Laboratorio di Formazione sono previsti incontri formativi per il Forum di Distretto, gli amministratori, i decisori e tutti coloro che hanno un ruolo nell'allocazione delle risorse.



## Capitolo 3

### I SERVIZI PRESENTI NEL DISTRETTO

#### 3.1. Le Cure Primarie

Sono organizzate nel **Dipartimento di Cure Primarie**, struttura organizzativa istituita nell'agosto 2004. All'interno del Dipartimento di Cure Primarie sono presenti tre Unità Operative:

- Unità Operativa dei Nuclei di Cure Primarie e dell'Assistenza Domiciliare Integrata;
- Unità Operativa dei Servizi Sanitari che comprende l'Attività Specialistica, la Pediatria di Comunità e l'Attività del Consultorio;
- Unità Operativa Socio-Sanitaria che comprende Salute Anziani, Handicap e Ser.T.

#### Ambiti di intervento

Le cure primarie offrono le seguenti tipologie di servizio:

- cure domiciliari;
- attività ambulatoriale di medicina generale e pediatrica;
- assistenza di tipo residenziale per fasce deboli (anziani, disabili adulti, malati terminali, persone affette da dipendenze patologiche, malati di AIDS);
- assistenza di tipo semiresidenziale per anziani e disabili adulti;
- attività consultoriale;
- attività specialistica ambulatoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza protesica e integrativa;
- servizi per l'accesso.

	Fascia d'età	Anno 2005	%	Anno 2004	%
Popolazione	totale	176.579	100%	176.307	100%
	≥ 75 anni	23.074	13,6%	22.591	12.81%
	≥ 65 anni	47.184	26,7%	46.619	26.44%
	0-17	19.880	11,2%	19.434	11.02%

Confronto tra diverse tipologie di popolazione afferenti al Dipartimento delle Cure Primarie alla fine del 2004 e alla fine del 2005:

Il confronto dei dati del 2005 con quelli raccolti nel 2004 mette in evidenza un incremento generale della popolazione con un aumento nelle fasce *>75 anni* e *>65anni* e con un incremento appena più leggero nella fascia *0-17*.

PRINCIPALI FORME DI ESENZIONE								
	Distretto Centro Nord				Azienda USL			
	Anno 2005	%	anno 2004	%	anno 2005	%	Anno 2004	%
Esenzioni patologia Totali	53.374	30,2	57.645	32,7	103.257	29,3	97.782	28
Esenzioni diabete	8.890	5,03	8.771	5,0	17.704	5,0	17.126	4,9
Esenzioni ipertensione	21.653	12,3	20.328	11,5	42.425	12,0	39.419	11,3
Esenzioni neoplasie	4.956	2,8	4.435	2,5	9.061	2,5	8.146	2,3
Esenzioni invalidità civile	10.542	6,0	10.821	6,1	19.322	5,5	19.693	5,6
Malattie rare	831	0,5	479	0,3	1.492	0,4	959	0,3
Autorizz. protesi ausili	6.117	3,5	4.907	2,8	11.059	3,1	6.661	1,91

I dati sulle esenzioni per le principali patologie riportate in tabella registrano un costante e significativo aumento nel corso degli anni per diabete, ipertensione, neoplasie e malattie rare (equivalente sia nel Distretto sia in Azienda). Per quanto concerne i dati riferiti alle autorizzazioni per protesi e ausili, si precisa che dal 2005 la banca dati di riferimento è stata incrementata dall'inserimento dei presidi e ausili per l'ossigenoterapia (macchine per la funzionalità respiratoria), dei presidi di microinfusione e di quelli per l'incontinenza.

### 3.1.1. I Nuclei di Cure Primarie

L'accordo regionale in attuazione di quello collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ha ulteriormente sostenuto il modello organizzativo della nostra Azienda:

- promuovendo lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie, quale strumento di valorizzazione dell'assistenza primaria e delle funzioni del medico di medicina generale, per le esigenze assistenziali anche urgenti nell'arco delle ventiquattr'ore in tutte quelle situazioni in cui non si rende necessario un ricovero ospedaliero;
- attivando lo sviluppo degli investimenti tecnologici per l'implementazione e il completamento di una rete informatica che collegherà progressivamente tra loro tutti gli studi medici appartenenti a un Nucleo di Cure Primarie e tra questi e l'Azienda Sanitaria e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;
- consolidando, all'interno del Dipartimento di Cure Primarie, l'Unità Operativa dei Nuclei di Cure Primarie dove sono stati attribuiti incarichi di responsabilità di modulo organizzativo ai medici di medicina generale, e dove i Coordinatori dei Nuclei assumono maggiori responsabilità rispetto alla programmazione e monitoraggio dei progetti assistenziali, all'integrazione multiprofessionale, alla condivisione degli obiettivi strategici aziendali e al ruolo di

interfaccia fra il Nucleo e il Dipartimento di Cure Primarie.

I Responsabili dei moduli organizzativi e i Coordinatori dei Nuclei del Distretto hanno partecipato alla fase di programmazione degli obiettivi strategici e stanno orientando la loro attività verso azioni di governo clinico, promuovendo all'interno dei gruppi di riferimento in collaborazione con il Dipartimento delle Cure Primarie interventi tesi a migliorare la qualità e l'appropriatezza delle indagini diagnostiche e terapeutiche attraverso *audit* clinici strutturati.

I medici di medicina generale dello stesso Nucleo di Cure Primarie condividono obiettivi, finalità e modalità operative indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite, partecipano alla realizzazione degli obiettivi oggetto dell'accordo aziendale, condividono le linee guida di ogni progetto assistenziale con tutti gli operatori coinvolti secondo una logica di servizi a rete.

Le forme associative dei medici di medicina generale sono considerate funzionali allo sviluppo del nucleo di cure primarie. Secondo questa logica è stato siglato un accordo quadro locale per la disciplina dei rapporti convenzionali tra Azienda USL e le medicine di gruppo.

Nella prospettiva di consolidamento dei Nuclei di Cure Primarie è stata prevista l'individuazione di una sede di riferimento messa a disposizione dall'Azienda USL.

NUCLEI DELLE CURE PRIMARIE	POPOLAZIONE ASSISTITA
Area Centro Città: <b>Ferrara 1</b>	<b>22.577</b>
Area Centro Città: <b>Ferrara 2</b>	<b>17.267</b>
Area Centro Città: <b>Ferrara 3</b>	<b>14.673</b>
Area Centro Città: <b>Ferrara 4</b>	<b>11.530</b>
Area Centro Città: <b>Ferrara 5</b>	<b>15.555</b>
Area di: <b>Gaibanella - Marrara . S. Martino - San Bartolomeo - Fossanova San Marco</b>	<b>10.600</b>
Area di: <b>San Giorgio - Quacchio - Pontegradella</b>	<b>8.101</b>
Area di: <b>Pontelagoscuro - Barco - Francolino</b>	<b>12.478</b>
Area di: <b>Baura/Denore - Quartesana - Masi Torello - Voghiera</b>	<b>12.398</b>
Area di: <b>Copparo - Berra - Ro - Formignana - Iolanda di Savoia - Tresigallo</b>	<b>35.535</b>
<b>TOTALE</b>	<b>160.714</b>

A Ferrara nell'anno 2006 hanno preso il via due nuove Medicine di Gruppo e una Pediatria di Gruppo.

Pertanto la mappa delle associazioni del Distretto è la seguente:

- 6 medicine di gruppo a Ferrara;
- 1 pediatria di gruppo a Ferrara;
- 3 medicine di rete di cui 2 nell'ambito dell'area di Copparo e 1 che comprende i Comuni di Masi Torello e Voghiera;
- 5 associazioni di cui 4 a Ferrara e 1 nell'area di Copparo.

Presso le medicine di gruppo sono attivati quattro punti prelievi decentrati rispettivamente a Pontelagoscuro, via Mentessi, Corso Isonzo e via Alfonso D'Este.

Presso l'ambulatorio di tre medici di medicina generale dell'area di Copparo sono attivi tre punti prelievi decentrati.

Nell'ambito territoriale del Distretto operano i Pediatri di Libera Scelta che non sono ancora aggregati nei Nuclei delle Cure Primarie, un sistema di rete con la Neuropsichiatria Infantile e la Pediatria di Comunità (Salute Infanzia), affiancandosi quindi alla Medicina generale per quanto concerne la copertura assistenziale della popolazione residente e alla Guardia Medica per quanto concerne la continuità assistenziale.

I Pediatri di Libera Scelta sono responsabili della salute dei bambini di età dai 0 ai 14 anni. Si sottolinea l'avvenuta implementazione delle cosiddette schede di rilevazione per i bimbi con patologia cronica che consentirà un più puntuale monitoraggio del fenomeno, oltre al mantenimento di adeguati standard di assistenza.

Si è consolidato il sistema di tutela della salute dei più piccoli attraverso il sistema dei bilanci di salute. È stata avviata la nuova modalità di riconoscimento di idoneità alla pratica sportiva non agonistica (libretti di idoneità). Si sono sviluppate le opportune strategie per affrontare il fenomeno della eventuale fragilità socio-sanitaria dei figli minori di alcune classi a rischio di emarginazione attraverso un sistema di rete integrata tra i vari operatori sanitari e sociali e, infine, sono state sperimentate con esito positivo importanti sinergie per casi di assistenza domiciliare in situazioni di particolare complessità sanitaria.

Distretto Centro Nord	Pediatri di libera scelta	Popolazione assistita 0-14
Ferrara	14	11.011
Copparo	4	2.717
Totale	18	13.728

### La Continuità Assistenziale

A supporto dei medici di medicina generale e dei Pediatri di Libera Scelta, per garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e nei giorni festivi sono attivi quattro punti di continuità assistenziale (Guardia Medica): a Ferrara in via Gandini, a Copparo in via Roma, a Berra in via Bellaria, a Tresigallo in piazzale Forlanini.

#### Attività del Servizio di Continuità Assistenziale

DISTRETTO CENTRO NORD

	ANNO 2005	ANNO 2004	%
Visite domiciliari	9.817	16.714	-41
Visite ambulatoriali	7.049	7.572	-7
<b>TOTALE VISITE</b>	<b>16.866</b>	<b>24.286</b>	<b>-30</b>
<b>TOTALE CONSIGLI TELEFONICI</b>	<b>15.668</b>	<b>10.908</b>	<b>+30</b>

Per quanto concerne il livello complessivo di attività si evidenzia un calo delle visite del 2005 rispetto al 2004 soprattutto nelle visite domiciliari e un notevole incremento nei consigli telefonici. I Medici di Continuità Assistenziale presenti per turno diurno sono mediamente tre, quattro in quello notturno su Ferrara, mentre su Copparo per ognuno dei punti e per ogni turno è presente un medico.

## Risultati 2005

Il processo di costruzione dei Nuclei delle Cure Primarie si avvia sempre più verso il consolidamento organizzativo offrendo una visibilità prospettica per il 2006-2007 non solo per gli aggregati professionali coinvolti, ma anche per le attività e l'offerta di servizi.

Per gli obiettivi derivati dall'accordo con i medici di medicina generale si possono fornire i seguenti dati di valutazione, riferiti ai principali progetti assistenziali già attivati.

Nell'anno 2005 i medici di medicina generale hanno proseguito lo sviluppo dei progetti assistenziali previsti dall'accordo locale con l'Azienda USL: *Progetto Diabete* e *Progetto Ipertensione*. Questo ha significato una maggiore presa in carico di pazienti dimessi dai Centri Diabetologici secondo protocolli concordati e una gestione del paziente iperteso secondo linee guida predisposte da Tavoli Tecnici Interaziendali composti da specialisti territoriali, ospedalieri e medici di medicina generale.

Più dettagliatamente la popolazione diabetica passata alle cure dirette del medico di famiglia, sia in forma ambulatoriale che domiciliare, nel corso del 2005 è stata:

### Pazienti diabetici anno 2005 DISTRETTO CENTRO NORD

Nuclei di Cure Primarie	DIABETICI DOMICILIARI	DIABETICI AMBULATORIALI	TOTALE
FERRARA 1	25	401	426
FERRARA 2	18	354	372
FERRARA 3	16	338	354
FERRARA 4	7	169	176
FERRARA 5	27	179	206
S. GIORGIO	5	127	132
PONTELAGOSCURO	25	323	348
S. BARTOLOMEO	16	252	268
MASI TORELLO	29	390	419
COPPARO	109	1.254	1.363
<b>TOTALE</b>	<b>277</b>	<b>3.587</b>	<b>4.064</b>

I pazienti diabetici assistiti dai medici di medicina generale sono aumentati di 564 unità nel corso dell'anno soprattutto nelle visite domiciliari.

I dati relativi alla popolazione residente nel territorio e riconosciuta ipertesa nell'anno 2005, ai sensi del diritto all'esenzione ticket, e quindi a diverso grado di assistenza sanitaria presso i medici di medicina generale, sono riportati nella seguente tabella dalla quale emerge un costante incremento nell'ambito dei Nuclei.

Nuclei di Cure Primarie	esenti ipertensione	Assistiti 2005	%
<b>FERRARA 1</b>	2.786	22.577	<b>12,3</b>
<b>FERRARA 2</b>	2.342	17.267	<b>13,5</b>
<b>FERRARA 3</b>	1.674	14.673	<b>11,4</b>
<b>FERRARA 4</b>	1.149	11.530	<b>10</b>
<b>FERRARA 5</b>	1.827	15.555	<b>12</b>
<b>S. GIORGIO</b>	897	8.101	<b>11</b>
<b>PONTELAGOSCURO</b>	1.551	12.478	<b>12,4</b>
<b>S. BARTOLOMEO</b>	1.297	10.600	<b>12,2</b>
<b>MASI TORELLO</b>	1.604	12.398	<b>13</b>
<b>COPPARO</b>	6.634	35.535	<b>19</b>
<b>TOTALE</b>	<b>21.761</b>	<b>160.714</b>	<b>13,5</b>

Nella seguente tabella sono riportati i dati, in percentuale e assoluti, relativi alla popolazione certificata ipertesa nel 2005: il totale è di 43.604 contro i 39.419 dell'anno precedente. L'aumento più rilevante si registra nel distretto Sud Est (+2% rispetto al 2004).

Va però ricordato che è un dato che continua ad esser sottostimato e influenzato, in modo determinante, dalla fruibilità di accesso alla procedura di autorizzazione.

DISTRETTO	TOTALE IPERTESI	ASSISTITI 2005	%
OVEST	8.101	64.981	12,5
CENTRO NORD	22.188	160.714	13,8
SUD EST	13.315	93.259	14,3
totale	43.604	318.954	13,6

Nel corso dell'anno altri nuovi progetti sono stati portati a termine, ovvero:

- l'attivazione dell'ambulatorio dedicato di reumatologia *Early Arthritis* con buona collaborazione tra i medici di medicina generale e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;
- l'*audit* sul buon uso delle statine da parte dei coordinatori dei Nuclei delle Cure Primarie ha avuto la sua collocazione nei programmi formativi, e successivamente, a caduta, sono stati effettuati gli incontri con tutti i medici appartenenti ai diversi Nuclei delle Cure Primarie;
- il progetto TAO (Terapia Anticoagulante Orale) e il protocollo Leggieri hanno subito un rallentamento nel corso dell'anno per motivazioni legate alle procedure di formazione e di adesione da parte dei medici di medicina generale. Entrambi i progetti verranno comunque realizzati nel corso del 2006, così come l'applicazione del protocollo di collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale su particolari patologie che coinvolgono attivamente i medici di medicina generale;
- sempre nel corso dell'anno sono stati definiti i prodotti e i processi prioritari del Dipartimento delle Cure Primarie.

Sono stati costituiti quattro gruppi di lavoro sulle seguenti tematiche:

- il monitoraggio della Gestazione;
- l'Assistenza Domiciliare Integrata;
- la patologia cronica nel bambino;
- il percorso cardiologico territoriale.

All'interno dei gruppi hanno lavorato medici di medicina generale, pediatri di famiglia, oltre a specialisti aziendali e ospedalieri.

I risultati di lavoro sono stati presentati a tutti i servizi interessati.

Si è inoltre implementata la sperimentazione presso le medicine di gruppo degli ambulatori cardiologici destinati a pazienti selezionati e individuati dai medici associati.

Si è avviata la definizione del ruolo dei moduli organizzativi dei medici di medicina generale come previsto nella nuova organizzazione, nell'ambito del Dipartimento.

Al fine di favorire le dimissioni protette dai reparti di geriatria, lungodegenza e altri reparti difficili si è proceduto alla produzione di un apposito protocollo di erogazione di ausili protesici destinati a pazienti complessi che vengono dimessi con progetto Assistenza Domiciliare Integrata al domicilio.

Si è realizzato nel Nucleo di Cure Primarie di Pontelagoscuro–Barco–Francolino una sperimentazione per l'integrazione socio-sanitaria anche in riferimento ai pazienti in assistenza domiciliare.

### **Aree di miglioramento e obiettivi 2006-2007**

- Conclusa la fase formativa, verrà implementato il progetto assistenziale per il Trattamento Anticoagulante Orale (TAO).
- Realizzazione del progetto Leggieri attraverso l'applicazione del protocollo di collaborazione fra Dipartimento di Salute Mentale e medici di medicina generale.
- In applicazione dell'accordo generale si provvederà ad individuare le sedi dei Nuclei di Cure Primarie per realizzare quella offerta di servizi integrati che favorisce la presa in carico degli assistiti, poiché le forme associative dei medici di medicina generale sono considerate funzionali allo sviluppo del Nucleo di Cure Primarie è stato siglato un accordo quadro locale per la disciplina dei rapporti convenzionali tra Azienda USL e le medicine di gruppo. Nell'anno 2006 si sono costituite due nuove Medicine di Gruppo a Ferrara: Medicina di Gruppo Estense in via Alfonso D'Este, Medicina di Gruppo Ferrara Sud in viale Krasnodar e una Pediatria di Gruppo



Prinella in via Svizzera. Nei nuovi contratti con le Medicine di Gruppo, si identifica la sede di queste ultime con la sede del Nucleo di Cure Primarie di riferimento. È prevista anche per il 2007 la costituzione di nuove Medicine di Gruppo.

- Con la realizzazione del progetto SOLE (Progetto Sanità On LinE), completando e consolidando la rete informatica tra i medici di medicina generale e le strutture sanitarie provinciali di riferimento.
- I moduli organizzativi e i coordinatori dei nuclei del distretto hanno partecipato alla fase di programmazione degli obiettivi strategici, stanno orientando la loro attività verso azioni di governo clinico, promuovendo all'interno dei gruppi di riferimento in collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie interventi tesi a migliorare la qualità e l'appropriatezza delle indagini diagnostiche e terapeutiche attraverso audit clinici strutturati.
- Sono in fase di sperimentazione nuovi progetti assistenziali ispirati al modello di presa in carico del paziente cronico, secondo la Delibera 2068 di Giunta regionale sui pazienti gravissimi, e verranno riconfermati per il 2007.
- Al fine di superare le criticità segnalate dall'utenza si sta realizzando una riorganizzazione nell'erogazione degli ausili protesici a Ferrara.
- Al fine di migliorare la continuità assistenziale (Guardia Medica), si sperimenta un sistema di ricezione automatizzata delle chiamate telefoniche con l'impegno di mantenere al domicilio i pazienti dell'Assistenza Domiciliare Integrata.
- Considerato il contributo sostanziale e positivo al raggiungimento dei risultati nella nostra Azienda relativi alla campagna antiinfluenzale dei medici di medicina generale si è confermata anche per il 2006/2007 la stessa strategia vaccinale.

#### Tabella riassuntiva degli obiettivi 2006-2007

<b>A</b>	Trattamento dei pazienti coagulati.	L'obiettivo è trasversale
<b>B</b>	Interconnessione tra medici di medicina generale e Dipartimento di Salute Mentale per la presa in carico di patologie psichiatriche.	L'obiettivo è trasversale
<b>C</b>	Potenziamento e sviluppo delle forme associative dei medici di medicina generale e individuazione sedi dei Nuclei di Cure Primarie.	L'obiettivo è distrettuale
<b>D</b>	Potenziamento della rete telematica di collegamento fra Servizi ospedalieri e medici di medicina generale – Progetto SOLE	L'obiettivo è trasversale
<b>E</b>	Elaborazione di ulteriori protocolli: per il consumo appropriato di nuove categorie di farmaci, per orientare i ricoveri ospedalieri, le visite specialistiche e le prestazioni diagnostiche e realizzazione di <i>audit</i> Clinici.	L'obiettivo è trasversale
<b>F</b>	Implementazione del sistema integrato di interventi sanitari e socio assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta	L'obiettivo è trasversale
<b>G</b>	Riorganizzazione assistenza protesica	L'obiettivo è distrettuale
<b>H</b>	Miglioramento Continuità assistenziale: ricezione automatizzata chiamate telefoniche, mantenimento della assistenza nei pazienti domiciliarizzati	L'obiettivo è trasversale

### 3.1.2 Le Cure Domiciliari

L'Assistenza Domiciliare Integrata è parte integrante dell'attività dei Nuclei di Cure Primarie e viene garantita, nel Distretto Centro Nord, nelle 12 ore diurne.

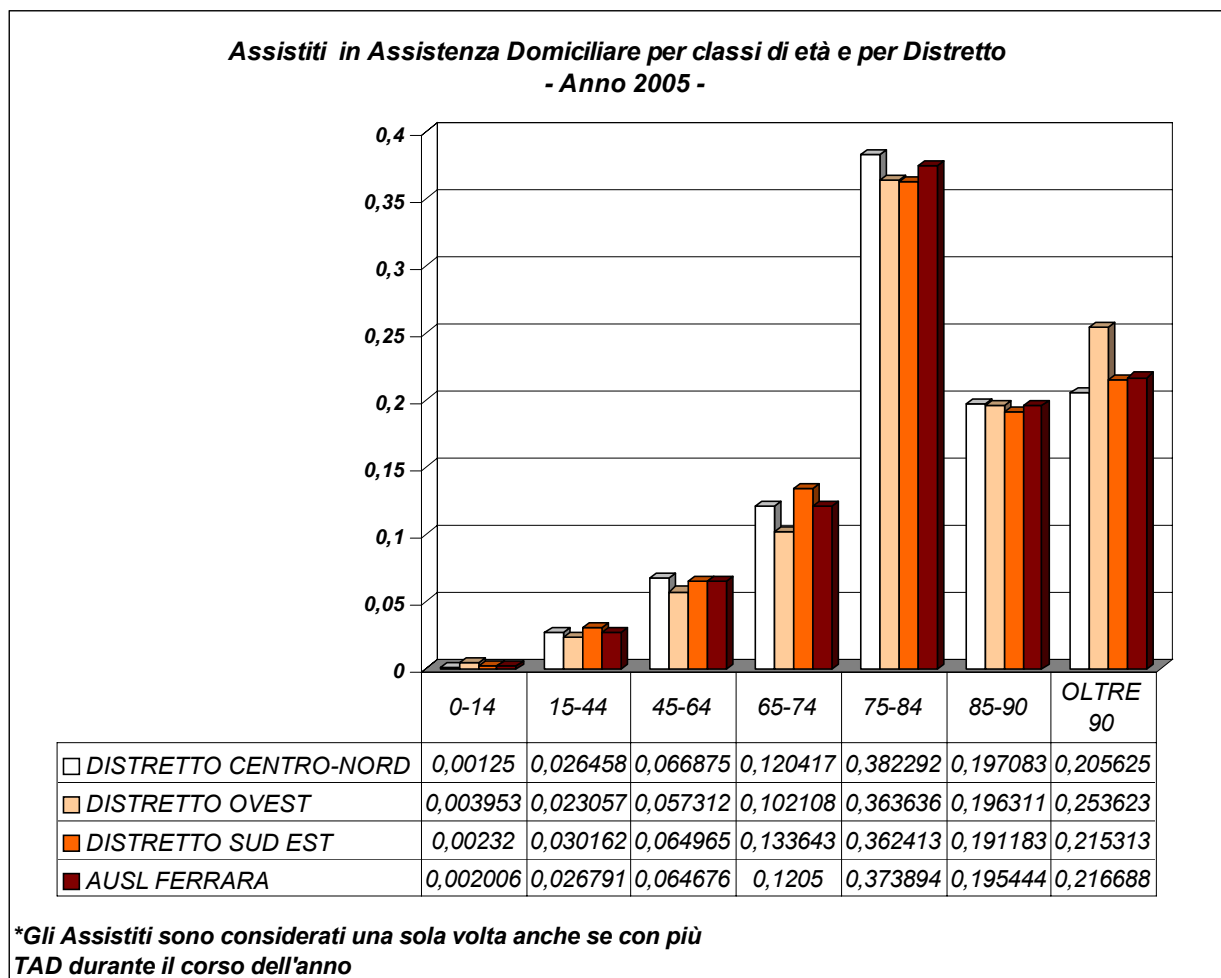
Nelle tabelle sottostanti sono riportati i dati di attività relativi alla tipologia di assistenza domiciliare per Comune di residenza e livello di intensità, riferiti agli anni 2004 e 2005.

**Assistiti Distretto Centro Nord per Comune  
Tipologia di Assistenza Domiciliare (TAD) e livello assistenziale**

anno 2004	Tipologia di Assistenza Domiciliare medici di medicina generale				Tot. TAD MMG	TAD Inf.	TAD Spec. E Vol.	TAD Sociale	Totale
	Comuni	Liv. 1	Liv.2	Liv.3					
Ferrara	360	112	88	451	1.011	2.065	184	34	3.294
Masi Torello	10	3	6	11	30	22	1		53
Voghiera	27	8	6	15	56	34		5	95
Berra	35	10	7	34	86	102		1	189
Copparo	101	41	37	169	348	244	3	6	601
Formignana	11	4	7	6	28	52			80
Jolanda di Savoia	16	3	5	16	40	50			90
Ro	45	21	13	18	97	66		2	165
Tresigallo	12	7	1	25	45	74	1	1	121
Non residenti Azienda USL		1			1	27	3		32
<b>Tot. Centro Nord</b>	<b>617</b>	<b>210</b>	<b>170</b>	<b>745</b>	<b>1742</b>	<b>2.736</b>	<b>192</b>	<b>49</b>	<b>4.720</b>

anno 2005	Tipologia di Assistenza Domiciliare medici di medicina generale				Tot. TAD MMG	TAD Inf.	TAD Spec. E Vol.	TAD Sociale	Totale
	Comuni	Liv.1	Liv.2	Liv.3					
Ferrara	421	113	104	498	1.136	2.088	148	34	3.406
Masi Torello	12	4	4	12	32	32	2		66
Voghiera	38	16	5	12	71	33			104
Berra	32	14	14	26	86	132	1	1	220
Copparo	109	35	47	164	355	321	4	4	684
Formignana	11	11	3	5	30	56	0	1	87
Jolanda di Savoia	18	4	2	19	43	59		1	103
Ro	44	17	8	15	84	96	1	1	182
Tresigallo	10	2	2	27	41	87	3	1	132
Non residenti Azienda USL	3		1	3	7	39		1	47
<b>Tot. Centro Nord</b>	<b>698</b>	<b>216</b>	<b>190</b>	<b>781</b>	<b>1.885</b>	<b>2.943</b>	<b>159</b>	<b>44</b>	<b>5.031</b>

Il numero di pazienti in ADI complessivamente assistiti è aumentato nel 2005 rispetto al 2004: 5.031 contro i 4.720 dell'anno precedente. Sono aumentati sia i pazienti seguiti dai medici di medicina generale, di tutti i livelli assistenziali (1.885 a fronte di 1.742), che quelli seguiti esclusivamente dagli infermieri (2.943 a fronte di 2.736).



Rispetto alla distribuzione per classi di età riscontrata nel 2004, si osserva un incremento nella percentuale dei pazienti seguiti ultra ottantacinquenni (che costituiscono oltre il 40% a fronte del 31% dell'anno precedente).

### Risultati 2005

Nell'ambito delle azioni di sviluppo e qualificazione dell'assistenza domiciliare, la Commissione Professionale per le Cure Domiciliari ha provveduto nel 2005 all'elaborazione di un protocollo aziendale in cui viene definito il nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Domiciliare Integrata, specificandone gli obiettivi, i destinatari, le modalità di valutazione multidimensionale e di presa in carico del paziente, i criteri per la definizione dei livelli assistenziali, il ruolo degli operatori professionali e dei familiari coinvolti, i percorsi per la fornitura di farmaci, i presidi, gli ausili e l'organizzazione dei trasporti in ambulanza.

La Commissione ha inoltre licenziato una Scheda Modulare Domiciliare che contiene scale di valutazione e prospetti, il cui impiego consentirà migliore definizione e monitoraggio del piano assistenziale individuale redatto dall'équipe domiciliare multiprofessionale e che sarà utilizzata da tutti gli operatori, sia sanitari che sociali, coinvolti nel piano domiciliare stesso.

Un elevato grado di integrazione tra i diversi professionisti coinvolti costituisce presupposto indispensabile alla realizzazione efficace di un progetto di Assistenza Domiciliare Integrata: in tale

prospettiva nel Distretto Centro Nord si è sperimentato nel 2005, facendo riferimento all'area territoriale di un Nucleo di Cure Primarie (Pontelagoscuro – Barco), un modello di riorganizzazione dell'attività infermieristica che prevede il contatto immediato e facilitato con gli operatori del servizio sociale, non appena vengono ravvisate, nel paziente in assistenza domiciliare, necessità di tipo socio-assistenziale; alla stesura e all'applicazione del protocollo sperimentale di gestione socio-sanitaria integrata del paziente domiciliare hanno partecipato tutti i medici di medicina generale del nucleo di cure primarie, alcuni infermieri specificamente individuati e le assistenti sociali del territorio di riferimento.

Un altro elemento altamente qualificante l'assistenza domiciliare è rappresentato dalla garanzia della continuità assistenziale al paziente in dimissione protetta dall'ospedale che necessita di un proseguimento delle cure. Spesso per assicurare tale continuità è fondamentale la disponibilità, in tempi rapidi, di presidi e ausili protesici: nel 2005 si è perfezionato il protocollo interaziendale per la dimissione protetta, predisponendo un percorso, concordato tra i servizi territoriali e i reparti ospedalieri, che ha semplificato e reso maggiormente tempestiva la fornitura degli ausili e dei presidi necessari alla gestione del paziente domiciliare, a sostegno dell'impegno dei familiari.

### **Aree di miglioramento e Obiettivi per il 2006-2007**

La continuità assistenziale nel passaggio del paziente dal ricovero al domicilio rimane, per il Distretto Centro Nord, un impegno costante, la cui osservanza sarà assicurata attraverso la realizzazione di vari progetti. In tal senso si pone l'ulteriore implementazione del progetto delle dimissioni protette, che vede la partecipazione dei servizi territoriali, sia sanitari sia sociali, e dei reparti ospedalieri, attraverso la costituzione di un'équipe di operatori che fungerà da punto di riferimento sia per i reparti ospedalieri, al momento dell'attuazione della dimissione protetta, che per i servizi territoriali, al fine di facilitare e rendere tempestiva l'opportuna presa in carico del paziente dimesso. L'attività di tale équipe di operatori sarà supportata da un'apposita sessione del programma informatico GARSIA, già utilizzato dai servizi territoriali per la programmazione e la rilevazione delle loro attività.

Il miglioramento della qualità della presa in carico del paziente domiciliare e dell'efficacia della realizzazione del piano assistenziale, in una logica di integrazione multiprofessionale, sono obiettivi prioritari, il cui perseguimento avverrà attraverso la diffusione a tutti i professionisti coinvolti del nuovo protocollo di Assistenza Domiciliare Integrata elaborato dalla Commissione Professionale per le Cure Domiciliari e attraverso l'utilizzo da parte loro della Scheda Modulare Domiciliare.

Verrà estesa anche al Nucleo di Cure Primarie di via Bologna la sperimentazione di integrazione socio-sanitaria realizzata nel Nucleo di Pontelagoscuro – Barco nell'anno 2005.

Nel quadro generale del miglioramento della qualità dell'assistenza domiciliare, particolare attenzione sarà rivolta allo stato nutrizionale del paziente in Assistenza Domiciliare Integrata, considerata l'importanza della malnutrizione quale fattore di rischio di aumento della morbilità e della mortalità: sarà utilizzata in maniera opportuna la nutrizione artificiale, soprattutto quella entrale, sostenendo i medici di medicina generale nella gestione del paziente a domicilio, al fine di uniformare e migliorare gli standard qualitativi assistenziali.

Per potenziare la domiciliarità sono stati predisposti piani personalizzati per pazienti complessi al domicilio, utilizzando su base distrettuale i fondi regionali per la non autosufficienza in collaborazione con il servizio sociale. Tale sperimentazione è stata prevista per il secondo semestre 2006.

### 3.1.3 Le Cure Palliative

Prosegue anche per il 2006/2007 la convenzione, a supporto dell'assistenza domiciliare erogata a favore dei pazienti oncologici terminali, con le associazioni di volontariato Nelson Frigatti, ANT e ADO. Con quest'ultima prosegue anche la convenzione per la gestione dell'Hospice, che assicura l'assistenza residenziale ai malati terminali: nel 2005 sono stati assistiti in Hospice 216 pazienti, di cui 163 residenti nell'area di Ferrara e 15 nell'area di Copparo, con un indice di occupazione dei posti letti pari al 94,16%.

**Tabella riassuntiva degli obiettivi 2006-2007**

<b>A</b>	Implementazione del progetto delle dimissioni protette.	L'obiettivo è trasversale
<b>B</b>	Miglioramento della qualità della presa in carico del paziente domiciliare e dell'integrazione multiprofessionale attraverso la diffusione del nuovo protocollo ADI.	L'obiettivo è trasversale
<b>C</b>	Estensione al nucleo di cure primarie di via Bologna della sperimentazione di integrazione socio-sanitaria avviata nel 2005 a Pontelagoscuro – Barco.	L'obiettivo è distrettuale
<b>D</b>	Potenziamento della nutrizione artificiale al domicilio.	L'obiettivo è distrettuale
<b>E</b>	Attivazione di piani personalizzati per pazienti complessi al domicilio attraverso l'utilizzo dei fondi per la non autosufficienza.	L'obiettivo è distrettuale

### 3.1.4 L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Il Modulo dell'Assistenza Specialistica ha monitorato i tempi di attesa e ha predisposto azioni correttive concordate con la Direzione del Dipartimento e del Distretto.

Al fine di ottimizzare le risorse e migliorare l'efficienza nella gestione ambulatoriale nel Poliambulatorio di Copparo, così come in tutta l'Azienda, gli infermieri che operano nell'attività specialistica sono assegnati al Dipartimento di Cure Primarie. Tale progettazione è iniziata nel secondo semestre 2006 e si completerà nel 2007.

Anche per l'anno 2005/2006 è continuato il monitoraggio delle diciotto prestazioni di specialistica ambulatoriale definite critiche per i tempi di attesa e per la rilevanza sociale e clinica: visita oculistica, visita neurologica, visita fisiatrica, visita endocrinologica, visita neurologica, visita ortopedica, visita oncologica, visita cardiologica, colonscopia, gastroscopia, ecografia dell'addome, elettromiografia, ecocolordoppler, TAC del capo, TAC dell'addome, risonanza magnetica cerebrale, risonanza magnetica dell'addome e risonanza magnetica della colonna.

Dal mese di gennaio 2006, la rilevazione regionale dei tempi di attesa è stata integrata con la prestazione di **visita odontoiatrica**, inizialmente distinta nei settori *conservativa*, *ortodontica* e *protesica*. Da aprile 2006, sulla base delle difficoltà rappresentate da alcune aziende, legate alla separazione della visita protesica da quella conservativa, è stato deciso di effettuare la rilevazione distinguendo la visita ortodontica (tutte le Aziende hanno dichiarato di avere una gestione separata rispetto alle altre) e mantenendo unite le visite protesica e conservativa.

Si ricorda che non sono considerate oggetto di monitoraggio le prestazioni riferite ai controlli programmati (ovvero successivi alla prima visita) e le prestazioni inserite nei programmi di screening effettuate a scopo preventivo.

Non sono inoltre oggetto di monitoraggio le prestazioni di Pronto Soccorso e quelle definite "urgenti differibili", che comportano un tempo di attesa definito "immediato" per le prime ed

“entro sette giorni” per le seconde.

È stato inoltre attivato un ulteriore monitoraggio riferito esclusivamente ai percorsi odontoiatrici successivi alla prima visita, al fine di rilevare il tempo di attesa fra l’inizio del percorso terapeutico e la conclusione dello stesso, al fine di verificare il rispetto degli standard previsti dalla DGR 2678/04, ovvero: **conservativa**, tempo massimo di 60/90 giorni entro i quali predisporre e realizzare l’intero piano terapeutico; **ortodontica**, tempo massimo definito in 150/180 giorni entro il quale prendere in carico il bambino, formulare il piano terapeutico e iniziare il programma degli interventi; **protesica**, tempo massimo di 120/150 giorni entro il quale completare l’intero piano terapeutico.

Il mantenimento dell’accordo di fornitura di prestazioni specialistiche con le Case di Cura Accreditate ci hanno permesso di rispettare lo standard dei tempi di attesa per le prestazioni di endocrinologia, ecografia, di diagnostica cardiologica e di ecocolordoppler.

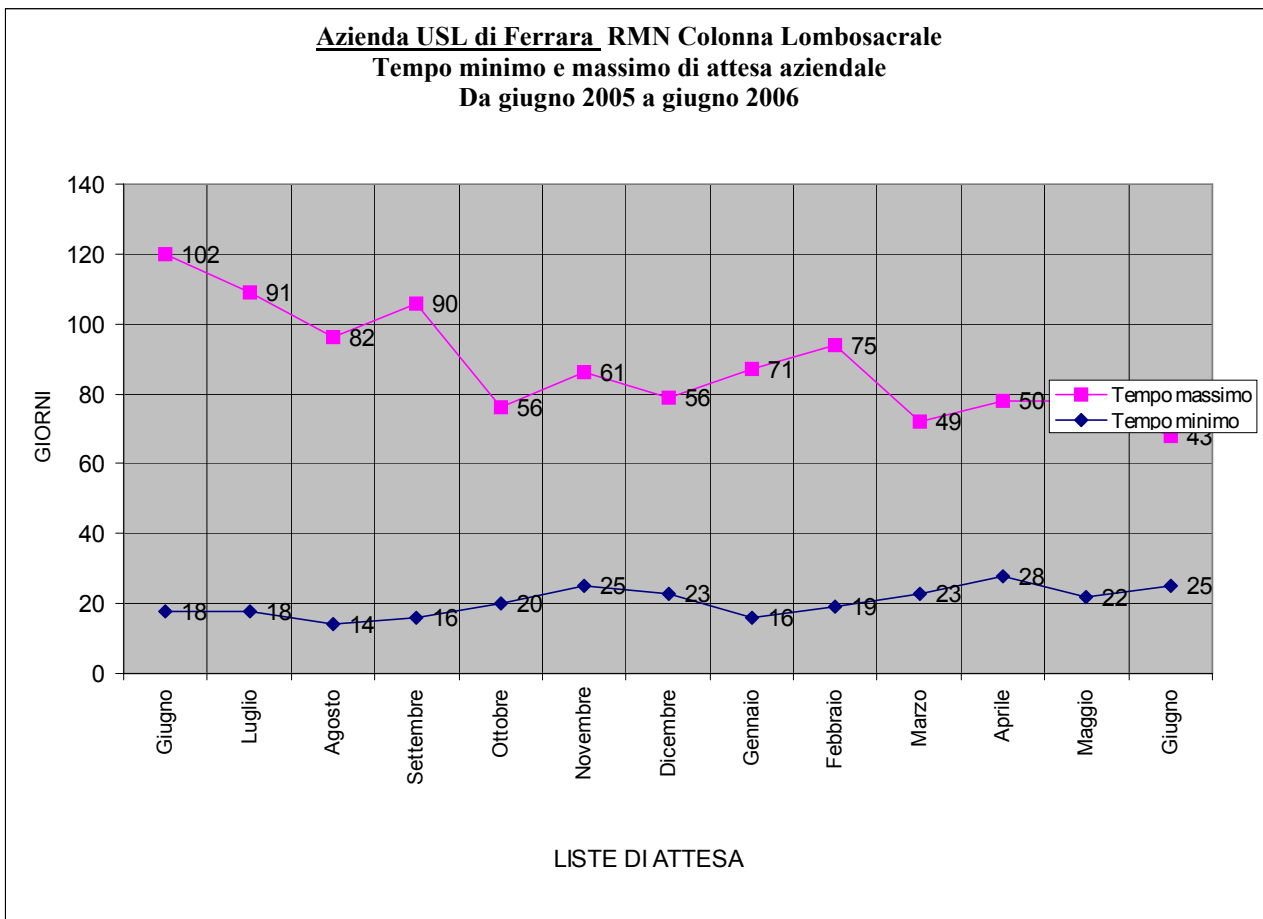
Rispetto alle prestazioni oggetto di monitoraggio il Distretto Centro Nord continua a presentare alcune inadeguatezze, sempre con riferimento al rispetto dei tempi di attesa soprattutto nelle branche di oculistica, urologia, cardiologia.

Si è provveduto al rafforzamento di alcune azioni di miglioramento intraprese già nell’anno precedente, quali l’attivazione di agende specifiche di cardiologia per prestazioni strumentali di secondo livello e potenziamento dell’offerta, sempre di cardiologia per le medicine di gruppo; potenziamento di attività di reumatologia e di ecografia che rispondono prevalentemente a criteri di appropriatezza clinica. Risultati positivi dovrebbero trovare riscontro nel corso dell’anno 2007.

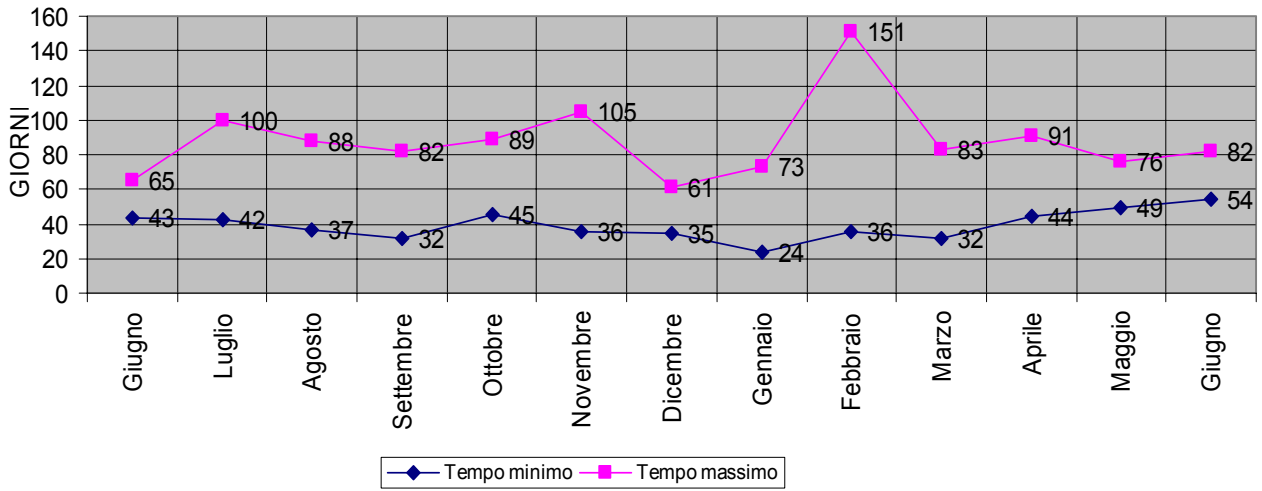
Migliori performance, con rispetto dei valori massimi predefiniti si riscontrano invece per le prestazioni di laboratorio e di diagnostica per immagini.

L’attivazione di una risonanza magnetica presso la Radiologia di Copparo ha potenziato l’offerta di prestazioni intervenendo positivamente sui tempi di attesa.

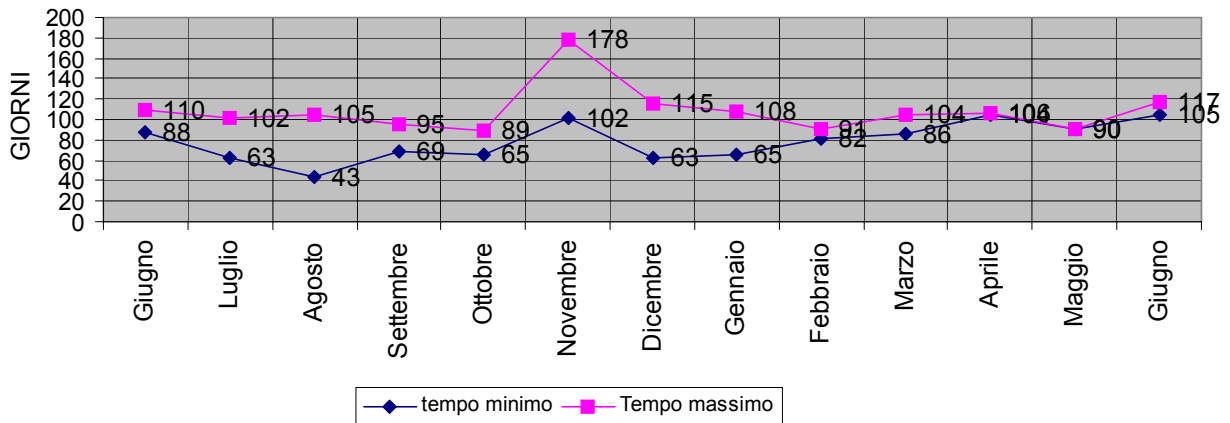
Si presentano alcuni esempi di andamento dei tempi di attesa per le branche definite critiche, a confronto con i tempi minimi e massimi aziendali, da giugno 2005 a giugno 2006.



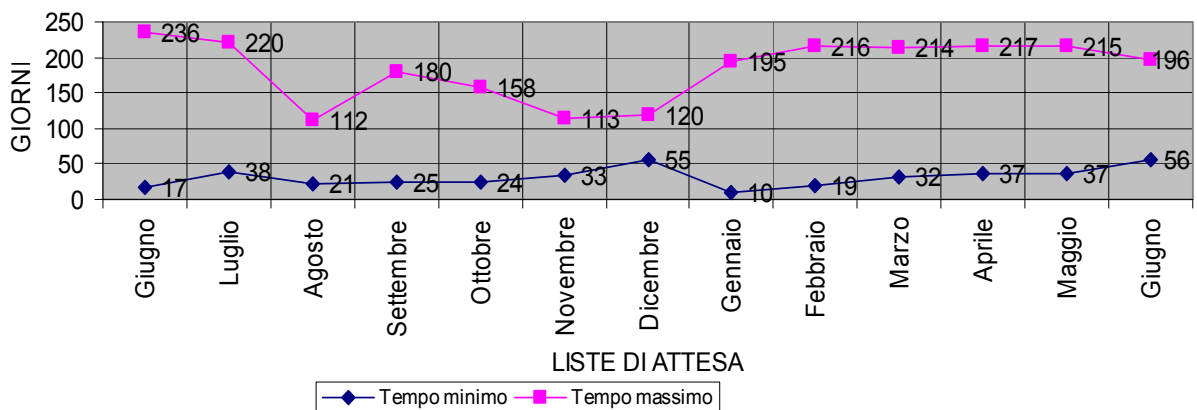
**Azienda USL di Ferrara Ecografia all'Addome Completo**  
**Tempo minimo e massimo di attesa aziendale**  
**Da giugno 2005 a giugno 2006**



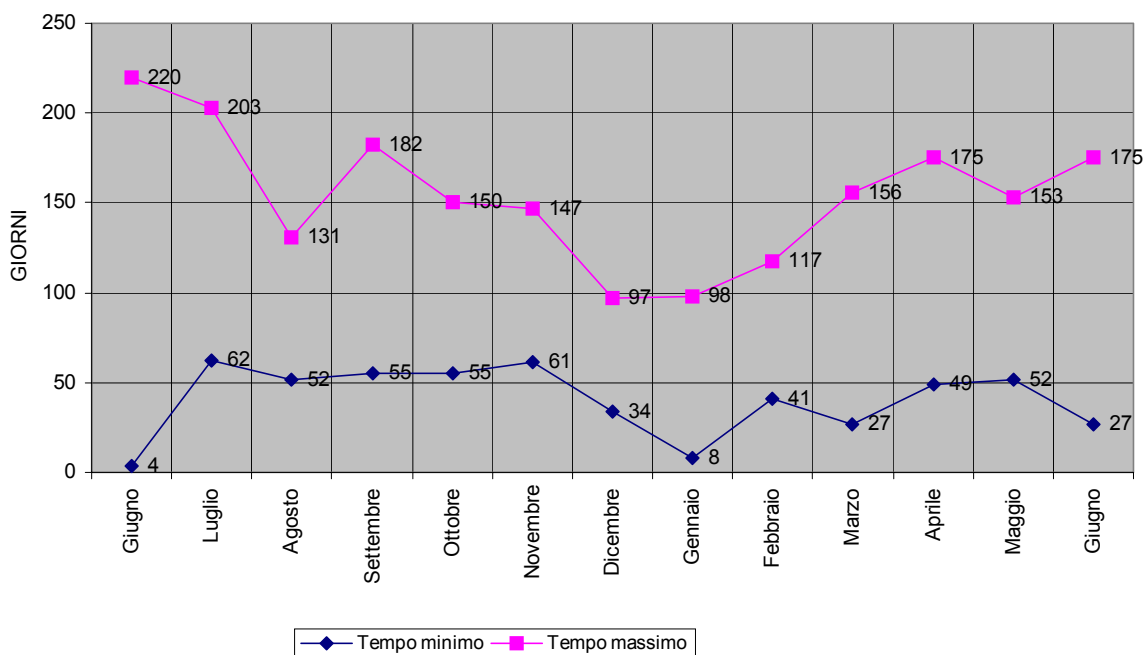
**Azienda USL di Ferrara Elettromiografia**  
**Tempo minimo e massimo di attesa aziendale**  
**Da giugno 2005 a giugno 2006**



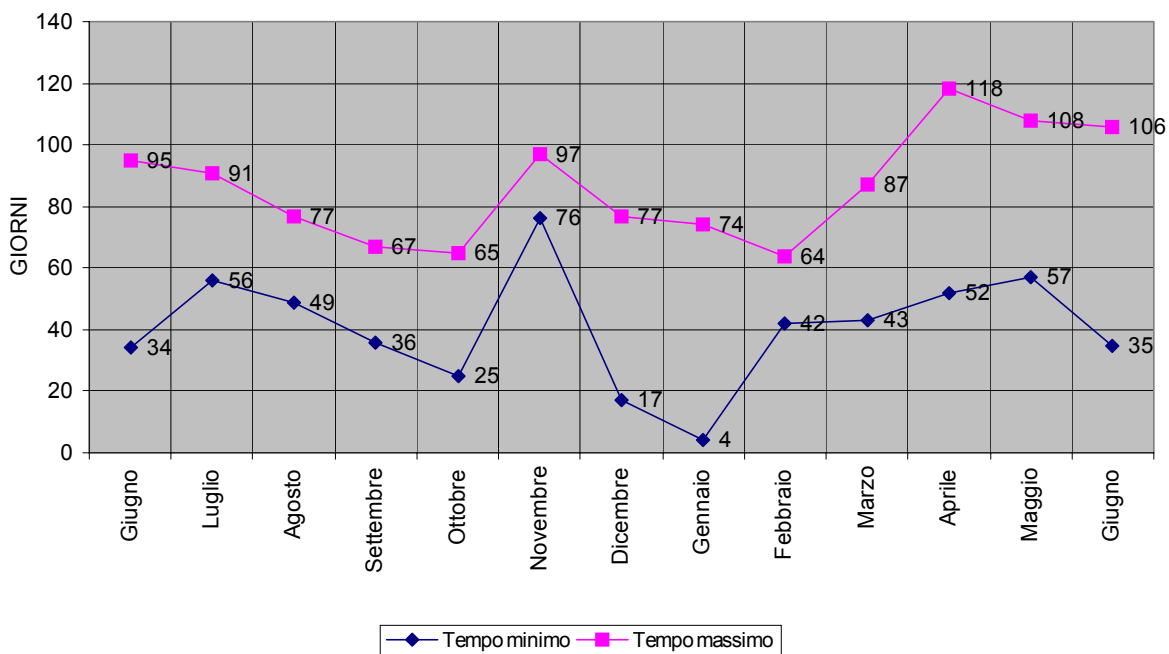
**Azienda USL di Ferrara Endocrinologia**  
**Tempo minimo e massimo di attesa aziendale**  
**Da giugno 2005 a giugno 2006**



**Azienda USL di Ferrara Visita Oculistica**  
**Tempo minimo e massimo di attesa aziendale**  
**Da giugno 2005 a giugno 2006**



**Azienda USL di Ferrara Visita Cardiologica + E.C.G.**  
**Tempo minimo e massimo di attesa aziendale**  
**Da giugno 2005 a giugno 2006**





A Ferrara si è concluso il trasferimento dell'attività odontoiatrica da via Cassoli in via Montebello, sede del nuovo Centro Odontoiatrico per la prevenzione e la terapia, realizzato con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e l'Università degli Studi di Ferrara. Il servizio ha dimostrato di essere in grado di soddisfare tutta la domanda espressa dalla popolazione avente diritto alle cure odontoiatriche, nel rispetto dei LEA e nel rispetto dell'impegno dei tempi di attesa sia per l'accesso alla visita che per il percorso di presa in carico.

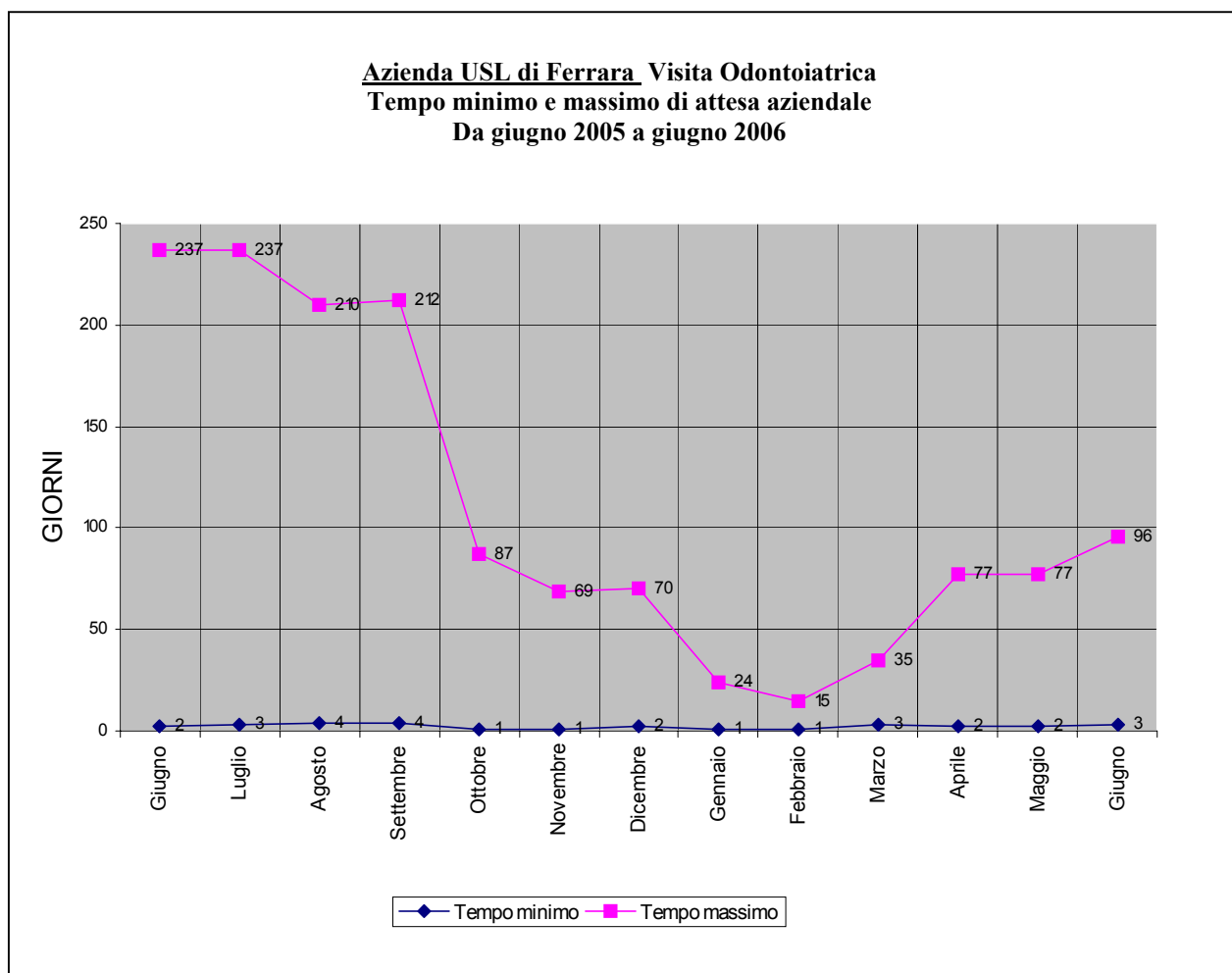
Si indicano di seguito i dati di produzione del Centro Odontoiatrico, rilevati nel secondo semestre 2005 (periodo di attivazione del programma regionale) e quelli dei primi cinque mesi dell'anno 2006.

	NUMERO PRESTAZIONI	
	01 giugno '05 – 31 dicembre '05 (6 mesi)	1 gennaio '06 – 31 maggio '06 (5 mesi)
Conservativa	4.764	4.239
Protesica	193 *	130 #
Ortodontica	113	120

\* Completamento dei casi già in carico e utenti ISEE

# Solo casi ISEE

Di seguito si presenta una tabella comparativa dei tempi di attesa dell'odontoiatria.



## Aree di miglioramento e obiettivi 2006/07

Con l'obiettivo primario di ridurre i tempi di attesa critici sono state messe in atto azioni che dovrebbero contenere le criticità entro la soglia dei 30/60 giorni. Particolare attenzione è stata posta all'articolazione delle agende di prenotazione che risultano suddivise proporzionalmente in controlli, urgenze e visite programmabili. È stata ridotta al minimo e solo per esigenze tecniche la chiusura delle stesse invitando i professionisti a programmare e a comunicare con largo anticipo le assenze per ferie, congressi, ecc.

È stato dato particolare impulso all'adozione del nuovo modello organizzativo di semplificazione all'accesso con l'intento di diffusione e utilizzazione dello stesso in tutte le unità operative del sistema.

Sono state mantenute in autogestione alcune prestazioni strumentali di cardiologia per facilitare la presa in carico del paziente e soprattutto la continuità terapeutica favorendo così la corretta programmazione nel tempo delle visite di controllo e dell'esecuzione dei relativi esami strumentali.

Sono in fase di implementazione, nel senso di aumento di offerta, alcune branche definite critiche per il costante elevato numero di giorni di attesa, nell'ottica di raggiungere un valido equilibrio fra domanda e risposta, che garantisca il rispetto della tempistica di accesso.

### Tabella riassuntiva obiettivi 2006-2007

<b>A</b>	Riarticolazione delle agende di prenotazione suddivise in controlli, urgenze e visite programmabili.	L'obiettivo è trasversale
<b>B</b>	Drastica riduzione delle chiusure delle agende di prenotazione per ridurre i tempi di attesa.	L'obiettivo è trasversale
<b>C</b>	Implementazione del modello organizzativo di semplificazione dell'accesso.	L'obiettivo è trasversale
<b>D</b>	Favorire la presa in carico del paziente mantenendo in autogestione alcune prestazioni strumentali di cardiologia.	L'obiettivo è trasversale
<b>E</b>	Aumento dell'offerta in alcune branche definite critiche.	L'obiettivo è trasversale

### 3.1.5 L'Assistenza Farmaceutica

#### Premessa

Il governo della spesa farmaceutica rappresenta un obiettivo strategico che l'Azienda USL di Ferrara, con la collaborazione dell'Azienda Ospedaliero–Universitaria di Ferrara, ha perseguito e continua a perseguire tramite il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, basata sull'efficacia e la sicurezza della terapia.

A supporto di questa politica già nel 2004 erano stati realizzati un unico Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e un'unica Commissione Terapeutica Provinciale.

Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale nell'anno 2005 ha consolidato le funzioni e le attività svolte nell'anno precedente, relative alla omogeneizzazione della politica farmaceutica provinciale, sia territoriale che ospedaliera, per rendere più efficace la continuità tra ospedale-territorio e l'uso razionale e sicuro del farmaco.

Alla realizzazione di tale processo ha contribuito in maniera determinante la costituzione di una nuova unità operativa aziendale di farmaceutica ospedaliera e territoriale, nonché l'individuazione al suo interno di un nuovo modello organizzativo rappresentato dal Farmacista di Distretto, nell'ottica di una sempre maggiore collaborazione e integrazione dell'attività del Dipartimento Interaziendale con le altre Direzioni Aziendali coinvolte nel governo della spesa farmaceutica, principalmente Politica del Farmaco e Dipartimenti delle Cure Primarie.

Principali attività svolte nel 2005:

- Allargamento dell'erogazione diretta. Tale attività ha lo scopo di favorire la continuità terapeutica ospedale-territorio in ambito farmaceutico e migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre i comportamenti dissociati tra medicina territoriale e ospedaliera. Nell'anno 2005 l'erogazione diretta è stata intensificata in quegli ambiti di continuità terapeutica, introdotti nel 2004, che coinvolgono i pazienti con scompenso cardiaco e con dislipidemie ed estesa ai pazienti neuropatici e dializzati. In tale attività ha giocato un ruolo chiave la stretta collaborazione tra Azienda Ospedaliero–Universitaria e Azienda USL, sia relativamente all'erogazione dopo dimissione ospedaliera che dopo prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- Rafforzamento del ruolo e dell'attività della Commissione Terapeutica Provinciale. La Commissione Terapeutica Provinciale, costituita nel 2004 tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero Unversitaria di Ferrara, unitamente al Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, rappresenta uno degli strumenti del governo clinico e svolge la propria attività in un'ottica di standardizzazione della politica farmaceutica in ambito provinciale, con l'obiettivo di qualificare la spesa farmaceutica. Nel corso del 2005 tale Commissione ha terminato la rivalutazione dei diversi Gruppi Terapeutici arrivando alla definizione di un unico Prontuario Terapeutico Provinciale inserito sui siti web delle Aziende Sanitarie Provinciali e diffuso ai medici delle due Aziende. I criteri di valutazione utilizzati nella stesura del Prontuario sono stati:
  - efficacia clinica dimostrata da studi clinici controllati, randomizzati, con *end-point* clinici rilevanti;
  - sicurezza e maneggevolezza d'uso;
  - valutazioni di equivalenza terapeutica anche tra principi attivi diversi ma con le stesse indicazioni d'impiego;
  - rapporto costo/efficacia favorevole sulla base dei principi della farmacoeconomia;
  - impatto dell'uso ospedaliero del medicinale sulla spesa/prescrizione territoriale;
  - aspetti normativi relativamente a restrizioni/indicazioni particolari (es. note AIFA, Piani Terapeutici e altre norme nazionali e regionali).

- Informazione e formazione ai prescrittori, principalmente medici di medicina generale e specialisti, anche attraverso il confronto tra clinici nell'ambito di commissioni dedicate.
- Predisposizione di campagna di educazione sanitaria finalizzata al miglioramento dell'uso dei farmaci e alla promozione di corretti stili di vita.

### Farmaceutica Convenzionata

Nell'anno 2005 l'Azienda USL di Ferrara ha proseguito il trend positivo di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata grazie al mantenimento e all'ulteriore implementazione di azioni volte ad un'attenta politica del farmaco.

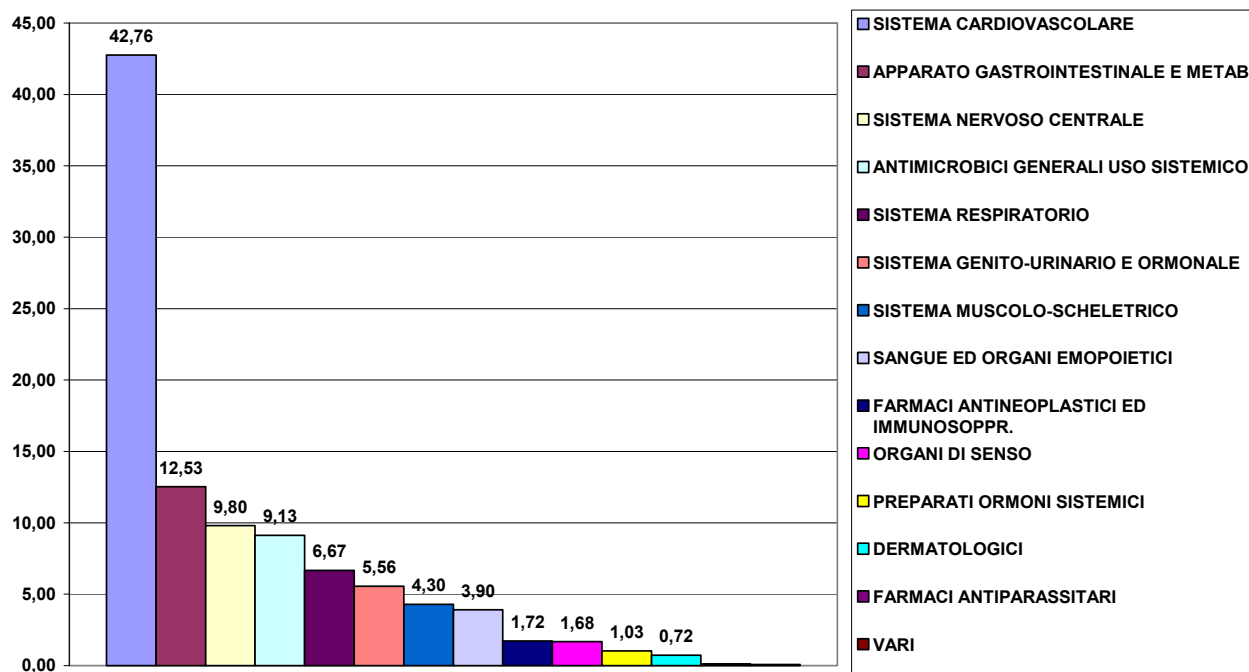
Infatti, nonostante si sia registrato dal mese di novembre, a seguito della cessazione dello sconto aggiuntivo del 4,12% sulla distinta contabile delle farmacie (introdotto con D.L. 56/2004), un incremento della spesa farmaceutica rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente, l'anno 2005 si è chiuso con un calo, rispetto al 2004, della spesa farmaceutica netta convenzionata pari al 2,81%, mentre la spesa netta pro capite è stata pari a 198,42 euro.

Nel Distretto Centro Nord l'Assistenza Farmaceutica Convenzionata viene erogata da 62 farmacie convenzionate.

La spesa netta pro capite del Distretto Centro Nord è stata pari a 200,08 euro, - 1,57% rispetto all'anno precedente. Nella determinazione di tale scostamento è stato considerato il nuovo assetto distrettuale delle farmacie convenzionate afferenti al Distretto intervenuto nel secondo semestre 2004, e superiore dello 0,84% rispetto alla Azienda USL.

Per conoscere la tipologia dei farmaci prescritti nell'anno 2005 nell'intero distretto dai medici di medicina generale, pediatri, specialisti ospedalieri e convenzionati, viene di seguito riportato il grafico relativo alla distribuzione della spesa pro capite per gruppi anatomici principali (ATC1) con la relativa percentuale di incidenza rispetto al totale della spesa farmaceutica convenzionata distrettuale.

DISTRETTO CENTRO NORD - ANNO 2005 - DISTRIBUZIONE DELLA SPESA PROCAPITE PER GRUPPI ANATOMICI PRINCIPALI (ATC1)



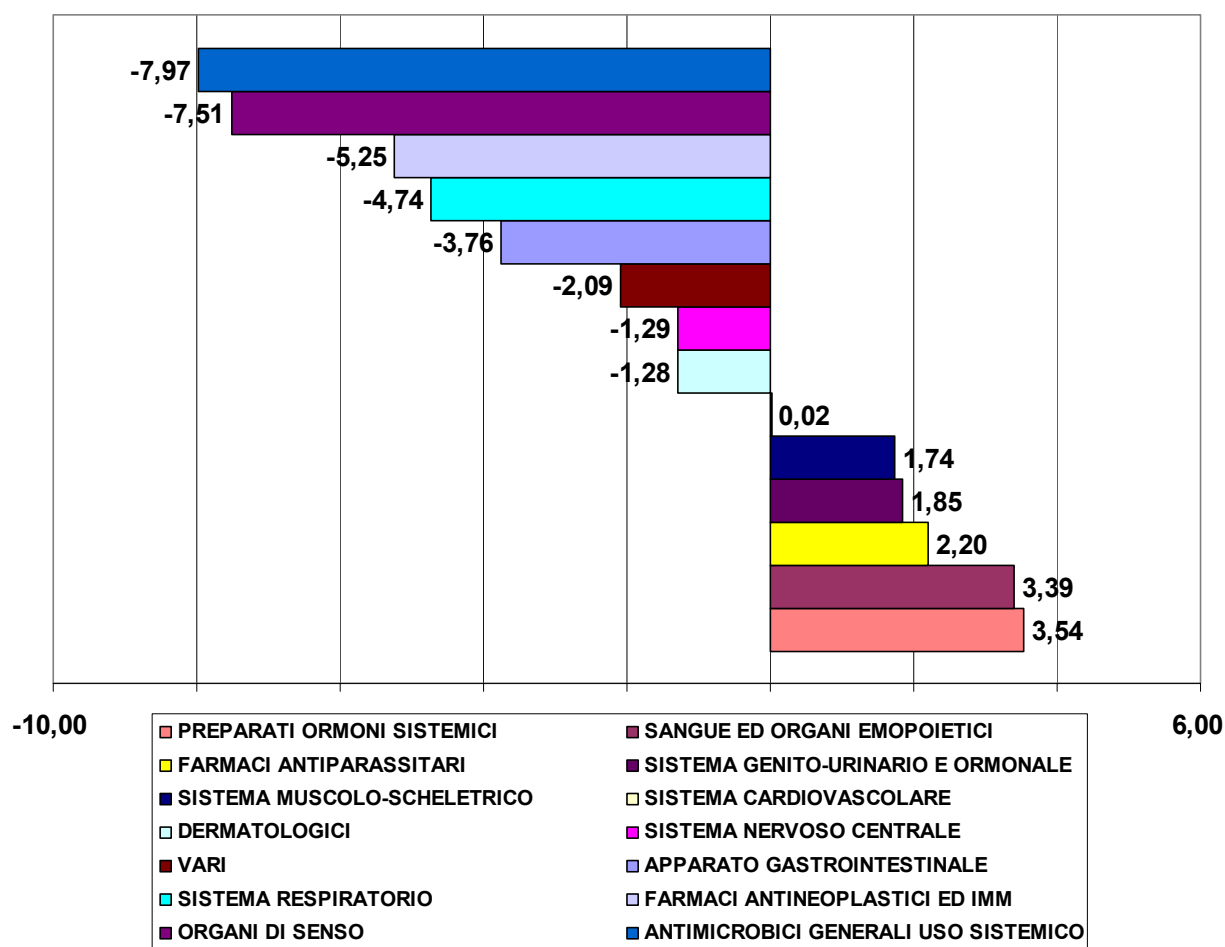
Fra i primi cinque gruppi di farmaci, che nel loro insieme superano l'80% in termini di importo di prescrizione, i farmaci cardiovascolari rappresentano da soli il 42,76% della spesa, seguiti dai farmaci gastrointestinali 12,53%, dai farmaci del sistema nervoso centrale 9,80%, dagli antimicrobici generali ad uso sistemico 9,13%, e dai farmaci dell'apparato respiratorio 6,67%. Tale distribuzione della spesa farmaceutica è sovrapponibile a quella dell'intera Azienda USL.

Relativamente invece al valore della spesa pro capite (importo in euro), sempre per gruppi anatomici principali, possiamo rilevare dal grafico sotto riportato che il Distretto Centro Nord registra un importo di spesa pro capite inferiore a quella dell'Azienda USL per diversi gruppi anatomici, e principalmente gli antimicrobici, i farmaci degli organi di senso, gli antineoplastici e immunomodulatori, i farmaci del sistema respiratorio e dell'apparato gastrointestinale.

Per i farmaci del sistema cardiovascolare si nota un certo allineamento alla spesa pro capite aziendale (+0,02%).

Il grafico seguente evidenzia lo scostamento di spesa pro capite del Distretto Centro Nord rispetto all'Azienda USL.

**SPESA PROCAPITE PER GRUPPI ANATOMICI PRINCIPALI DISTRETTO CENTRO NORD vs AUSL**

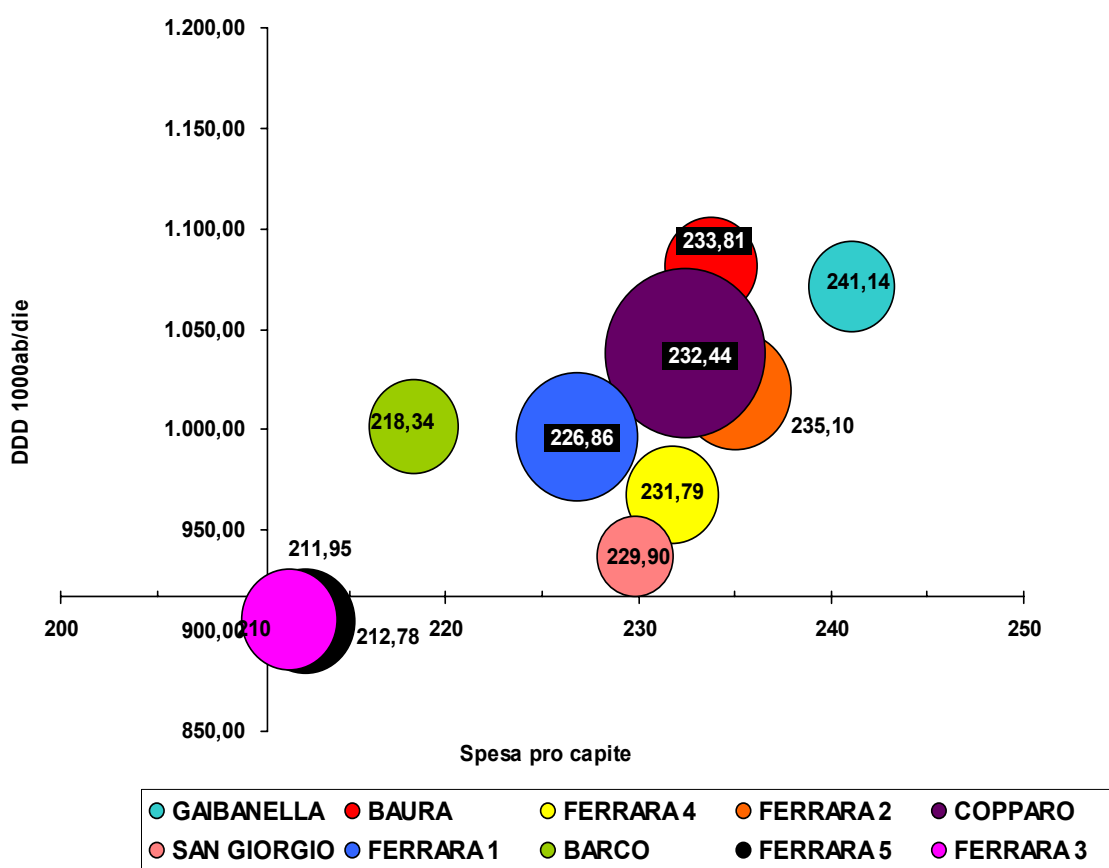


Il 98,7% della spesa farmaceutica convenzionata è determinata dalla prescrizione dei medici di medicina generale appartenenti ai dieci Nuclei delle Cure Primarie del Distretto.

Viene di seguito rappresentata la prescrizione dei suddetti Nuclei, rispetto agli indicatori della spesa pro capite e delle Dosi Definita Die (dosi quotidiane) ogni mille abitanti, indicatore di esposizione della popolazione ai farmaci.

La spesa pro capite di ogni singolo Nucleo è evidenziata all'interno della rispettiva bolla. I Nuclei presenti nel quadrante superiore destro hanno una spesa pro capite e una prescrizione di farmaci superiore ai valori medi distrettuali.

**DISTRETTO CENTRO NORD**  
 NCP anno 2005 vs Media Distretto (spesa procapite 210,77€, DDD/1000ab. 916,93)



**Erogazione diretta**

L'attività di erogazione diretta è stata consolidata nell'anno 2005 e, pur con gli ormai stretti margini di miglioramento, ulteriormente implementata al fine di perseguire il triplice obiettivo di:

- migliorare il servizio fornito ai cittadini assistiti, assicurando la continuità terapeutica alla dimissione da ricovero e dopo le prestazioni specialistiche ambulatoriali, nonché la fornitura di farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente, l'Assistenza Domiciliare Integrata e la presa in carico di pazienti cronici;
- ridurre la spesa farmaceutica territoriale dell'Azienda USL;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva allineandola alle evidenze scientifiche attuali con un'induzione corretta sulla prescrizione territoriale.

Nonostante il considerevole volume di attività già svolto nel 2004, nell'anno 2005 si è realizzato un ulteriore incremento dell'erogazione diretta, pari a +18,8% rispetto all'anno precedente e +13,11 % rispetto agli obiettivi Aziendali, determinando un risparmio sulla spesa farmaceutica convenzionata pari a circa 6.483.639 euro.

Su base provinciale, unendo anche i dati relativi all'attività svolta dall'Azienda Ospedaliera, si è avuto un incremento rispetto all'anno precedente pari a +14,76% ,+9,53% rispetto all'obiettivo fissato dall'Azienda USL per il 2005 e un conseguente risparmio sulla spesa farmaceutica convenzionata pari a circa 12.536.142 euro.

Erogazione Diretta Azienda USL								
	Erogato 2004	Obiettivi 2005	Erogato 2005		Δandamento vs.obiettivi '05	Δ% andamento vs.obiettivi '05	Δ andamento vs.obiettivi '04	Δ% andamento vs.obiettivi '04
	Costo al pubblico	Costo al pubblico	Risparmio	Costo al pubblico	ΔCosto al pubblico	Δ%Costo al pubblico	ΔCosto al pubblico	Δ%Costo al pubblico
<b>Totale</b>	9.833.952	10.329.103	6.483.639	11.682.808	1.353.705	13,11	1.848.857	18,80
Erogazione Diretta Azienda Ospedaliero-Universitaria								
	Erogato 2004	Obiettivi 2005	Erogato 2005		Δandamento vs.obiettivi '05	Δ% andamento vs.obiettivi '05	Δ andamento vs.obiettivi '04	Δ% andamento vs.obiettivi '04
	Costo al pubblico	Costo al pubblico	Risparmio	Costo al pubblico	ΔCosto al pubblico	Δ%Costo al pubblico	ΔCosto al pubblico	Costo al pubblico
<b>Totale</b>	10.233.472	10.504.592	6.052.503	11.346.555	841.963	8,02	1.113.083	10,88
<b>Totale AUSL+ S.ANNA</b>	20.067.424	20.833.695	12.536.142	23.029.363	2.195.668	9,53	2.961.940	14,76

Nel Distretto Centro Nord nel 2005 si è avuto un incremento di erogazione diretta rispetto all'anno 2004, pari al +23,12%, con un conseguente risparmio sulla spesa farmaceutica convenzionata di circa 1.561.644,92 euro (24,09% del risparmio complessivo della Azienda USL).

A tale risparmio va inoltre aggiunto quello determinato dall'erogazione diretta effettuata dall'Azienda Ospedaliera (6.052.503 euro), che eroga farmaci principalmente ai cittadini residenti nel Distretto Centro Nord, anche se, in misura nettamente inferiore, per diverso ambito territoriale ne beneficiano anche gli altri Distretti della Azienda USL.

DISTRETTO CENTRO NORD (esclusa Azienda Ospedaliera) - EROGAZIONE DIRETTA ANNO 2005					
	Erogato 2004 CN*	Erogato 2005 CN*	Risparmio	2005 - 2004	%
<b>Farmaci alto costo Day Hospital</b>	800.453,00	963.555,97	420.174,83	163.102,97	20,38
<b>Farmaci alto costo Farmacia</b>	172.436,00	254.081,78	132.516,50	81.645,78	47,35
<b>Farmaci dopo dimissioni Ricovero</b>	70.680,00	94.618,88	79.791,57	23.938,88	33,87
<b>Farmaci dopo visita specialistica ambulatoriale</b>	959.599,00	998.730,74	566.832,88	39.131,74	4,08
<b>ADI II</b>	48.692,74	58.537,45	46.076,65	9.844,71	20,22
<b>ADI I</b>	70.228,00	236.937,77	186.674,26	166.709,77	237,38
<b>Erogazione farmaci Strutture Residenziali</b>	116.442,00	149.622,94	129.578,23	33.180,94	28,50
<b>Totale</b>	2.238.530,74	2.756.085,53	1.561.644,92	517.554,79	23,12

\*Costo al pubblico

Tale attività viene effettuata sia dai punti di erogazione diretta gestiti dai farmacisti del Dipartimento Farmaceutico operanti nelle farmacie dell'Ospedale di Copparo e dell'Arcispedale S. Anna, che direttamente dalle Unità Operative ospedaliere e territoriali.

Oltre alle sedi sopraindicate, a cura dei farmacisti operanti nella farmacia dell'Ospedale di Copparo, viene effettuata erogazione diretta presso il presidio di Tresigallo e la stessa ha avuto ulteriore sviluppo nel 2006, prevedendo il nuovo punto di erogazione presso il poliambulatorio di Berra, nonché l'attivazione della presa in carico del paziente cronico, diabetico, presso la Medicina di Gruppo di Pontelagoscuro.

**Tabella riassuntiva degli obiettivi 2006-2007**

A	Erogazione diretta dei farmaci dagli Ospedali e dalle strutture sanitarie dell'Azienda USL e dall'Azienda Ospedaliera, nelle modalità previste dalla legge 405/2001.	L'obiettivo è trasversale
B	Presa in carico del paziente cronico, diabetico, da Medicina di Gruppo.	L'obiettivo è trasversale
C	Consolidamento dell'attività del Farmacista di Distretto per favorire la continuità ospedale-territorio e il governo della spesa farmaceutica.	L'obiettivo è trasversale
D	Collaborazione alla predisposizione di raccomandazioni di impiego di farmaci inibitori di pompa protonica (PPI), nell'ottica dell'appropriatezza prescrittiva.	L'obiettivo è trasversale
E	Educazione sanitaria finalizzata al corretto impiego di farmaci.	L'obiettivo è trasversale
F	Diffusione delle raccomandazioni sul corretto uso di albumina umana e monitoraggio dell'osservanza.	L'obiettivo è trasversale
G	Consolidamento della centralizzazione della gestione di prodotti farmaceutici in transito, per favorire l'omogeneizzazione dei prodotti farmaceutici utilizzati nei presidi ospedalieri e servizi della Azienda USL e il miglioramento dei processi di acquisizione.	L'obiettivo è trasversale
H	Fornire un supporto informativo ai Dipartimenti Sanitari dell'Azienda USL per la definizione dei consumi di prodotti farmaceutici.	L'obiettivo è trasversale



### 3.1.6. Il Consultorio Familiare

#### Popolazione target:

popolazione femminile dai 14 agli 80 anni

Territorio di Ferrara: 67.016

Territorio di Copparo: 18.614

#### Dati di attività del 2004/2005

Percorso nascita	2004	2005
Donne in gravidanza prese in carico	858	876
Ecografie ostetriche	3.014	3.928
Corsi di accompagnamento alla nascita	47	43
Donne in gravidanza partecipanti ai corsi	546	641
Assistenza al puerperio	301	338
Sostegno all'allattamento	829 su 1.346 nati nel punto nascita di riferimento	875 su 1.382 nati nel punto nascita del S. Anna, su 2.603 nati complessivamente in provincia di Ferrara.

Il calo del numero dei corsi è dovuto a una riorganizzazione interna che prevede un numero maggiore di partecipanti per gruppo.

Al numero di donne che partecipano ai corsi si aggiungono 355 mamme partecipanti agli incontri finali *Mamme e Bimbi*; questo ultimo incontro permette una condivisione delle esperienze del parto e nuove domande che emergono dopo la nascita.

#### Assistenza Psicologica

Nel 2005 le donne accolte su proposta del Servizio Sanitario Salute Donna sono state aiutate per i seguenti disturbi:

- disturbi o disagi psicologici manifestati durante la gravidanza o dopo la nascita del figlio o in seguito a eventi traumatici in queste fasi;
- crisi di coppia di varia natura (talune in fase di separazione) con bambini piccoli.

L'età delle utenti donne si colloca fra i 25 e 40, si possono individuare tre tipologie di prese in carico attuati dal Servizio Sanitario Psicologia Clinica:

- consultazione psicologica con chiarificazione del disagio psicologico manifestato senza una vera e propria presa in carico psicoterapeutica;
- trattamento psicoterapeutico individuale o di coppia per favorire l'adattamento a gravidanza, parto, maternità, genitorialità;
- trattamento integrato con altri servizi e articolazioni DSM (visita psichiatrica con eventuale prescrizione farmacologia, ricovero nel Day Hospital psichiatrico, ecc);

Diagnosi precoce tumori cervice e collo dell'utero	2004	2005
Pap-Test eseguiti (spontanei e per screening)	15.765	15.371
Per screening	9.346	
Indice di adesione allo screening	64%*	consolidato

\* dato di difficile definizione per le caratteristiche del programma

Attività specialistica ginecologica	2004	2005
Visita ginecologica	5.227	5.648
Ecografie ginecologiche	1.511	1.644
Colposcopie	106	123
Contraccezione	1.732	1.461
Certificazioni IVG	292	423

Assistenza alla menopausa (nell'Ambulatorio Integrato Salute Donna-Centro Universitario)	2004	2005
Numero accessi	1.897	2.019

Nel 2004 era stata attivata la seconda fase del *Progetto Menopausa*, che prevedeva la valorizzazione del momento informativo rivolto alla popolazione attraverso la messa a punto di strumenti (brochures, riunioni a piccoli gruppi) in collaborazione con le organizzazioni femminili del territorio, finalizzata alla modifica degli stili di vita per un'azione più efficace di prevenzione nei confronti dei rischi menopausali (osteoporotico, urogenitale, cardiovascolare, metabolico-nutrizionale).

Nel 2005 questa attività è continuata con il *Progetto InFormaDonna*, affrontando i seguenti argomenti:

- L'apparato riproduttivo femminile.
- La menopausa.
- Le vampate di calore.
- La terapia ormonale sostitutiva.
- Menopausa e sessualità.
- Menopausa, peso e massa corporea.
- Menopausa e Osteoporosi.
- La densitometria ossea.
- Calcio e osteoporosi.
- La prevenzione dell'osteoporosi.
- La prevenzione delle fratture nella donna già osteoporotica.

L'attività del percorso menopausa è aumentata negli interventi di formazione e di assistenza all'educazione del perineo, ampliando quindi l'offerta alla popolazione.

Possiamo notare che l'indice di adesione allo screening si è consolidato.

Tutte le attività di assistenza alla gravidanza e alla ginecologia sono aumentate e il servizio è riu-

scito a far fronte alle esigenze con una continua riorganizzazione interna del personale e mettendo spesso una figura ostetrica a scavalco di più ambulatori. L'aumento delle richieste di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è dovuto ad un sempre crescente processo di immigrazione "in transito" di donne non residenti né domiciliate e non facilmente raggiungibili nell'ambito della prevenzione.

## Risultati 2005

Per realizzare la semplificazione dell'accesso alle prestazioni si sono messi in rete e informatizzati gli ambulatori di via Boschetto–Ferrara.

Sono stati eseguiti lavori tecnici per la messa in rete di tutti gli ambulatori di via Boschetto permettendo il miglioramento all'accesso delle prestazioni in collegamento con il CUP (Centro Unificato di Prenotazione).

Sono stati acquistati nove computer con stampante, posizionati negli ambulatori dell'Unità Operativa Salute Donna di Via Boschetto n. 29 a Ferrara.

È stato presentato il programma di gestione prestazioni ambulatoriali GESI ed è stato avviato il corso di formazione all'utilizzo della procedura software con tutti gli operatori del servizio.

Il corso si è attivato nel 2005 ed è continuato per tutto l'anno 2006.

È stata installata la macchina riscuotitrice ticket in via Boschetto.

Nel 2005 il Consultorio di Voghiera del Distretto Sud Est è stato assegnato al Distretto Centro Nord. È stato aperto in aprile 2005 l'ambulatorio di screening una volta alla settimana e l'ambulatorio per visita due volte al mese (come da obiettivo).

Successivamente, a partire da ottobre 2005 abbiamo effettuato una modifica organizzativa visto le richieste da parte della popolazione femminile, aprendo un ambulatorio settimanale con la presenza della ginecologa e dell'ostetrica.

Nell'ambito del *Percorso Nascita* nel gennaio 2005 si è costituito un gruppo di lavoro con operatori del Centro Salute Donna (ginecologi e ostetriche) e operatori della Clinica Ostetrica dell'Azienda Ospedaliera S. Anna, al fine di realizzare progetti di integrazione.

Si è elaborato un protocollo di selezione delle gravidanze fisiologiche per inviare con accesso diretto le gravidanze a rischio nell'ambulatorio Gravidanze a Rischio della Clinica Ostetrica stessa.

Questo nel rispetto delle linee guida regionali che prevedono l'assistenza alla gravidanza fisiologica all'interno dei consultori familiari e l'assistenza della gravidanza a rischio nelle strutture ospedaliere adeguate. Per meglio integrare i percorsi, da dicembre 2005 un medico del consultorio, una volta alla settimana, svolge la sua attività nell'ambulatorio della gravidanza a rischio presso la Clinica Ostetrica.

I corsi di accompagnamento alla nascita del Servizio Salute Donna di Ferrara hanno sempre previsto nel loro programma momenti di creatività artistica, chiamata inizialmente *attività grafico-pittorica*.

Nel 2005 si è passati a un nuovo approccio dell'aspetto creativo, che nasce dall'esigenza di esplorare la propria creatività anche nell'ambito del pensiero, delle parole, dei suoni, senza paure con un invito già dal primo incontro a pensare ad una filastrocca o ad una ninna nanna prendendo l'ispirazione dalla propria creatura che sta nascendo.

Il materiale prodotto viene raccolto in un "librone" che accompagnerà le mamme in maternità.

Nell'ambito del *Percorso Menopausa* si è completato il progetto *InFormaDonna*.

Questo progetto prevede la realizzazione, in collaborazione con le organizzazioni femminili rappresentative del territorio ferrarese, l'apertura di alcuni punti *InFormaDonna* in città dedicati alla informazione ed educazione sanitaria rivolto alle donne sulle tematiche relative alla menopausa e

alla terza età. Questi punti dovrebbero essere gestiti in modo autonomo e volontario dalle donne e da organizzazioni interessate, con il supporto scientifico-culturale del Centro Menopausa.

Per raggiungere l'obiettivo è stato necessario individuare le zone territoriali interessate al progetto, individuare le volontarie motivate ed interessate a gestire in prospettiva i punti *InFormaDonna* con la consulenza continua fornita dal Centro Menopausa-Osteoporosi.

Le donne individuate hanno seguito un percorso formativo svolto dal personale del Centro Menopausa-Osteoporosi (Università e Azienda USL Salute Donna) che si è concluso nel 2005.

L'incontinenza urinaria femminile ha un forte impatto sulla qualità della vita della donna e rappresenta un problema di ordine sociale ed economico, oltre che sanitario.

In applicazione alla DGR n. 319 del 14/02/2005 "Programma regionale di assistenza sanitaria a favore dei soggetti portatori di stomie e incontinenti gravi", sul tema della prevenzione dell'incontinenza urinaria nelle donne si è avviata una nuova attività di rieducazione del pavimento pelvico presso il Servizio di via Boschetto. Nell'anno 2005 sono stati effettuati 354 accessi.

Per garantire un percorso di accoglienza alla donna immigrata si è realizzato un progetto di affiancamento di un'ostetrica plurilingue negli spazi dedicati alle donne extracomunitarie, per meglio rispondere alle loro richieste, per un totale di 26 ore settimanali.

Gli obiettivi del progetto sono:

- Fare educazione sanitaria, tramite la stesura e la distribuzione di depliant informativi in più lingue, sugli argomenti: contraccezione, percorsi IVG, malattie sessualmente trasmesse, screening, percorso nascita, problematiche legate alla menopausa.
- Effettuare incontri tematici dedicati alle donne extracomunitarie.
- Organizzare la formazione sul campo degli operatori dei servizi territoriali interessati.

### **Aree di Miglioramento e Obiettivi 2006-2007**

All'interno del progetto di integrazione condiviso con la Clinica Ostetrica dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, per garantire continuità di assistenza alla donna in gravidanza, oltre al trasferimento già avviato nel 2005 di un ginecologo del Servizio Salute Donna all'interno dell'ambulatorio della gravidanza a rischio del S. Anna, una volta alla settimana, è prevista nel programma dei corsi di accompagnamento alla nascita una visita guidata delle future mamme presso la Clinica Ostetrica del S. Anna.

Per implementare il progetto *Donne Immigrate*, si è elaborato e si distribuisce un dépliant, *Donne e madri nella migrazione*, in 7 lingue.

Si è aperto uno spazio dedicato, con la presenza di una ostetrica e di una ginecologa per donne straniere.

Si sono riorganizzati gli ambulatori di assistenza alla gravidanza, riservando cinque posti al mese alle madri straniere.

Nell'ambito del *Percorso Menopausa* si è potenziata l'attività di rieducazione del pavimento pelvico con l'utilizzo di nuove tecnologie personalizzate.

Tali attività proseguiranno nel 2007.

Tabella Riassuntiva degli obiettivi 2006-2007

A	Collaborazione nell'implementazione del programma GESI in tutti gli ambulatori del Modulo Organizzativo Salute Donna, collaborare nella realizzazione del progetto i.c.t programma GESI, adesione alla formazione di tutto il personale.
B	Implementazione del progetto <i>Donne Immigrate</i> , progettazione-stampa distribuzione dépliant <i>Donne madri nella migrazione</i> apertura spazio dedicato istituzione numero telefonico dedicato informazione attraverso la stampa al fine di maggiore conoscenza per le donne di ogni etnia dell'esistenza del servizio e le opportunità offerte, condivisione di un programma formativo comune pediatria di comunità azienda ospedaliera S. Anna e servizi integrati per l'immigrazione al fine di far conoscere agli operatori le culture diverse esistenti.
C	Favorire l'integrazione tra operatori afferenti alle due aziende (Azienda USL e Azienda Ospedaliera) nel percorso nascita, favorire l'integrazione con l'ambulatorio gravidanza a rischio del S. Anna attraverso la presenza di un ginecologo della salute donna nell'organizzazione dell'ambulatorio dedicato al fine di garantire la continuità assistenziale della gravida, definire un protocollo di invio e accompagnamento della gravida presso la clinica ostetrica all'interno dei corsi di preparazione alla nascita.
D	Implementazione dell'attività di rieducazione del pavimento pelvico nei disturbi di incontinenza urogenitale, utilizzo di sonde vaginali nell'ambito del percorso di rieducazione del pavimento pelvico.

### 3.1.6.1 Il Consultorio/Spazio Giovani

#### Popolazione target:

età 14-24 anni

Ferrara: 9.295

Copparo e Comuni limitrofi: 2.976

Totale: 12.271 (anno 2004)

	2004	2005
Utenti (14-24 anni)	722	765
Di cui Nuovi utenti	400	414 (54%)
Femmine	661	696 (91%)
Maschi	61	69 (9%)
Immigrati/e	31(4,3%)	42 (5.5%)
Genitori e insegnanti	22	23
accessi	1.808	1.744
prestazioni	2.985	3.017
Consulenze telematiche	28 (di cui 17 a maschi)	39 (di cui 16 a maschi)

#### Dati di attività ambulatoriale

Si evidenzia un incremento dei ragazzi seguiti in sede ambulatoriale e un aumento in percentuale delle giovani donne immigrate, con un indice di ricambio (nuovi utenti sul totale utenti) pari al 54%.

A fronte di un mantenimento stabile delle prestazioni erogate, si registra una lieve flessione degli accessi al servizio, imputabile alla riduzione delle ore di attività psicologica (da una media di 25 a 20 ore settimanali).

#### Dati di attività educativa

	2004	2005
<b>Progetti</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Impegno orario complessivo operatori</b>	<b>48</b>	<b>150</b>
Ore psicologa	24	82
Ore educatrice professionale	12	20
Ore ostetrica	6	30
Ore medico	6	18
Scuole coinvolte	6	4
Classi	6	14
Studenti	55	345
genitori/insegnanti	0	45

Si evidenzia un potenziamento dell'attività di educazione sessuale, socio-affettiva e di prevenzione AIDS, con un forte incremento dell'impegno orario di tutti gli operatori e un aumento dei gruppi-classe e degli studenti coinvolti negli interventi educativi. Gli interventi sono stati realizzati con le terze classi delle scuole medie inferiori e superiori e si sono tenuti incontri di sensibilizzazione e consulenza educativa rivolti agli insegnanti e ai genitori dei ragazzi sulle tematiche legate allo sviluppo adolescenziale, nell'ambito del progetto di educazione socio-affettiva e sessuale rivolta agli adolescenti.

#### Risultati 2005

È stata garantita la continuità durante tutti i periodi dell'anno al Consultorio/Spazio Giovani di tutto il personale dedicato: ginecologo, ostetrica, educatrice, psicologa. La compresenza delle figure professionali nelle sedute ambulatoriali favorisce un interscambio operativo costante.

La collaborazione in atto con il Ser.T. di Ferrara ha permesso di garantire la presenza continua dell'educatrice professionale presso la sede consultoriale di Ferrara nella seduta pomeridiana del giovedì, in libero accesso, per la presa in carico di problematiche legate a uso e abuso di sostanze, comportamenti a rischio correlati alle dipendenze e consulenze educative rivolte ai genitori di adolescenti.

Per migliorare l'integrazione con gli altri servizi aziendali che si occupano di adolescenti si è formalizzata la rete integrata dei servizi per adolescenti che ha consentito il confronto operativo sulla tipologia di utenza afferente ai servizi e la progettazione condivisa di interventi di sensibilizzazione rivolti agli adolescenti.

La partecipazione di Spazio Giovani alla programmazione dei Piani Sociali di Zona 2005-2007 dei Comuni di Ferrara e Copparo, ha riguardato la promozione del benessere degli adolescenti e degli adulti del contesto di riferimento attraverso l'ampliamento della gamma di interventi a sostegno delle difficoltà di crescita in questa fase evolutiva; la costruzione della rete dei servizi che si occupano del disagio adolescenziale, nelle diverse manifestazioni, affinché si crei una sinergia nell'analisi delle domande e nelle metodologie di intervento.

Nell'ambito del Piano Programmatico degli Spazio Giovani della Provincia di Ferrara, con la costituzione del Modulo Organizzativo Consultorio Giovani, con funzioni di coordinamento tecnico aziendale, si è voluto dare impulso alla nascita di due nuove sedi consultoriali Spazio Giovani a Cento e Codigoro.

Lo Spazio Giovani di Ferrara ha svolto un ruolo trainante e di riferimento per gli altri Consultori attraverso le seguenti azioni: organizzazione di un percorso formativo rivolto a tutti gli operatori delle équipes, sui temi della prima accoglienza, dell'educazione alimentare, del trattamento dei dati personali sensibili, della violenza, del maltrattamento in età adolescenziale; la realizzazione di incontri periodici di tutte le équipes con finalità di organizzazione delle attività, programmazione degli interventi e confronto sulle competenze e funzioni professionali; l'adozione di strumenti di rilevazione dell'attività clinica ed educativa e predisposizione di una scheda di accoglienza comune mirata alla valutazione del primo accesso e della presa in carico della nuova utenza.

In riferimento alla ricerca *Giovani donne a confronto*, l'anno 2005 ha visto il completamento dell'intervento attraverso incontri all'interno di sei Istituti superiori (due licei, due istituti tecnici e due istituti professionali). La pubblicazione della ricerca ha rappresentato il prodotto finale oggetto di una presentazione pubblica, dapprima nel momento della conferenza stampa, in seguito nel corso di un convegno rivolto alla cittadinanza, ai partecipanti alla ricerca e agli operatori dei servizi. Si è proceduto, successivamente, alla diffusione della stampa ai servizi della rete e alle scuole interessate.

Gli autori coinvolti nella progettazione e realizzazione della ricerca sono stati gli operatori di Spazio giovani e dell'Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara.

Si è data diffusione del dépliant informativo dello Spazio Giovani attraverso iniziative in ambito scolastico ed extra-scolastico (gruppi giovanili formali e informali).

Si è effettuata la promozione del servizio Spazio Giovani tramite intervista degli operatori nell'ambito di una trasmissione televisiva dell'emittente Telestense.

### **Aree di miglioramento e Obiettivi per il 2006-2007**

Gli Spazi Giovani della Regione Emilia-Romagna e la Società Italiana di Andrologia (Sezione Emilia-Romagna) hanno individuato, nell'ambito della programmazione degli interventi di educazione sanitaria, un progetto sperimentale rivolto agli studenti di sesso maschile, che frequentano le seconde classi degli Istituti Superiori di Ferrara.

L'obiettivo nasce dalla constatazione che il numero di maschi che si rivolge spontaneamente ai servizi con la richiesta di consulenza andrologica è limitato, e pertanto l'offerta di consulenza può incentivare l'accesso maschile, e intende garantire la tutela del benessere sessuale e prevenire i disturbi andrologici in adolescenza.

L'intervento prevede la collaborazione e il supporto organizzativo di Promeco del Comune di Ferrara.

In collaborazione con la rete dei servizi per adolescenti – in particolare con Area Giovani, Promeco, Associazione Arcobaleno, Cooperativa Il Germoglio – si sono progettati interventi di consulenza e formazione agli operatori che operano con gli adolescenti in contesti formali e informali. Tale obiettivo nasce dalla necessità di fornire alcuni strumenti di lettura del bisogno psicologico e sociale a coloro che potenzialmente accolgono la domanda di aiuto dell'adolescente, in luoghi non connotati in senso sanitario e/o patologico. L'intento è quello di sviluppare tematiche attinenti la normalità evolutiva e il disagio in adolescenza quali: le caratteristiche adolescenziali, la relazione educativa, il bullismo, le droghe, la progettazione con gli adolescenti, gli adolescenti migranti, le problematiche mediche e ostetrico-ginecologiche.

Allo stesso modo, si prevedono incontri di gruppo di educazione affettiva e sessuale ai ragazzi dei servizi educativi, luoghi di aggregazione giovanili e cooperative sociali per adolescenti.

**Tabella riassuntiva degli obiettivi 2006-2007**

<b>A</b>	Progettare interventi di tutela della salute sessuale dei maschi adolescenti.
<b>B</b>	Fornire consulenza educativa agli adolescenti in ambienti extra-scolastici e agli adulti del loro contesto di vita (operatori ed educatori).
<b>C</b>	Migliorare l'integrazione tra i servizi che si occupano della presa in carico del disagio adolescenziale.

### 3.1.7. La Salute Infanzia

**Target di popolazione:**

età 0-17 anni

Ferrara: 17.889

Copparo: 4.278

Totale del Distretto Centro Nord: **22.167**

**Nati residenti 2005**

Ferrara : 1052

Copparo : 225

Totale Distretto Centro Nord: **1277**

Coperture Vaccinali	2004	2005
<b>Vaccinazioni obbligatorie</b> (difterite, tetano, polio, epatite B)	98%	99,1%
<b>Vaccinazioni facoltative</b> (morbillo-parotite-rosolia al 24° mese)*	97%	92,4%

**Dati di attività 2005**

**Attività Vaccinale**

\* Obiettivo di riferimento per l'efficacia della vaccinazione nella prevenzione della diffusione: 95%

**Coperture vaccinali Distretto Centro Nord al 31.12.2005**

La caduta nella copertura per vaccinazioni facoltative al 24 mese è dovuta principalmente alla indisponibilità di prodotto, che ha riguardato due diversi tipi di vaccino a livello nazionale, in modo improvviso e imprevisto, causando un rallentamento nella programmazione; un secondo motivo è stata l'altissima richiesta di vaccinazioni antipneumococciche (1.157) e antimeningococciche (1.011) da parte di genitori e pediatri di famiglia.

**Interventi per Malattie Infettive in Comunità**

	2004		2005	
	Ferrara	Copparo	Ferrara	Copparo
Controlli individuali	667	180	676	153
Interventi in Collettività	56	10	34	3



### Interventi per malattie infettive in comunità

La maggior parte degli interventi individuali e in collettività è stato effettuato per pediculosi del capo. A Ferrara è stato effettuato un intervento a seguito di una notifica di scabbia e uno per meningite batterica.

### Assistenza ai bambini affetti da malattie croniche

In complesso si evidenzia una tendenza all'aumento del numero di casi e di interventi rivolti alla tutela dei bambini con patologie croniche inseriti in collettività, evento che non descrive tanto un incremento repentino delle patologie croniche ma una diversa attitudine e cultura nei confronti di questa area problematica.

	2003		2004		2005	
	Ferrara	Copparo	Ferrara	Copparo	Ferrara	Copparo
Assistiti	21	6	37	3	53	-
Interventi	25	29	45	7	85	-

### Patologie croniche seguite senza protocollo assistenziale integrato

Rientrano in questo gruppo casi a bassa complessità assistenziale in cui gli interventi richiesti sono solo quelli che la Pediatria di Comunità effettua ai fini della tutela della salute in ambito scolastico, mentre non è richiesta integrazione tra servizi sanitari e/o servizi sanitari e servizio sociale, volontariato, ecc.

	2004		2005	
	Ferrara	Copparo	Ferrara	Copparo
Assistiti	26	6	36	6
Interventi	70	16	115	11

### Patologie croniche seguite con Protocollo assistenziale integrato

Tutti i casi in cui la tutela della salute richiede l'integrazione di prestazioni da parte di più servizi sanitari e/o con il servizio sociale.

### Risultati 2005

- Nel presidio di via Boschetto 31 è stata installata, come previsto, la segnaletica esterna e interna realizzata in collaborazione con l'Istituto d'Arte Dosso Dossi e con l'Ufficio Tecnico dell'Azienda USL, per facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni.
- Il processo di informatizzazione dell'attività vaccinale è stato pressoché completato e attivato dopo l'addestramento del personale e l'acquisizione delle necessarie attrezzature informatiche.
- Nel contesto della riorganizzazione territoriale dei Distretti la sorveglianza igienico-sanitaria delle comunità scolastiche e l'attività vaccinale per la popolazione di età 0-17 anni del Comune di Voghiera è stata trasferita dal Distretto Sud Est al Distretto Centro Nord.

Il programma di prevenzione e disassuefazione dal fumo, considerata l'esigenza di anticipare l'età dei soggetti target, ha visto l'attivazione del programma *Non fumateci addosso* rivolto alle IV e V elementari: nell'anno scolastico 2003-04 il progetto ha coinvolto tre scuole elementari; altri interventi di prevenzione della consuetudine al fumo hanno integrato i programmi curriculari di altre due scuole elementari. I programmi di prevenzione promossi dall'Azienda USL nelle scuole vengono seguiti a Ferrara in tutte le scuole medie inferiori e nel 50% delle scuole medie superiori.

Con il progetto *Nati per Leggere* (dal 2005) la sensibilizzazione dei genitori al ruolo della lettura ad alta voce come strumento di sviluppo della persona e di tutela della relazione genitori figli è stata introdotta nei corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con gli operatori di Salute Donna: le partecipanti ricevono informazioni scientifiche sullo sviluppo cognitivo e affettivo dei bambini e vengono guidate all'ideazione di filastrocche, ninne nanne, fiabe diversamente illustrate, proposte come primo approccio alla comunicazione e lettura ai nuovi nati.

In collaborazione con il Servizio di Nutrizione Umana del Dipartimento di Sanità Pubblica in sei scuole elementari di Ferrara (120 allievi della terza elementare) è stato attuato il programma di sorveglianza nutrizionale: l'indagine è stata svolta mediante la somministrazione ai bambini di un questionario e la misurazione di peso e altezza. A livello provinciale lo studio ha messo in evidenza che nel nostro territorio la percentuale di bambini sovrappeso è del 21,3% e degli obesi 8,4%. Sono stati elaborati i dati dell'indagine provinciale per l'individuazione delle criticità che ostacolano la prosecuzione dell'allattamento al seno, coordinata dal CeVeas.

In tutta la Provincia si sono rilevati un basso tasso d'inizio dell'allattamento al seno, più rilevante per i nati a Ferrara (71,8%), e un divezzamento precoce, con tassi di allattamento pieno al sesto mese ben lontani dall'obiettivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (50% degli allattati con modalità esclusiva). I dati dettagliati e commentati sono riportati in una pubblicazione distribuita nella giornata indetta per la presentazione dell'indagine e delle sue conclusioni.

Nell'ambito dell'attività vaccinale è proseguita la campagna contro parotite-morbillo-rosolia. La vaccinazione antipneumococcica è stata offerta gratuitamente a tutti i bambini frequentanti asili nido pubblici e privati, e strutture assimilabili.

Come raccomandato dalla Regione, si è inoltre risposto all'elevata richiesta "spontanea" di vaccinazioni antipneumococciche e antimeningococciche da parte di genitori e pediatri di famiglia.

Nel 2005 i pediatri di famiglia e i pediatri di comunità hanno partecipato ad un evento formativo finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici nelle affezioni delle vie respiratorie dell'infanzia. Successivamente si è monitorato il consumo quali – quantitativo degli antibiotici: tuttavia la lettura dei risultati è attualmente precoce, in ragione del fatto che la prescrizione deve essere correlata all'andamento epidemiologico delle patologie respiratorie e quindi richiede uno studio protratto per almeno due stagioni autunnali e invernali.

Nel corso di tutto il 2005, per iniziativa delle Direzioni di Distretto e dei Dipartimenti delle Cure Primarie, un gruppo di lavoro interservizi e interprofessionale, sotto la guida di un esperto, è stato impegnato nella definizione dei percorsi assistenziali e degli strumenti di monitoraggio della qualità assistenziale per i bambini affetti da malattie croniche, con particolare riferimento alle patologie ad elevata complessità assistenziale.

Il Piano Assistenziale Integrato, di cui è stato costruito un modello standard, è stato individuato come strumento fondamentale per l'attuazione di questi scopi.

La cartella clinica informatizzata per l'assistenza ai bambini affetti da patologie croniche è stata impostata, ma la sua realizzazione è stata posposta alla condivisione con i medici dei centri specialistici ospedalieri e universitari dei percorsi e protocolli elaborati dal gruppo di lavoro. Il prodotto del Gruppo di lavoro è stato presentato, e discusso nell'ambito di un evento formativo che ha coinvolto i pediatri di famiglia e tutti gli operatori dei servizi rappresentati nel Gruppo: Pediatria di Comunità, SMRIA (Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza), Servizio Sociale.

La Pediatria di Comunità ha inoltre partecipato al tavolo provinciale per gli accordi di programma per l'integrazione scolastica 2006-07, in particolare per la produzione e approvazione del protocollo per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

## Aree di Miglioramento e Obiettivi 2006-2007

Gli obiettivi per il biennio 2006/2007, sono finalizzati principalmente al completamento o ulteriore sviluppo dei programmi individuati come prioritari nel precedente biennio.

Per l'anno 2006 il Piano Assistenziale Integrato (PAI) per il bambino con attività cronica diverrà operativo come strumento di gestione e verifica dell'assistenza integrata nei casi ad elevata complessità assistenziale.

È previsto che il PAI sia affiancato da altri strumenti: il protocollo per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico, allegato dell'accordo di programma 2006-07 per l'integrazione scolastica, i protocolli assistenziali specifici per l'assistenza ad alcune patologie croniche più frequenti, come il protocollo per il diabete, già in uso, i protocolli per la celiachia e quello per le allergie gravi in corso di preparazione da parte di gruppi di lavoro interservizi.

Il Piano Regionale Vaccini 2005-2007, pubblicato e reso operativo dagli ultimi mesi del 2005, inserisce nel calendario vaccinale nuove vaccinazioni per tutti i nati dal 1° gennaio 2006 e per alcune coorti di popolazione infantile e giovanile, richiede una puntuale programmazione, il monitoraggio delle coperture e la collaborazione con pediatri di famiglia e le strutture ospedaliere per il monitoraggio delle patologie prevenibili mediante vaccinazione.

Il Piano Regionale Vaccini che prevede l'offerta dei vaccini antimeningococcico a due coorti target e antipneumococcico ai nuovi nati, mantenendo l'obiettivo della realizzazione della campagna nazionale antimorbillo-parotite-rosolia che dovrebbe concludersi alla fine del 2007. Tra i compiti vaccinali, su cui viene mantenuta l'attenzione vi è la vaccinazione antinfluenzale ai bambini affetti da patologie croniche, che poggia su una stretta collaborazione con la pediatria di famiglia e con i centri specialistici.

Nell'ambito del programma di prevenzione della consuetudine al fumo, in collaborazione con il Gruppo regionale, si stanno sviluppando gli strumenti per il programma *Infanzia a colori* rivolto alle scuole elementari.

Nelle scuole medie superiori e nelle scuole medie inferiori si proseguono i progetti *Lasciateci puliti* e *Scuole libere dal fumo* promuovendo la metodologia dell'educazione tra pari (*peer-education*).

Dall'indagine CeVeas sulle criticità che ostacolano l'adesione e la prosecuzione dell'allattamento al seno è emersa, come dato di rilievo più evidente e sul quale sembra necessario e possibile intervenire, la disomogeneità nelle prassi e nelle regole raccomandate alle mamme dai diversi operatori, anche all'interno di uno stesso servizio. Questo elemento propone come priorità l'impegno nella formazione omogenea ed estesa a quanti più operatori possibile. La ricaduta di questa azione verrà valutata attraverso indagini epidemiologiche mirate.

Il progetto *Nati per Leggere* è stato presentato e approvato dalla Commissione del Ministero degli Interni per l'assegnazione di volontari del Servizio Civile, che hanno preso servizio nell'ottobre 2005 proseguendo l'attività di lettura nelle sale d'attesa degli ambulatori vaccinazioni. La presenza dei volontari consente di impegnarsi nell'avvio del progetto *GiraGiralibro* in collaborazione con l'Assessorato alla Pubblica Istruzione: si tratta di programma di scambio libero di libri per l'infanzia, depositati in contenitori posti in ambulatori pediatrici, di vaccinazione, di Day Hospital pediatrico e scuole d'infanzia. Lo scopo dell'iniziativa è far sì che i genitori stessi divengano protagonisti della promozione della lettura e che i punti di scambio si moltiplichino nel tempo nei luoghi frequentati dai bambini.

Essendo emerso che il controllo quantitativo e qualitativo dei dietetici delle comunità infantili non era sufficiente a garantire l'omogeneità delle refezioni delle comunità infantili, si è ritenuto neces-

sario elaborare linee guida nutrizionali per le collettività infantili in collaborazione con il Servizio SIAN (Servizio di Igiene degli alimenti e della Nutrizione), il servizio Veterinario e l'Istituto di Nutrizione Umana. Tali linee guida, destinate a tutte le scuole pubbliche e private della provincia di Ferrara che offrono servizio di ristorazione, oltre ad assicurare un'offerta di pasti omogenea per composizione quantitativa e qualitativa e per preparazione assumono anche un valore educativo-formativo sia per gli addetti alla preparazione che per i destinatari.

**Tabella riassuntiva degli obiettivi 2006-2007**

A	Presenza in carico dei casi di patologia cronica ad elevato impegno assistenziale secondo procedure definite nel 2005 nell'ambito del lavoro di gruppo interservizi <i>Il bambino con malattia cronica</i>	L'obiettivo è aziendale
B	Offerta del vaccino antimeningococcico C a tutti i nati della coorte 2005 e della coorte 1990. Offerta attiva del vaccino antipneumococcico coniugato a tutti i nuovi nati dal 01.01.2006	L'obiettivo è distrettuale
C	Realizzazione di educazione tra pari ( <i>peer-education</i> ) per la prevenzione dell'abitudine al fumo in tre scuole medie superiori della provincia inserite nel progetto Regionale <i>Scuola libera dal fumo</i>	L'obiettivo è distrettuale
D	Promozione e sostegno dell'allattamento materno, in particolare attraverso la formazione omogenea del personale sanitario e la rilevazione di dati epidemiologici	L'obiettivo è distrettuale e dei Piani per la Salute
E	Promozione e monitoraggio dell'iniziativa di <i>bookcrossing</i> ( <i>GiraGiralibro</i> ) per l'infanzia in alcuni punti pubblici di scambio. Formazione e tutoraggio dei volontari del Servizio Civile finalizzata al sostegno del progetto	L'obiettivo è distrettuale e dei Piani per la Salute
F	Realizzazione di linee guida nutrizionali per le collettività infantili attraverso l'interconnessione con Servizio SIAN e Servizio Veterinario	L'obiettivo è distrettuale

### 3.1.8 Le Dipendenze Patologiche

#### Popolazione target

15 ai 54 anni: Distretto Centro Nord 87.680

15 ai 64 anni: Distretto Centro Nord 112.843

Osservando la dimensione del fenomeno del consumo problematico di stupefacenti dal punto di vista dell'impatto sulla popolazione, il territorio del Distretto Centro Nord mette in risalto la forte consistenza del problema (480 soggetti residenti nei comuni del distretto su 917 totali), con una prevalenza superiore alla media provinciale (5,47‰ contro il 5,15‰) e un andamento in crescita rispetto al 2004 (+4%). Lo sviluppo del fenomeno nella popolazione non evidenzia incrementi di rilievo, infatti, i tassi di incidenza risultano stabili nel tempo collocandosi intorno allo 0,64 ogni mille residenti. Nel 2005 i Comuni di Ro, Berra, Copparo continuano a presentare i tassi di prevalenza più elevati; Masi Torello, Berra e Tresigallo mantengono invece le prime posizioni rispetto all'incidenza del fenomeno sulla popolazione target.

#### Dati di Attività 2004/2005

UTENTI TOSSICODIPENDENTI	Totale Utenti Residenti		Tasso di Prevalenza (‰)		Nuovi utenti residenti		Tasso di Incidenza (‰)	
	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004
Ferrara	341	325	5,16	4,92	44	38	0,67	0,58
Masi Torello	4	2	3,30	1,64	2	1	<b>1,65</b>	0,82
Voghiera	6	5	3,13	2,60	1	1	0,52	0,52
Copparo	61	61	<b>7,09</b>	6,95	4	10	0,46	1,14
Ro	21	21	<b>11,96</b>	11,56	0	0	0,00	0,00
Berra	27	25	<b>9,98</b>	9,09	3	3	<b>1,11</b>	1,09
Jolanda di Savoia	2	4	1,28	2,47	0	1	0,00	0,62
Formignana	7	8	4,75	5,32	0	1	0,00	0,66
Tresigallo	11	11	4,63	4,59	2	3	0,84	1,25
<b>Distretto Centro Nord</b>	<b>480</b>	<b>462</b>	<b>5,47</b>	<b>5,25</b>	<b>56</b>	<b>58</b>	<b>0,64</b>	<b>0,66</b>
<b>Provincia</b>	<b>917</b>	<b>911</b>	<b>5,15</b>	<b>5,10</b>	<b>146</b>	<b>158</b>	<b>0,82</b>	<b>0,89</b>

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche - La tabella riporta i dati solo degli utenti residenti e utilizza la popolazione target 15-54 al 31 dicembre di ciascun anno di riferimento.

Lo scenario dei consumatori problematici di alcol si caratterizza per un andamento incrementale della domanda di trattamento, che conferma l'efficacia delle strategie di attrazione dei servizi caratterizzate dall'intervento di rete tra servizi pubblici e iniziative di volontariato (Alcolisti Anonimi, AlaNon, Club degli Alcolisti in trattamento). Infatti, la capacità di attrazione dei Centri Alcologici del Distretto Centro Nord si colloca al di sopra della media provinciale stabilizzandosi su tassi di incidenza che superano i 4 utenti ogni 10.000 abitanti (4,3/10.000). Sotto il profilo socio-anagrafico si tratta di una popolazione caratterizzata soprattutto da maschi (rapporto tra Maschi/Femmine a Ferrara 1,9:1; a Copparo 1,9:1), con un'età media di 48 anni per gli utenti del Centro Alcologico di Copparo e di 46 per gli utenti del Centro di Ferrara. I tassi di prevalenza e incidenza più elevati rispetto al valore medio provinciale si registrano nel comune di Copparo

(3,38/1000; 0,80/1000), si segnala inoltre la consistenza del fenomeno nei territori di Voghiera (2,84/1000) e Berra (2/1000).

UTENTI ALCOLDIPENDENTI	Totale Utenti residenti		Tasso di Prevalenza (‰)		Nuovi utenti residenti		Tasso di Incidenza (‰)	
	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004
Ferrara	136	134	1,60	1,58	37	34	0,44	0,40
Masi Torello	1	1	0,65	0,65	0	0	0,00	0,00
Voghiera	7	9	<b>2,84</b>	3,63	0	2	0,00	0,81
Copparo	38	33	<b>3,38</b>	2,89	9	9	<b>0,80</b>	0,79
Ro	3	5	1,30	2,11	1	2	0,43	0,84
Berra	7	8	<b>2,00</b>	2,25	0	2	0,00	0,56
Jolanda di Savoia	3	2	1,47	0,94	1	1	0,49	0,47
Formignana	3	3	1,62	1,59	1	1	0,54	0,53
Tresigallo	5	6	1,67	1,98	0	2	0,00	0,66
<b>Distretto Centro Nord</b>	<b>203</b>	<b>201</b>	<b>1,80</b>	<b>1,77</b>	<b>49</b>	<b>53</b>	<b>0,43</b>	<b>0,47</b>
<b>Provincia</b>	<b>364</b>	<b>384</b>	<b>1,61</b>	<b>1,70</b>	<b>96</b>	<b>112</b>	<b>0,42</b>	<b>0,49</b>

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche – La tabella riporta i dati solo degli utenti residenti e utilizza la popolazione target 15-64 al 31 dicembre di ciascun anno di riferimento

Il Servizio nel 2005, e in prospettiva nel 2006, gestisce una quota di utenza (residente e non) che complessivamente supera le 1.100 persone, infatti, questo corrisponde alle caratteristiche cliniche di cronicità tipiche dei problemi legati alle dipendenze patologiche.

UTENZA TOTALE	Ferrara		Copparo		Totale	
	2005	2004	2005	2004	2005	2004
<b>Utenti Tossicodipendenti</b>	<b>427</b>	<b>431</b>	<b>134</b>	<b>133</b>	<b>561</b>	<b>564</b>
nuovi utenti	71	66	14	20	85	86
utenti già in carico	356	365	120	113	476	478
<b>Utenti Alcolisti</b>	<b>179</b>	<b>184</b>	<b>55</b>	<b>55</b>	<b>234</b>	<b>239</b>
nuovi utenti	49	48	10	18	59	66
utenti già in carico	130	136	45	37	175	173
<b>Tabagisti</b>	<b>195</b>	<b>222</b>	<b>133</b>	<b>147</b>	<b>328</b>	<b>369</b>
nuovi utenti	66	129	59	73	125	202
utenti già in carico	129	93	74	74	203	167
<b>Giocatori d'Azzardo</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>19</b>
<b>Totale Utenti</b>	<b>812</b>	<b>856</b>	<b>322</b>	<b>335</b>	<b>1.134</b>	<b>1.191</b>

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche – Il totale degli utenti in carico è composto da soggetti residenti nel territorio di competenza e da soggetti provenienti da altri territori sia provinciali che extra-provinciali.

## Risultati 2005

Consolidamento del governo clinico dell'utenza multiproblematica attraverso il Sistema dei Servizi con un lavoro di progettazione integrata dei percorsi Ser.T./Comunità Terapeutica aderenti alle necessità dell'utente con particolare attenzione a nuove modalità di attuazione dei programmi, dei tempi di realizzazione e dell'ottimizzazione delle risorse.

Si prosegue attraverso strategie di miglioramento dei fattori sociali e delle condizioni di salute al fine di migliorare la qualità della vita attraverso l'integrazione nei Piani di Zona, dei progetti di reinserimento nel tessuto sociale per la popolazione tossicodipendente anche in uscita dal carcere.

Si è svolto, in riferimento al tabagismo, il piano di sensibilizzazione nelle fabbriche e negli enti pubblici finalizzato alla riduzione del consumo di tabacco nei luoghi di lavoro.

Prosecuzione degli obiettivi strategici riferiti al consumo di alcol nella popolazione giovanile con gli interventi nei luoghi del tempo libero, in collaborazione con Promeco.

L'elemento critico in evidenza, riguarda la presa in carico e la gestione degli utenti in doppia diagnosi (presenza di un quadro clinico relativo alla tossicodipendenza a cui si associa uno scompenso psichico precipitato dall'uso di sostanze).

In questi casi, il paziente necessita di un intervento specialistico, a volte di ricovero in una struttura, con tempi di permanenza anche lunghi, e variabili in relazione al persistere dei sintomi psichici. Il protocollo già in atto con il Servizio di Salute Mentale mostra ancora alcune lacune che devono essere colmate.

## Aree di miglioramento e obiettivi 2006-2007

I dati epidemiologici per l'anno 2005 ci offrono l'opportunità per alcune riflessioni.

Gli utenti in carico al Ser.T. sono una popolazione ormai stabile, infatti, tossicodipendenti-alcolisti seguiti dal servizio, o comunque in contatto.

La sfida che si pone quindi non è l'incremento numerico, ma la capacità di intercettare nuovi consumatori, soprattutto di sostanze stimolanti, e nuovi sperimentatori che utilizzano cocktail di sostanze ad azione eccitante/dispercettiva e alcol. Questo tipo di consumatore è occasionale e spesso perfettamente integrato nella sua routine lavorativa; il nostro compito è quello di prevenire danni alla salute derivati dall'uso di sostanze o l'insorgenza di una dipendenza patologica.

Un'altra importante considerazione è relativa al crescente consumo di alcol nelle fasce giovanili; nella maggioranza dei casi questo fenomeno si autolimita: il nostro intervento è teso a mettere in atto tutte le misure per facilitare la limitazione.

Continua la promozione nei luoghi di divertimento *Il guidatore di turno* incentrato sulla prevenzione degli incidenti stradali conseguente all'abuso alcolico attraverso la misurazione del tasso alcolico con l'etilometro e gli incentivi per il guidatore che non bevendo, porta a casa gli amici.

L'anno 2006 ha visto l'impegno di tutto il servizio per il potenziamento e lo sviluppo dell'integrazione dei percorsi terapeutici tra Ser.T. e privato sociale convenzionato (Comunità Terapeutiche) nell'ambito di un progetto qualità finalizzato all'accreditamento del Sistema dei Servizi.

Il progetto di accreditamento del Programma delle Dipendenze Patologiche, prevede una lettura complessiva dei bisogni e lo sviluppo di processi integrati, governati secondo i requisiti previsti dalle norme sull'accreditamento istituzionale dei servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna.

Le finalità, in un'ottica di sanità pubblica, sono rivolte alla prevenzione, cura e riabilitazione con la costruzione di modelli a completamento reciproco, per superare la frammentarietà dei servizi offerti e per la realizzazione di un sistema integrato pubblico/privato.

In attuazione delle linee guida regionali sui nuovi consumi di sostanze eccitanti e cocaina, si è avviato un progetto Ser.T./Azienda USL/Azienda Ospedaliera S. Anna che coinvolge la Direzione Sanitaria e i Reparti di Cardiologia, Pronto Soccorso, Ortopedia, SPDC (Servizio Psichiatrico)

Diagnosi e Cura) e Clinica Psichiatrica, con la costruzione di interfacce operative nel sistema di cura.

Questa interazione, con scambio di consulenze, offre la possibilità di intercettare nuovi consumatori di cocaina e psicostimolanti che non ritengono problematico il loro consumo, ma che possono presentare quadri clinici d'intossicazione acuta o aritmie cardiache, ipertensione, ictus, incidenti stradali e disturbi dell'umore, anche per consumi occasionali.

Si è costituito un gruppo di lavoro che permetterà la costruzione di una banca dati per monitorare questo fenomeno e l'avvio di percorsi di consulenza e di cura.

La sensibilizzazione degli operatori sanitari su questi temi si completa anche con un corso di formazione al colloquio motivazionale organizzato da formatori del Ser.T. per dare visibilità al progetto di costruzione della rete è stata organizzata una giornata di approfondimento dal titolo "Nuovi consumatori di sostanze stimolanti. Ferrara città eccitata?" alla fine di novembre 2006.

Un'altra importante iniziativa per la costruzione delle reti dei servizi è quella che riguarda i percorsi di cura e la presa in carico integrata per la fascia di età 16-24 anni. Questo passaggio dall'adolescenza alla maggiore età necessita di percorsi definiti tra servizi sanitari territoriali, servizio sociale, il reparto di pediatria dell'Ospedale S. Anna, la Neuropsichiatria Infantile, il Ser.T. e il Dipartimento di Salute Mentale per facilitare i contatti tra i professionisti che prendono in carico l'utente senza pericolose smagliature che possono rendere difficile il percorso di cura. È un progetto triennale che prevede la costruzione di un linguaggio comune, una cartella di presa in carico condivisa e la supervisione del processo istituzionale.

È previsto nel 2006 la prosecuzione del progetto *Lasciateci puliti e Prevenzione selettiva* nelle scuole medie inferiori e superiori con interventi nelle scuole attraverso i *Focus Group* sui comportamenti rischiosi in relazione al consumo di sostanze.

Nell'ambito di prevenzione primaria verrà incentivata la prosecuzione dei corsi dedicati ai genitori di adolescenti attraverso la collaborazione con le scuole, con i Centri per le famiglie e il Consultorio Giovani per la gestione dei conflitti, per aumentare le competenze del ruolo genitoriale nel rispetto dell'adolescente.

Tra i punti di forza va evidenziato l'adesione al progetto regionale SistER (Sistema Informativo Tossicodipendenze dell'Emilia-Romagna) che ha coinvolto tutti gli operatori nella fase di formazione e di implementazione del nuovo sistema di gestione della cartella clinica individuale degli utenti Ser.T. in rete geografica.

Tutti gli obiettivi sopradescritti troveranno attuazione nel biennio 2006-2007 compreso il progetto regionale *Alcol e lavoro*, nell'ambito delle politiche di prevenzione e promozione della salute in programmazione congiunta tra il servizio pianificazione e sviluppo dei servizi sociali e socio-sanitari e servizio di sanità pubblica. Il progetto ha la finalità di prevenire e ridurre le problematiche legate all'alcol negli ambienti di lavoro.



	Titolo dell'Obiettivo	Tipologia di Obiettivo
1	L'accreditamento del Programma delle Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Ferrara è finalizzato alla creazione di un sistema integrato dei servizi territoriali sul trattamento delle dipendenze patologiche.	L'obiettivo è trasversale
2	Sistema dei Servizi: proseguimento del lavoro di integrazione dei percorsi terapeutici pubblico-privato convenzionato (Ser.T. -C.T.). Verifica dei risultati attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro misto.	L'obiettivo è distrettuale
3	In attuazione delle linee guida regionali sui nuovi consumi di sostanze eccitanti e cocaina: realizzazione del progetto Ser.T. /Azienda USL/ Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara che coinvolge la Direzione Sanitaria e le Unità operative di Cardiologia, Pronto Soccorso, Ortopedia, SPDC e Clinica Psichiatrica sulla possibilità di intercettare nuovi consumatori di cocaina e psicostimolati. È programmato per l'anno 2007 il coinvolgimento degli ospedali sul territorio provinciale dell'Azienda USL.	L'obiettivo è distrettuale e trasversale
4	Prosegue l'iniziativa per la costruzione delle reti dei servizi che riguarda i percorsi di cura e la presa in carico integrata per la fascia d'età 16-24.	L'obiettivo è distrettuale
5	Progetti di Prevenzione: nelle scuole, per i genitori e nei luoghi di divertimento in collaborazione con PROMECO sui temi: Droghe—Alcol—Fumo.	L'obiettivo è distrettuale

### 3.1.9. Gli Anziani

La programmazione delle attività a sostegno della popolazione anziana viene effettuata in forma integrata con i comuni ed è oggetto di un accordo di programma che rappresenta il livello istituzionale dell'integrazione.

La gestione dell'accordo si realizza all'interno del Dipartimento delle Cure Primarie dove vengono erogate le attività sanitarie e socio-sanitarie integrate.

Negli ultimi anni si è consolidata nel territorio la rete di servizi per la popolazione anziana che è caratterizzata da un'ampia offerta di strutture residenziali e semiresidenziali collegate sia con l'assistenza domiciliare integrata che con le strutture di ricovero e di lungodegenza post-acuzie. Il Servizio Assistenza Anziani (SAA) rappresenta il punto principale di coordinamento e di accesso alla rete dei servizi e, attraverso l'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), valuta i bisogni delle persone anziane, predispone i progetti di cura e orienta all'utilizzo delle risorse della rete.

Le finalità dell'area anziani sono:

- la valorizzazione delle persone anziane, con particolare riferimento all'anziano "fragile";
- la promozione della salute;
- la valutazione multidimensionale dei bisogni dell'anziano;

la pianificazione, in integrazione coi Comuni, di interventi socio-sanitari volti alla prevenzione e alla cura della disabilità, alla riattivazione, al mantenimento dell'anziano a domicilio o alla erogazione di forme assistenziali integrate.

#### Popolazione Target

##### Ferrara

> 65 anni 36.692 pari a 26,4% della popolazione residente

> 75 anni 17.970 pari a 12,9% della popolazione residente

Per entrambe le fasce di età si è avuto un aumento di popolazione sia in termini assoluti che percentuali.

##### Copparo

> 65 anni: 10.526 pari a 27,8 % della popolazione residente

> 75 anni: 5.104 pari a 13,5 % della popolazione residente

Per entrambe le fasce di età si è avuto un aumento di popolazione sia in termini assoluti che percentuali.

Dati di attività area di Ferrara			
ATTIVITÀ e PROGETTI a Ferrara	Prestazioni 2004	Prestazioni 2005	INTEGRAZIONI
Consulenza geriatrica ambulatoriale	568 in regime ambulatoriale	559 in regime ambulatoriale	Altri Moduli Operativi. del Dip. Cure Primarie e Servizio Ospedaliero.
Unità di Valutazione Geriatria (UVG)	Valutazioni totali 802 di cui 596 in struttura	Valutazioni totali 1021, di cui 755 in struttura	Servizio Sociale, ADI, Nuclei delle Cure Primarie, Servizio Ospedaliero.
Coordinamento Sanitario delle Strutture Protette			Servizio Sociale, Enti Gestori delle strutture, Dipartimento di Sanità Pubblica

Dati di attività area di Copparo			
ATTIVITÀ e PROGETTI a Copparo	Prestazioni 2004	Prestazioni 2005	INTEGRAZIONI
Assistenza Sanitaria in RSA	114 ricoveri 11.120 giorni di degenza	104 ricoveri 10.979 giorni di Degenza	Presidio Ospedaliero, medici di medicina generale, ADI, Servizio Sociale.
Consulenza geriatrica ambulatoriale + Consulenza domiciliare	540 regime ambulatoriale 64 regime domiciliare	447 in regime ambulatoriale 93 regime domiciliare	Altri Moduli Operativi del Dip. Cure Primarie e Servizio Ospedaliero.
Consulenza specialistica c/o ambulatorio Demenze	464 circa	487 circa	Azienda Ospedaliera S. Anna, MMG, Servizio Ospedaliero, Servizio Sociale.
Unità di Valutazione Geriatria (UVG)	Valutazioni totali previste: 448, di cui 157 in strutture	Valutazioni totali previste: 430, di cui 302 in strutture.	Servizio Sociale, Nuclei Cure Primarie, ADI, Servizio Ospedaliero.
Coordinamento Sanitario delle Strutture Protette			Servizio Sociale Enti Gestori delle strutture

DATI DI ATTIVITÀ CASE PROTETTE E CENTRI DIURNI—FERRARA		
CASE PROTETTE convenzionate	2005	2004
case protette	8	8
posti letto	525	527
presenze al 1° giorno del trimestre	512	675
nuovi ingressi	155	147
dimessi	20	9
utenti deceduti	131	136
Totale giornate di degenza	185.806	186.263
Giornate di ricovero ospedaliero	2.695	2.607
ricoveri ospedalieri	305	306
<b>Centri diurni convenzionati</b>		
centri diurni	1	1
posti	55	55
nuovi ingressi	24	38
giornate di presenza	11.903	11.768

DATI DI ATTIVITÀ CASE PROTETTE E CENTRI DIURNI- COPPARO		
<b>CASE PROTETTE convenzionate</b>	<b>2005</b>	<b>2004</b>
case protette	2	2
posti letto	115	105
presenti al 1° giorno del trimestre	105	105
utenti totali	136	130
nuovi ingressi	38	27
dimessi	4	1
utenti deceduti	24	26
Totale giornate di degenza	39.302	37.639
<b>Centri diurni convenzionati</b>		
centri diurni	2	2
posti	20	20
nuovi ingressi	13	15
giornate di presenza	4.146	4.829

DATI DI ATTIVITÀ RSA FERRARA		
	<b>2005</b>	<b>2004</b>
R.S.A.	3	4
Posti letto effettivi/attivati	95	95
presenti al 1° giorno del trimestre	70	89
nuovi ingressi	336	223
Totale giornate di degenza	30.279	26.191
Giornate di ricovero ospedaliero	1.034	393
ricoveri ospedalieri	147	55
dimessi	209	143
utenti deceduti	107	73
utenti totali	406	304

DATI DI ATTIVITÀ RSA COPPARO		
	2005	2004
R.S.A.	1	1
posti letto effettivi/attivati	40 (33)	40
presenti al 1° giorno del trimestre	28	27
nuovi ingressi	104	114
Totale giornate di degenza	10.979	11.120
Giornate di ricovero ospedaliero	75	152
ricoveri ospedalieri	10	19
utenti totali	132	141
dimessi	84	100
utenti deceduti	15	13

COMUNE	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2005	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2004
FERRARA	469	419
VOGHIERA	19	0
MASI TORELLO	13	15
<b>TOTALE</b>	<b>501</b>	<b>434</b>

COMUNE	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2005	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2004
COPPARO	52	51
RO	11	12
BERRA	23	21
JOLANDA DI SAVOIA	26	17
FORMIGNANA	10	9
TRESIGALLO	16	16
<b>TOTALE</b>	<b>138</b>	<b>126</b>

La crescente pressione sull'attività dell'Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) di Tresigallo e su quella dell'UVG di Ferrara, causata soprattutto dalla necessità di dare rapida risposta ai percorsi di dimissione difficile dall'ospedale, hanno determinato una lieve diminuzione delle prestazioni dell'ambulatorio specialistico geriatrico.

I dati riguardanti le Case Protette convenzionate dimostrano una sostanziale stabilità per quanto riguarda Ferrara, mentre il graduale aumento dei posti letto nell'area di Copparo ha consentito un notevole aumento delle giornate di degenza e dei nuovi ingressi. Nel corso del 2005 è stata attuata una prima riorganizzazione delle RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale), diminuite di numero per la chiusura dei nuclei della Quisisana e della Salus e per l'apertura della nuova RSA S. Chiara (55 posti letto). Tale situazione, unita alla maggior gravità delle condizioni cliniche degli utenti inseriti, ha sostanzialmente modificato i dati di attività rispetto al 2004; si è rilevato un aumento delle giornate di degenza, ma sono aumentati i ricoveri. Tale criticità dovrebbe essere superata riattivando l'équipe medica della Unità Operativa Socio-Sanitaria con l'inserimento di un medico.

## Risultati 2005

Nel corso del 2005 sono stati intrapresi alcuni progetti innovativi:

- Superamento dei nuclei di RSA inseriti nelle Case Protette convenzionate e contestuale attivazione dei Nuclei ad Alta Attività Assistenziale.
- Regolamento operativo del Nucleo Demenze del Centro Servizi alla Persona.
- Progettazione e organizzazione del *Progetto Memoria* in collaborazione con il Coordinamento dei Centri Sociali e con i servizi sociali dei comuni del distretto.

I progetti correlati ai Piani per la Salute sono stati in buona parte realizzati. In particolare si conferma la piena attuazione dei programmi di sostegno ai *caregiver*, sia al momento della dimissione dalla RSA, sia per quanto riguarda i ricoveri di sollievo nelle strutture.

Inoltre le Unità di Valutazione Alzheimer hanno provveduto alla distribuzione diretta dei farmaci e hanno adeguato alle esigenze degli utenti il percorso di approfondimento diagnostico.

Sono stati definiti alcuni protocolli di miglioramento dell'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali per anziani ed è stata monitorata la loro applicazione.

Tutte le attività socio-sanitarie del comune di Voghiera sono state prese in carico dalla Unità Operativa Socio-Sanitaria del distretto Centro Nord.

## Aree di Miglioramento e Obiettivi 2006-2007

Le criticità relative all'integrazione socio-sanitaria stanno trovando un percorso positivo grazie all'istituzione dell'Ufficio Comune che consentirà un miglioramento dei servizi dedicati alle persone anziane attraverso:

- un corso di formazione per tutte le figure professionali coinvolte nella sperimentazione;
- la realizzazione di progetti personalizzati per anziani a domicilio o residenti in strutture non convenzionate;
- la definizione di protocolli per migliorare l'assistenza sanitaria nelle Case Protette convenzionate e successive verifiche;
- la predisposizione del Punto Unico di Accesso, con lo sviluppo di apposito programma informatico (Garsia);

Permangono, invece, grandi difficoltà nell'interazione tra strutture ospedaliere e territoriali. In particolare l'elevato numero di richieste di dimissioni difficili dall'Azienda Ospedaliera S. Anna, e la loro inappropriately, penalizza l'attività valutativa domiciliare, allungando i tempi di attesa. Tale situazione dovrebbe migliorare con un'adeguata informazione dei medici ospedalieri e l'effettiva applicazione di protocolli, alcuni dei quali già concordati.

Nel biennio 2006-2007 si realizzeranno importanti obiettivi sanitari, socio-sanitari e di organizzazione della rete.

Per quanto riguarda l'area delle strutture residenziali sono previste: la chiusura dei moduli di inseriti nelle Case Protette convenzionate, l'attivazione di due nuclei ad alta intensità assistenziale, il rafforzamento delle azioni di coordinamento sanitario e di verifica, l'applicazione del regolamento operativo del nucleo demenze del Centro Servizi alla persona con supervisione di un geriatra della Unità Operative, l'aumento di 5 posti letto nelle Case Protette convenzionate (Copparo) a completamento dell'ampliamento iniziato dal 01 luglio 2005 (10 posti letto) e di 5 posti letto a Ferrara. Inoltre per riequilibrare e stabilizzare i dati di attività delle RSA di Ferrara sarà presa in carico dalla Unità Operativa Socio-Sanitaria l'attività clinica della RSA S. Chiara (55 posti letto). Sono previsti anche l'ampliamento dell'offerta dell'attività specialistica geriatrica ambulatoriale (numero di accessi e sedi) e domiciliare (protesica), la prosecuzione della distri-

buzione diretta dei farmaci e il rafforzamento dei percorsi di valutazione neuro-psicologica di secondo livello presso l'UVA. Molto importante è garantire la continuità dei progetti di promozione della salute, in particolare quelli legati alla realizzazione degli incontri sulla memoria e quelli relativi al sostegno psicologico e assistenziale al *caregiver*. A supporto di queste attività sarà fondamentale promuovere percorsi formativi integrati, come, ad esempio, il corso provinciale sulle tecniche di stimolazione cognitiva previsto dal Piano Regionale per le Demenze.

### Tabella riassuntiva degli obiettivi 2006-2007

A	Ufficio Comune	L'obiettivo è distrettuale
B	Riduzione dei moduli di RSA e attivazione dei nuclei AIA	L'obiettivo è distrettuale
C	Miglioramento del coordinamento sanitario e delle verifiche nelle Case Protette	L'obiettivo è distrettuale
D	Aumento di 5 posti letto convenzionati nelle Case Protette di Tresigallo e Copparo e 5 a Ferrara	L'obiettivo è distrettuale
E	Distribuzione diretta dei farmaci e testistica nelle UVA	L'obiettivo è distrettuale
F	Attuazione del regolamento del Nucleo demenze del Centro Servizi alla Persona	L'obiettivo è trasversale
G	Progetti integrati di formazione	L'obiettivo è trasversale
H	Sostegno al <i>caregiver</i>	L'obiettivo è trasversale e svolto in collaborazione coi Piani per la Salute
I	Promozione della salute ( <i>Progetto Memoria</i> )	L'obiettivo è distrettuale
L	Assistenza medica presso RSA S. Chiara	L'obiettivo è distrettuale
M	Aumento attività specialistica ambulatoriale e domiciliare	L'obiettivo è distrettuale

### 3.1.10 I Disabili Adulti

La programmazione nell'area della disabilità è oggetto di accordo di programma tra Azienda Sanitaria e i Comuni del Distretto ed è supportata da un tavolo di programmazione provinciale. Ciò risponde alla necessità di dare alla rete dei servizi per disabili una programmazione a lungo termine per superare la frammentazione delle risposte, definendo strumenti e azioni in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei soggetti disabili e alle loro famiglie.

Il punto di accesso alla rete dei servizi è costituito dall'UVAR (Unità di Valutazione delle Abilità Residue) che opera a livello distrettuale e che propone soluzioni assistenziali diversificate sulla base delle necessità della persona.

#### Popolazione Target

Si ritiene più opportuno indicare la popolazione target come quella compresa tra i 18 e i 64 anni:

Ferrara: 86.325

Copparo: 23.226

La valutazione degli utenti fino a 25 anni di età è eseguita dall'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva (NPEE), gli altri sono in carico all'Unità Operativa Socio-Sanitaria (Modulo Operativo Disabili-Modulo Operativo Anziani).

UTENTI DI STRUTTURE PER DISABILI IN AMBITO PROVINCIALE ED EXTRA-PROVINCIALE—Dati di Attività 2004 e 2005						
Distretto <b>Centro Nord</b>	Utenti ospitati in strutture semiresidenziali provin- ciali al		Utenti ospitati in strutture residenziali provinciali al		Utenti ospitati in struttu- re extraprovinciali al	
	31/12/2005	31/12/2004	31/12/2005	31/12/2004	31/12/2005	31/12/2004
Area Ferrara	67	76	40	15	10	1
Area Copparo	31	28	11+2	14	1	1
<b>Totale</b>	98	104	53	29	11	2

#### Posti Convenzionati Per Disabili – Ferrara Anno 2005

	Navarra	San Martino	XX Settembre Residenziali	Centro Residenziale Zanetta	Rivana
Posti Convenzionati	25	20	10	6	23
Posti	26	20	10	6	25
Giornate di aperture	241	244	365	31	232
Giornate di presenza	4.226	3.610	2.677	100	4.139



## Posti Convenzionati Per Disabili – Ferrara Anno 2004

	Navarra	San Martino	XX Settembre residenziali	XX Settembre Semiresid.*	Rivana
Posti Convenzionati	25	20	10	10	20
Posti	25	18	10	7	18
Giornate di aperture	236	249	366	236	236
Giornate di presenza	4.030	4.040	2.015	1.093	3.766

\* Non è stata considerata l'emergenza diurna.

ATTIVITÀ UVAR FERRARA	2005			2004		
	SEDUTE UVAR n. 54 Valutaz. complessive n. 132			SEDUTE UVAR n. 61 Valutaz. Complessive n. 131		
	TOTALE	di cui minori	di cui adulti	TOTALE	di cui minori	di cui adulti
Utenti valutati	124	11	113	97	15	82
Primi casi	16	2	14	17	12	5
Nuove ammissioni Centri Semi Residenziali	7	3	4	5	5	0
Dimessi con progetto assistenziale	2	2	0	11	4	7
Invio ad altro servizio	4	1	3	6	4	2
Inserimento in struttura residenziale	2	0	2	3	2	1

ATTIVITÀ UVAR COPPARO	2005			2004		
	SEDUTE UVAR n. 31 Valutaz. Complessive n. 100			SEDUTE UVAR n. 23 Valutaz. Complessive n. 62		
	TOTALE	di cui minori	di cui adulti	TOTALE	di cui minori	di cui adulti
Utenti valutati	80	11	69	57	9	48
Primi casi	9	0	3	13	7	5
Nuove ammissioni CSR	0	0	0	4	2	2
Dimessi con progetto assistenziale	2	0	2	9	2	7
Invio ad altro servizio	0	0	0	5	2	3
Inserimento in struttura residenziale	1	0	1	2	0	2

Con l'aumentare dell'età degli utenti e dei loro familiari si registra una maggior richiesta di inserimenti in Centri Residenziali. Si segnala un aumento significativo dell'attività dell'UVAR nel 2005 nel Distretto Centro Nord.

Posti Convenzionati per disabili area Copparo								
	Boschetti Residenziale						Boaretti – Biffi Semi Residenziale	
	Utenti Copparo		Utenti Ferrara		Totale		2005	2004
	2005	2004	2005	2004	2005	2004		
Posti convenzionati	11	11	*4	4	15	15	33	33
Posti effettivi Utilizzati	11	11	4	4	15	15	31	30
Giornate aperture dichiarate	365	365	365	366	365	366	458	467
Giornate di presenza	4.029	4.012	1244	1.409	5.273	5.421	5.170	5.523

### Risultati 2005

Per quanto riguarda i principali obiettivi del 2005, previsti dal coordinamento aziendale dei servizi socio-sanitari, si segnala quanto segue:

- il lavoro del tavolo provinciale disabilità è praticamente concluso;
- i protocolli operativi per i centri socio-riabilitativi diurni a gestione diretta dell'Azienda USL sono stati realizzati;
- sono state eseguite le verifiche da parte del gruppo tecnico aziendale per la verifica dell'appropriatezza dei servizi resi nei Centri Semi Residenziali, diurni e residenziali, con la compilazione di apposita scheda;
- è stata attivata dal mese di ottobre 2005 la convenzione con il Centro Residenziale (Casa Famiglia) La Zanetta a Baura;
- è stato definito nell'area di Copparo il punto unico di accesso alla rete dei servizi integrati;
- è stato realizzato il progetto *Laboratorio di formazione al teatro* per persone disabili;
- è stato presentato al Ministero il progetto di collaborazione tra il Servizio civile Nazionale e il Centro Semi Residenziale di San Martino, per migliorare l'assistenza ai disabili,
- è stato realizzato il progetto di attività ippoterapica per disabili adulti.

### Aree di Miglioramento e Obiettivi 2006-2007

Anche per il biennio 2006-2007 sono previsti alcuni progetti integrati tra Azienda USL, Comuni, Associazioni di volontariato e di familiari. Alcuni di questi sono finalizzati ad integrare le normali attività svolte nei Centri Semi Residenziali, ad esempio l'attività ippoterapica e il laboratorio di formazione teatrale. Altri progetti sono di natura organizzativa, come la predisposizione e somministrazione di un questionario di gradimento in tutti i Centri Semi Residenziali, la rielaborazione del regolamento di struttura del Centro di San Martino, il nuovo progetto di collaborazione con il Servizio Civile, il protocollo per i ricoveri di sollievo presso la residenza di Jolanda di Savoia (1-2 posti riservati) e, infine, il superamento dell'UVAR con l'attivazione dell'EVOD.

#### Tabella riassuntiva degli obiettivi 2006-2007

1	Predisposizione e somministrazione di un questionario di gradimento in tutti i CSR provinciali.	L'obiettivo è trasversale
2	Rielaborazione del regolamento di struttura del CSR di	L'obiettivo è trasversale
3	Progetto di collaborazione con il Servizio Civile.	L'obiettivo è trasversale
4	Prosecuzione dell'attività ippoterapica e del laboratorio teatrale per disabili adulti.	L'obiettivo è trasversale
5	Protocollo per i ricoveri di sollievo presso la residenza di	L'obiettivo è trasversale
6	Attivazione dell'EVOD (superamento dell'UVAR)	L'obiettivo è trasversale

## 3.2 Integrazione socio-sanitaria nei Piani di Zona, Piani Per la Salute e Programma delle Attività Territoriali per gli anni 2006/2007

Per favorire l'integrazione progettuale e operativa tra Piano di Zona (PdZ), Piano per la Salute (PPS) e Programma delle Attività Territoriali (PAT) è stato istituito sperimentalmente un tavolo tecnico composto da alcuni rappresentanti dei Comuni del Distretto, un medico del Dipartimento di Cure Primarie del Distretto, una componente aziendale dei Piani per la Salute, con il compito di individuare le aree comuni di intervento prese in esame nei tre documenti. Questo consentirà successivamente un'integrazione programmatica e di orientamento strategico attraverso strumenti istituzionali coerenti.

Dall'analisi effettuata dal gruppo di lavoro emerge che nel PAT è contenuta tutta la progettualità dei PPS, così come la programmazione dei servizi socio-sanitari distrettuali, definita dall'accordo di programma tra Azienda Sanitaria e Comuni del Distretto e contenuta nel Piano di Zona 2005-2007 (parte attuativa del Piano per il 2006).

Il gruppo di lavoro ha predisposto una griglia all'interno della quale sono state riportati obiettivi e azioni del PdZ e le aree di intersezione con PAT e PPS.

Si riportano sinteticamente le principali azioni.

### Nell'area minori e genitorialità:

- estendere al territorio distrettuale il Progetto *Una casa per Pollicino* in collegamento con i Piani per la Salute attraverso l'utilizzo di un regolamento di accesso alle case ACER per famiglie con bambini tra i 0-3 anni che vivono in abitazioni insalubri;
- spostare l'asse di intervento, troppo orientato alla cura, sulla prevenzione;
- proseguire l'attività rivolta ai genitori di adolescenti attraverso la collaborazione con le scuole per aumentare le competenze del ruolo genitoriale nel rispetto dell'adolescente da parte del Ser.T. e Consultorio Giovani;
- potenziare le progettualità intersettoriali alla luce delle criticità emerse attraverso l'applicazione di una procedura unica di intervento nelle attività socio-sanitarie integrate dell'area minori (Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza-Servizi Sociali) e l'utilizzo di protocolli operativi (es. segnalazione presunti abusi e maltrattamenti);
- monitorare le proposte di attività extra scolastiche per la prevenzione del disagio, della dispersione e dell'integrazione scolastica dei minori stranieri;
- sviluppare azioni di sostegno e coordinamento di associazionismo e volontariato familiare attraverso gruppi di mutuo aiuto di genitori di bambini disabili (PPS, SMRIA);
- incrementare servizi per l'accoglienza e interventi di sostegno dei genitori stranieri con bambini piccoli (Spazio Donne Immigrate e loro bambini).

### Nell'area domiciliarità:

- proseguire con gli interventi nell'ambito del progetto *Memorial training*;
- aggiornare la mappatura dei servizi e la loro messa in rete per favorire una migliore identificazione degli interventi e maggiore capillarità nell'erogazione degli stessi; predisposizione del PUA e utilizzo del programma Tarsia;
- favorire il protagonismo dei Centri Sociali per l'attività di socializzazione con la realizzazione di incontri in collaborazione con ANCESCAO;
- promuovere iniziative formative per qualificare la professionalità delle operatrici straniere che svolgono lavori di cura al domicilio con coinvolgimento di personale sanitario;

- proseguire nell'erogazione degli assegni di cura;
- proseguire delle attività di sostegno al *caregiver* alla dimissione dalla Residenza Sanitaria Assistenziale, sostegno psicologico ai famigliari dei pazienti affetti da UVA e monitoraggio dei "posti di sollievo" disponibili nelle strutture;
- realizzare percorsi formativi a favore di *caregiver* di persone non autosufficienti.
- estendere il protocollo per le dimissioni protette a tutti i reparti dell'Ospedale S. Anna e alle Case di Cura;
- proseguire il progetto di integrazione nell'assistenza domiciliare fra operatori sanitari e sociali (dopo Copparo e Ponte-Barco estensione alla circoscrizione di via Bologna);
- continuare le attività formative sul tema della valutazione nell'ambito delle demenze;
- riconfermare il raccordo di rete sul tema delle demenze fra Centri esperti, Comuni, IPAB, Azienda USL, Ospedale S. Anna, Centri formazione e AMA;
- proseguire nell'attività di sostegno dei *caregiver* attraverso corsi formativi rivolti a *caregiver* formali e informali, sostegno individuale anche psicologico e promozione di gruppi di auto/mutuo aiuto.

**Nell'area autonomia:**

- promuovere l'attivazione dell'EVOD con superamento dell'UVAR approfondendo i contenuti della valutazione multidimensionale per l'elaborazione dei progetti di vita;
- aumentare l'offerta di servizi di informazione, consulenza, accompagnamento in ambito scolastico e predisporre protocolli tra servizi ed enti per migliorare l'accesso agli stessi;
- promuovere percorsi di formazione per facilitatori di gruppi di auto-aiuto;
- organizzare itinerari certi di integrazione post-scolastica (formazione, lavoro, laboratori protetti, CSR);
- mantenere il progetto di sostegno al *caregiver* del paziente psichiatrico;
- mantenere l'erogazione dell'assegno di cura per i pazienti "gravissimi" (del 2068 del 2004) e sviluppare azioni tendenti al raggiungimento dei maggiori livelli possibili di autonomia personale nella gestione della vita quotidiana anche in condizioni di estrema gravità;
- rivalutare i CSR con rielaborazione dei regolamenti di struttura, predisposizione e somministrazione di un questionario di gradimento;
- realizzare i protocolli per i ricoveri di sollievo nelle residenze;
- consolidare e formalizzare la progettualità congiunta sociale e sanitaria per inserimenti lavorativi mirati;
- attivare/mantenere i laboratori protetti;
- sperimentare una gestione distrettuale delle risorse residenziali;
- sostenere e allargare le esperienze dei gruppi di auto/mutuo aiuto.

**Nell'area inclusione sociale socio-sanitaria:**

- realizzare forme di accoglienza che tengano conto di alcune specificità: minori, donne sole con figli, persone multiproblematiche, badanti, etc. attraverso la condivisione di protocolli per l'assistenza sanitaria (*Convenzione donne e giustizia, Viale K ecc.*).
- proseguire l'attività del Tavolo Sanità-Immigrazione;
- migliorare l'attività sanitaria di base a favore dei cittadini immigrati (Spazio Donne Immigrate e loro bambini, diffusione della guida per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale in collaborazione con il CSII);
- mantenere l'intervento degli Operatori di strada;
- potenziare la mediazione linguistica e culturale nei servizi socio-sanitari;

- prevenzione all'uso delle sostanze anche attraverso l'educazione tra pari;
- chat-line sulle sostanze psicoattive;
- promuovere il guidatore di turno;
- proseguire il progetto *Lasciateci puliti* e *Prevenzione selettiva* nelle scuole medie inferiori e superiori con interventi sui comportamenti rischiosi in relazione al consumo di sostanze;

#### **Nell'area adolescenti e giovani:**

- ampliare e consolidare la gamma degli interventi a sostegno delle difficoltà nella crescita;
- costruire e consolidare una rete di servizi che si occupano di disagio adolescenziale per creare una sinergia nell'analisi delle domande e nelle metodologie di intervento;
- sviluppare interventi di consulenza e formazione degli operatori che operano con gli adolescenti in contesti informali e formali sulle tematiche che riguardano caratteristiche adolescenziali, la relazione educativa, il bullismo, le droghe, la progettazione con gli adolescenti;
- implementare le attività di orientamento e prevenzione della dispersione scolastica attraverso il sostegno ai genitori dei ragazzi disabili;
- garantire il mantenimento del benessere sociale degli adolescenti anche attraverso interventi di educazione stradale e promuovendo il protagonismo e la creatività degli adolescenti.

### 3.3 L'Ufficio Comune

#### La sperimentazione dell'Ufficio Comune per l'integrazione socio-sanitaria e per la gestione del Fondo per la non autosufficienza nel Distretto Centro Nord

L'Ufficio Comune per la non autosufficienza e l'integrazione socio-sanitaria è formalmente attivo dal 15 maggio 2006. Da allora si è affermato come strumento in grado di dare continuità al percorso, da tempo attivato nel Distretto Centro Nord della Azienda USL di Ferrara, di qualificazione del sistema di integrazione socio-sanitaria e di condivisione (tra Azienda USL e Comuni) dello strumento principale di pianificazione locale, il Piano Sociale di Zona, rispetto al quale l'Ufficio Comune rappresenta uno strumento di declinazione annuale degli obiettivi.

L'Ufficio Comune sta, inoltre, assolvendo il mandato di sperimentare modalità gestionali del Fondo per la non autosufficienza, istituito a seguito della approvazione della Legge Regionale 27/2004, art. 51.

La sperimentazione è tarata localmente anche per fornire alla Regione gli strumenti per orientare le future scelte di propria pertinenza di stabilizzazione del Fondo quali:

- la definizione delle tipologie di prestazioni che rientrano nella non autosufficienza;
- la definizione dei criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza;
- l'indicazione dei criteri distributivi del Fondo.

Su questi temi, oggetto del lavoro tecnico preparatorio dell'Ufficio Comune, si conferma che la sperimentazione locale ha una valenza anticipatrice e innovativa.

L'esperienza in corso si colloca in un iter programmatico e gestionale condiviso: la determinazione del Fondo è fatta annualmente dall'Ufficio di Piano, di cui formalmente fa parte l'Ufficio Comune, all'interno del Piano Sociale di Zona, ed è approvato dal Comitato di Distretto (che comprende tutti i Comuni del Distretto), d'intesa col Direttore di Distretto.

I primi mesi di attività dell'Ufficio Comune confermano la sua natura di **organismo tecnico in staff al Direttore di Distretto**, privo di autonomia giuridica e statutaria, deputato a supportare la programmazione dei servizi e delle attività socio-sanitarie, nella visione dell'integrazione. Sta assolvendo una funzione primaria di strumento tecnico per la gestione del Fondo per la non autosufficienza, ma avendo come centrale la *mission* di promuovere, monitorare, valutare, migliorare e consolidare i processi destinati a realizzare le varie forme di integrazione socio-sanitaria.

La sperimentazione attivata conferma le diverse funzioni dell'Ufficio Comune: il **supporto alla funzione programmatica** e l'esercizio di **funzioni organizzative, gestionali, operative, di valutazione di qualità**.

## Funzione di programmazione

La programmazione predisposta nei Piani di Zona è triennale. Nell'ipotesi sperimentale proposta, il soggetto tecnico cui viene demandato il compito di sviluppare l'articolazione annuale del Piano di Zona per l'area dei servizi socio-sanitari è individuato nell'Ufficio Comune per la integrazione socio-sanitaria. Il riferimento esplicito al Piano di Zona dà conto chiaramente dei rapporti che intercorrono tra Ufficio Comune e l'Ufficio di Piano, altro strumento tecnico di programmazione, anche se le priorità di indirizzo restano proprie dei Comuni del Distretto e dell'Azienda Sanitaria Locale.

## Funzione gestionale

La funzione gestionale dell'Ufficio Comune non si traduce in gestione diretta di servizi: non è un nuovo soggetto gestore.

La funzione gestionale è correlata alle modalità applicative del Fondo per la non autosufficienza, con le seguenti competenze (le più significative):

- individuazione e definizione di standard di qualità per i servizi e le prestazioni;
- intervento sulla continuità assistenziale;
- regolazione dei rapporti con il Terzo Settore;
- verifica sulla congruità di utilizzo delle risorse che compongono il Fondo;
- acquisizione di tutte le funzioni attualmente svolte dal Sistema Assistenza Anziani (SAA);
- monitoraggio dei servizi perché vengano svolti secondo equità e appropriatezza;
- ricognizione delle risorse territorialmente disponibili (analisi del consolidato storico);
- formazione del personale per sostenere il cambiamento e l'integrazione delle competenze.

La funzione gestionale del Fondo si esercita attraverso un ruolo proponente e istruttorio rispettivamente verso il Direttore di Distretto, per le competenze sanitarie, e verso i dirigenti dei Comuni o loro Associazioni, per le competenze sociali.

L'Ufficio Comune gestisce l'insieme delle risorse destinate alla non autosufficienza provenienti da fondi regionali sanitari e sociali e da risorse proprie destinate dai Comuni, come indicato nel 3° comma dell'art. 51 della Legge Regionale 27/2004 (Finanziaria): "costituiscono fonti di finanziamento ordinarie del fondo: risorse del fondo sociale e del fondo sanitario regionale, risorse statali finalizzate e ulteriori risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale. Al fondo possono afferire eventuali risorse di altri soggetti. Alla realizzazione degli obiettivi di cui al comma 2 concorrono altresì risorse proprie appositamente destinate dai Comuni nei propri strumenti di bilancio annuale e pluriennale."

## Funzione regolativa di sistema

L'Ufficio Comune diventa garante della costituzione e del funzionamento delle reti integrate dei servizi socio-sanitari e, in tal modo, si delinea come soggetto che pensa e propone percorsi di miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria:

- si preoccupa di costruire uniformità assistenziale;
- si preoccupa dell'efficacia e dell'efficienza della rete degli interventi;
- si occupa della continuità e della coerenza con gli orientamenti politico-istituzionali;
- promuove, verifica e valuta tutte le forme dell'integrazione professionale.

## 2006: l'avvio della sperimentazione

I temi principali affrontati nella fase di avvio della sperimentazione sono stati :

- la proposta dei criteri di accesso al fondo;
- l'individuazione delle prestazioni e dei servizi contenuti nel fondo;
- la determinazione del costo dei servizi e delle prestazioni;
- la predisposizione di un software per la gestione dei dati;
- l'organizzazione di un percorso formativo per operatori sociali e sanitari;
- l'indicazione di alcuni processi sui quali riformulare o adeguare l'integrazione socio-sanitaria:
  - l'unificazione del coordinamento distrettuale delle funzioni attribuite al Sistema di Assistenza Anziani;
  - il percorso delle dimissioni protette;
  - la domiciliarità;

### Ambiti dell'avvio della sperimentazione rispetto alle funzioni dell'Ufficio Comune

Relativamente alla **funzione gestionale** dell'Ufficio Comune applicata alle modalità di impiego del Fondo per la non autosufficienza.

- Ambito di verifica della congruità di utilizzo delle risorse che compongono il Fondo per la non autosufficienza:
  - è stato elaborato un modello economico di riferimento per la determinazione dei costi delle prestazioni e dei processi correlati al Fondo per la non autosufficienza. La conoscenza del valore economico consentirà di seguire le dinamiche che informano l'erogazione dei servizi e la creazione di un flusso informatico che permetta di effettuare in maniera adeguata la attribuzione delle risorse e l'individuazione di eventuali inefficienze o iniquità di erogazione.
- Ambito di messa in rete di tutti i dati disponibili di conoscenza in ambiente socio-sanitario:
  - è stato predisposto un censimento dei dati attualmente disponibili in ambito socio-sanitario con l'esplicitazione delle fonti dati, delle modalità di elaborazione e della periodicità di elaborazione.
- Ambito di acquisizione delle funzioni attualmente svolte dal Sistema di Assistenza Anziani:
  - un gruppo tecnico sociale e sanitario sta predisponendo un modello di verifica delle attuali funzioni e competenze del Sistema di Assistenza Anziani e la proposta di un coordinamento unico distrettuale.
- Ambito della formazione del personale per l'integrazione delle competenze:
  - la formazione integrata ha coinvolto 44 operatori dell'Azienda USL e dei Comuni. È articolata secondo un modello di interscambio di competenze utili a supportare l'individuazione delle criticità nei processi socio-sanitari, la definizione di piani di azione coerenti e l'individuazione di un sistema di monitoraggio utile per la verifica periodica dei risultati. Dopo una prima fase plenaria di competenza sulle funzioni generali attribuite all'Ufficio Comune, la formazione si è articolata in gruppi tematici sugli obiettivi 2006, ovvero il processo delle dimissioni protette e un coordinamento del Sistema di Assistenza Anziani unico distrettuale.
- Ambito di realizzazione del sistema informativo per la gestione del Fondo per la non autosufficienza:
  - CUP 2000 ha progettato il sistema informativo finalizzato alla gestione del Fondo, ma anche modalità di integrazione dei processi socio-sanitari definiti dall'Ufficio Comune. Le attività di analisi del sistema riguardano:



- la costituzione di un catalogo delle prestazioni e dei processi;
- l'assegnazione dei costi delle prestazioni e dei processi;
- l'assegnazione dei processi e delle prestazioni per utenti assistiti.

Al momento attuale il modello è già in fase esecutiva. Avendo assunto un anno di riferimento (2004) per la immissione dei dati sociali e sanitari, già realizzata, il modello è in fase di assestamento operativo.

Relativamente alla **funzione regolativa di sistema** a garanzia della costituzione e del funzionamento delle reti integrate.

- Ambito della continuità e coerenza con gli orientamenti politico-istituzionali:
  - tale ambito, tra i compiti prevalenti dell'Esecutivo dell'Ufficio Comune, si è articolato sia attraverso l'approvazione della costituzione dell'Ufficio Comune nei Consigli Comunali e per la AUSL, che attraverso la calendarizzazione della periodicità della verifica del Comitato di Distretto Centro Nord, della relazione con il Comitato di Qualità dell'Ufficio Comune, della verifica della sperimentazione con le Organizzazioni Sindacali e della relazione informativa con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.
- Ambito della promozione e verifica di tutte le forme dell'integrazione professionale:
  - nel corso del 2006 è verificabile oggettivamente la crescita delle occasioni di incontro e confronto tra operatori sociali e sanitari. Oltre la partecipazione a momenti formativi e gruppi tecnici di lavoro, cresce la condivisione degli obiettivi e la condivisione di un linguaggio progettuale di segno nuovo e integrato.

## 3.4 La Sanità Pubblica

### 3.4.1. Igiene Pubblica

#### Sorveglianza delle malattie infettive

La sorveglianza delle malattie infettive è parte integrante dell'attività del Dipartimento della Sanità Pubblica, a partire dalla segnalazione dei casi e dall'inchiesta epidemiologica (ricerca della fonte di infezione, identificazione di casi e di contatti, circoscrizione dell'evento, ecc.) che aderisce inoltre a tutti i sistemi di sorveglianza speciali (tubercolosi, epatite, legionella, meningite, ecc.).

Dall'anno in corso è stato introdotto un nuovo sistema di segnalazione regionale, il *Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale*, che ribadisce la centralità del ruolo del Dipartimento della Sanità Pubblica nel controllo delle patologie infettive.

Il nuovo sistema, già comunicato a tutti i soggetti interessati (direzioni sanitarie, medici di medicina generale, laboratoristi, ecc.) è in corso di definizione per quel che riguarda ambiti, percorsi e responsabilità.

Sono previste iniziative di formazione per il personale interessato (quella rivolta al personale del Dipartimento della Sanità Pubblica è già stata attuata) che saranno completate entro l'anno.

- Il controllo delle malattie infettive passa anche attraverso le seguenti attività:
- l'ambulatorio per viaggiatori. Prevenzione dei rischi infettivologici associati ai viaggi internazionali, sia attraverso la profilassi vaccinale, sia attraverso consigli comportamentali;
- l'attività di screening rivolta a categorie a rischio, specifiche per alcune patologie;
- l'attività vaccinale;
- progetti di formazione/informazione.

#### Vaccinazioni

Continua l'ottimizzazione dell'offerta attiva di vaccinazioni a persone con rischio aumentato, anche attraverso strategie collaborative con l'Azienda Ospedaliera, il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, i medici di medicina generale e gli specialisti.

L'attività è mirata principalmente alle seguenti vaccinazioni:

- antitetanica per le categorie a maggior rischio (es. anziani);
- antipneumococcica, Hib, antimeningococcica di tipo C, antiepatiti a categorie a rischio per condizioni di salute (asplenia, insufficienza renale, persone in attesa di trapianto d'organo, ecc.);
- antirubeolica alle donne suscettibili in età fertile;
- vaccinazioni volte a prevenire rischi professionali, comprese la vaccinazione antivaricella;
- vaccinazione antinfluenzale. La rilevanza dell'impatto sanitario, oltre che economico e sociale dell'epidemia influenzale nel periodo invernale, unita alla possibilità di prevenzione costituita dal vaccino disponibile in epoca preepidemica, costituiscono un importante impegno di prevenzione, in linea con le indicazioni regionali e nazionali in materia. Sono pertanto messe in atto tutte le procedure finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo della maggior copertura possibile della popolazione a rischio, in particolare:
  - è stato predisposto un protocollo attuativo con i medici di medicina generale per la gestione delle fasi della campagna antinfluenzale che li coinvolgono (richieste, sedi e tempi per

- l'acquisizione, ecc.);
- ai medici di medicina generale viene fornito l'elenco personalizzato degli assistiti con indicazione dei soggetti ultra sessantaquattrenni;
  - per ciò che fa riferimento al reclutamento dei soggetti a rischio, fatto salvo la categoria degli ultrasessantaquattrenni, sono identificate in maniera univoca, con i medici di medicina generale e gli specialisti, le condizioni patologiche che rappresentano un rischio maggiore di complicanze in caso di influenza;
  - sono attivate sedute all'interno dei Presidi Ospedalieri per favorire l'adesione del personale sanitario e sono organizzati incontri con gli allevatori per sollecitare alla vaccinazione il personale che per motivi occupazionali viene a contatto con animali, potenziali fonti di infezione nei confronti di virus influenzali non umani;
  - in autunno si dà attuazione a una campagna informativa specifica (lettere a enti e soggetti interessati, incontri con gruppi di anziani) e alla popolazione in generale (dépliant, manifesti, articoli su giornali locali, passaggi su televisione e radio locali).

A consuntivo della campagna di vaccinazione antinfluenzale 2005/2006 si è registrato un totale di soggetti vaccinati di 97.452 con un incremento di oltre l'11% rispetto alla precedente Campagna; anche il numero dei soggetti ultrasessantaquattrenni è aumentato (66.314 vaccinati) innalzando ulteriormente l'indice di copertura; è aumentata inoltre la percentuale di vaccinati fra il personale sanitario (+38%).

Anche la vaccinazione antipneumococcica rivolta a soggetti adulti con rischio specifico è stata notevolmente incrementata (+45%), ovvero da 427 dosi a 942.

### 3.4.2 Igiene Ambientale

In tema di sanità ambientale l'attività del Servizio di Igiene Pubblica è finalizzata alla tutela e al miglioramento della salute e della qualità della vita, attraverso la conservazione degli ecosistemi, garantendo l'uso plurimo delle risorse e lo sviluppo sostenibile, valutando gli effetti diretti e indiretti delle interazioni fra l'uomo e l'ambiente.

La situazione della **qualità dell'aria** della città di Ferrara evidenzia le caratteristiche qualitative e quantitative delle concentrazioni dei principali inquinanti e in particolare il benzene e il particolato.

Tale inquinamento, oltre che dal traffico veicolare, proviene anche dalle numerose attività industriali presenti sul territorio in particolare di Ferrara e dell'alto ferrarese, stimando nel territorio della Provincia di Ferrara circa una cinquantina di aziende tra grandi e medie soggette alla normativa IPPC che prevede l'Autorizzazione Integrata Ambientale, mentre le altre sono soggette al DPR 203/88.

La recente entrata in vigore del Decreto Legislativo 152/06 (testo unico delle leggi ambientali) propone delle innovazioni sul piano sia dei controlli che delle autorizzazioni, ma il ruolo della prevenzione sanitaria continuerà a svolgersi attraverso le Conferenze dei Servizi presso i titolari dei procedimenti amministrativi al fine del miglioramento dell'impatto ambientale delle attività e la riduzione delle concentrazioni degli inquinanti più significativi (cosa prevista dal Piano di tutela e risanamento della qualità dell'aria). Per le opere di nuova realizzazione si provvederà all'identificazione e valutazione delle possibili alternative e/o delle misure per minimizzare o eliminare gli impatti negativi.

Di particolare rilevanza è sicuramente l'attività costituita dal monitoraggio della qualità delle acque di balneazione marina, messo in essere nel Distretto Sud Est, che prevede l'effettuazione di ispezioni e di più di 450 campionamenti di acqua di balneazione, allo scopo di monitorare la qualità dell'acqua di mare, al fine di garantire la salute dei bagnanti.

### 3.4.3 Epidemiologia ed Educazione Sanitaria

Le attività svolte nel 2005 sono così riassumibili:

- Effettuazione dell'indagine campionaria *In linea con la salute* e conseguente elaborazione e pubblicazione dei risultati.
- Costruzione e pubblicazione del profilo di salute orientato *Salute e società a Ferrara*.
- Progettazione di uno studio epidemiologico sulle disuguaglianze di salute nell'Azienda USL di Ferrara, rivolto alle malattie cardiovascolari.
- Collaborazione all'attività dell'Osservatorio provinciale per l'educazione e la sicurezza stradale inserito nel Piano per la salute:
  - elaborazione di un report aggiornato sugli incidenti stradali e sulle loro conseguenze in termini di salute;
  - partecipazione alle consultazioni periodiche dell'Osservatorio per la predisposizione del piano provinciale di interventi per la sicurezza stradale.
- Valutazione dell'impatto dell'ambiente locale sulla salute, mediante studi di epidemiologia ambientale:
  - studio sull'esposizione ambientale come fattore di rischio per la salute a Ferrara.

Partecipazione all'indagine campionaria PASSI 2005 per l'area ferrarese.

#### Aree di miglioramento e obiettivi 2006 - 2007

1. Proseguimento dello studio *La salute dei ferraresi e l'ambiente*.
2. Conclusione dello studio *La salute del bambino e l'ambiente*.
3. Costruzione di un profilo integrato di salute e benessere per il distretto Centro Nord, comprendente aspetti sanitari e aspetti sociali.
4. Effettuazione dell'indagine nazionale PASSI 2006 nell'ambito dell'Azienda USL di Ferrara.

### 3.4.4 Alimenti e Nutrizione

L'attività annuale viene programmata nei tre Distretti in base a mandato istituzionale, domanda espressa dai territori e pianificazione regionale.

#### Obiettivi 2005:

- Prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti, bevande, funghi.
- Tutela delle acque potabili.
- Sorveglianza nutrizionale nelle collettività infantili e strutture per anziani.
- Applicazione delle recenti norme europee sulla sicurezza alimentare per la semplificazione e l'omogeneizzazione delle attività.

#### Attività, obiettivi e aree di miglioramento per il 2006 - 2007:

Il piano di lavoro prevede il controllo della produzione e vendita di alimenti, bevande, acqua potabile e funghi, effettuato tramite ispezioni e campioni di varie matrici alimentari per ricerche di residui di antiparassitari, microrganismi patogeni, e sostanze chimiche pericolose. I funghi vengono controllati direttamente dagli ispettori micologi del servizio.

Per il miglioramento si investirà principalmente sulla formazione interna per affinare metodi dipartimentali di lavoro, introdurre metodi di controllo interni sulla qualità dell'attività svolta (*audit*) e implementare l'efficacia dell'intervento del servizio nella gestione delle emergenze alimentari (allerte).

<b>SINTESI DELLE ATTIVITÀ 2005</b>			
<b>Attività</b>	<b>Distretto Centro Nord</b>	<b>Distretto Sud Est</b>	<b>Distretto Ovest</b>
Corsi di formazione alimentaristi (ex libretto sanitario)			
Corsi attivati	21	32	56
Totale persone coinvolte	504	556	1127
Totale aziende controllate (industrie, laboratori artigianali, mense collettive, ristoranti, ecc.)	1471	1129	373
Totale ispezioni per controllo alimenti	1853	1465	563
Campioni di alimenti e controlli micologici	751	390	90
Sanzioni elevate per violazioni a norme igienico sanitarie	45	24	21
Campioni di acqua per il controllo della potabilità	1217	433	316
Visite dietologiche e controlli dietoterapici	5533	3180	4092

<b>PREVISIONE DELLE ATTIVITÀ 2006</b>			
<b>Attività</b>	<b>Distretto Centro Nord</b>	<b>Distretto Sud Est</b>	<b>Distretto Ovest</b>
Numero di corsi di formazione alimentaristi (ex libretto sanitario)			
Corsi programmati	35	60	115
Previsione n. persone coinvolte	870	1050	2300
Totale aziende controllate (industrie, laboratori artigianali, mense collettive, ristoranti, ecc.)	1711	1287	338
Totale ispezioni per controllo alimenti	2101	1544	437
Campioni di alimenti e controlli micologici	1441	650	104
Sanzioni elevate per violazioni a norme igienico sanitarie	/	/	/
Campioni di acqua per il controllo della potabilità	312	71	105
Visite dietologiche e controlli dietoterapici	5000	3000	4000

### 3.4.5 Unità Operativa di Organizzazione Oncologica

La programmazione delle attività dell'Unità Operativa di Organizzazione Oncologica nel corso del 2005 è stata finalizzata a realizzare le indicazioni contenute nel Piano regionale della Prevenzione, perseguendo gli obiettivi di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto. L'attività complessiva è così sinteticamente descritta:

- Avanzamento del programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero iniziato nel 1996 e giunto attualmente alla fase di realizzazione del quarto round. La popolazione bersaglio è costituita da circa 101.000 donne residenti, nella fascia di età compresa fra 25 e 64 anni, che sono invitate ad aderire al programma di prevenzione nell'arco del triennio 2005-2008. La periodicità dell'invito è triennale e le non rispondenti sono sollecitate a distanza di tre mesi dal primo invito. Il programma di prevenzione è offerto, con invito personalizzato, anche alle cittadine domiciliate nella nostra provincia.
- Avanzamento del programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella iniziato nel 1997. Attualmente è in corso il quinto round. La popolazione bersaglio da invitare nell'arco del biennio 2005-2007 è costituita da circa 50.500 donne residenti, nella fascia di età compresa fra 50 e 69 anni. La periodicità dell'invito è biennale; le non rispondenti sono sollecitate a distanza di tre mesi dal primo invito. Il programma di prevenzione è offerto, con invito personalizzato, anche alle cittadine domiciliate nella nostra provincia.
- Attivazione, dal mese di marzo 2005 in ogni Distretto, del primo round di screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto, secondo le indicazioni previste dal programma regionale. Lo screening è rivolto a circa 96.508 persone residenti, di cui 46.240 uomini e 50.268 donne, in età compresa fra 50 e 69 anni, che nel corso del biennio 2005-2007 riceveranno l'invito per aderire al programma. I non rispondenti sono sollecitati a distanza di tre mesi dal primo invito.
- Realizzazione del nuovo modello organizzativo basato sul coordinamento interaziendale unico per tutti e tre gli screening oncologici; l'ufficio di coordinamento, presieduto dal Presidente della Provincia e coordinato dal Direttore dell'Unità Operativa Organizzazione Oncologica, è supportato da un team tecnico-scientifico per ogni screening. Le funzioni e i livelli di responsabilità dei componenti del nuovo assetto organizzativo sono contenuti in una delibera approvata dai Direttori Generali delle due Aziende Sanitarie.

#### L'attività programmata per l'anno 2006

- Proseguimento del quarto round dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina con estensione dell'invito alla popolazione bersaglio pianificata in modo da completare il round nei tempi programmati.
- Proseguimento del quinto round dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella con organizzazione degli inviti alla popolazione bersaglio tale da consentire la chiusura del round nei tempi previsti.
- Pianificazione dello screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto con conclusione prevista del primo round nel primo quadrimestre 2007; attivazione della sorveglianza ai familiari di primo grado delle persone a cui è stata diagnosticata la patologia tumorale; monitoraggio costante delle attività di primo e secondo livello tale da consentire la gestione dei tempi di attesa per l'approfondimento diagnostico; implementazione del sistema di raccolta dati in modo da permettere la puntuale predisposizione dei report; organizzazione di un convegno scientifico Educazione Continua in Medicina finalizzato all'aggiornamento dei

- medici di medicina generale e al loro coinvolgimento nel programma di screening.
- Riunione del coordinamento interaziendale degli screening con presentazione, da parte di ogni responsabile di programma, di una relazione sullo stato di attuazione e sui risultati degli screening.

### 3.4.6 Tutela della Salute e della Sicurezza negli Ambienti di Vita e di Lavoro

L'area Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro dell'Azienda USL controlla l'applicazione delle norme di igiene e sicurezza del lavoro, informa e assiste i datori di lavoro, i lavoratori e i loro rappresentanti per promuovere azioni di miglioramento delle condizioni di lavoro e di prevenzione dei rischi professionali.

#### Consuntivo dell'attività 2005

Dal punto di vista quantitativo i volumi di attività sono stati in linea con il triennio precedente e con quanto programmato. Sono state controllate 926 unità produttive, che equivalgono al 3,7% di quelle esistenti sul territorio. Il **tasso di infrazione riscontrato** alle norme di igiene e sicurezza del lavoro, valutato come percentuale di verbali di contravvenzione sul numero di aziende controllate, è stato del 25,2%, con una leggera diminuzione rispetto agli anni precedenti (31,3% e 26,9% rispettivamente nel 2003 e nel 2004). I dettagli dell'attività sono riportati in tabella 1.

Attività 2005	DISTRETTO OVEST	DISTRETTO CENTRO NORD	DISTRETTO SUD EST	AUSL FERRARA
Unità Locali controllate	276	425	203	904
Lavoratori addetti	4685	10821	1018	16524
Tasso di infrazione	17,6%	31,4%	16,7%	25,2%
Atti autorizzativi	509	922	416	1847
Visite mediche	323	1194	940	2457
Lavoratrici madri	47	126	53	226
Inchieste infortuni e M.P.	30	43	12	85

Dal punto di vista qualitativo, l'attività di controllo si è sviluppata prevalentemente nei comparti produttivi a maggior rischio: innanzitutto nelle **costruzioni edili**, ma anche nella **metalmeccanica**, nella **chimica** e nell'**agricoltura**. Un altro significativo campo di intervento è stato rappresentato dai cantieri di bonifica dei materiali contenenti **amianto**.

Alcuni temi di particolare complessità e rilevanza sono stati approfonditi nel corso del 2005, come da programma:

- valutazione del rischio da agenti cancerogeni nelle attività di saldatura su acciai inossidabili e nelle attività di cromatazione dei metalli;
- valutazione del rischio da fitofarmaci nelle attività agricole;
- studio di mortalità e di morbilità sulla coorte degli ex esposti a CVM;
- studio sul rischio da polveri di silice libera cristallina.

### Programmazione dell'attività e obiettivi 2006-2007

Sulla base delle caratteristiche produttive e dell'analisi della domanda espressa e dei bisogni di salute, **dal punto di vista quantitativo l'attività prevista per il 2006 può essere così sintetizzata:**

Principali attività previste per il 2005	DISTRETTO OVEST	DISTRETTO CENTRO NORD	DISTRETTO SUD EST	Azienda USL FERRARA
<b>Unità Locali da controllare</b>	250	450	200	900
<b>Lavoratori addetti alle Unità Locali da controllare</b>	4.000	12.000	3.000	19.000
<b>Atti autorizzativi</b>	450	900	450	1.800
<b>Visite mediche</b>	300	1.200	1.000	2.500
<b>Lavoratrici madri</b>	120	240	130	470
<b>Inchieste infortuni</b>	30	35	15	80



**Dal punto di vista qualitativo le principali variazioni rispetto all'anno precedente sono costituite da:**

- Indagine sullo stato di salute dei lavoratori addetti alle attività di stampaggio e trattamento termico di acciai mediante l'uso di campi elettromagnetici (CEM). L'indagine, concordata con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e con la direzione aziendale, si avvale del supporto scientifico dell'Università di Modena e fa seguito alla valutazione del rischio da CEM già effettuata negli anni precedenti nella stessa realtà lavorativa. Si effettuerà su base volontaria in tre distinti momenti:
  1. Compilazione di una scheda anamnestica per tutti i lavoratori dei reparti con esposizione al rischio CEM.
  2. Selezione di un gruppo di lavoratori, omogeneo per età, per sesso e per più prolungata esposizione a CEM, e di un gruppo di controllo, a cui effettuare le seguenti analisi: tipizzazione di sottopopolazioni linfocitarie nel sangue periferico, ricerca di cellule Natural Killer, ricerca di effetti genotossici.
  3. Indagine retrospettiva sulla coorte degli ex esposti: partendo dai libri matricola aziendali, saranno cercati tutti i lavoratori che sono stati esposti a CEM. Si ricostruirà la storia lavorativa e si farà la verifica dello stato in vita e l'analisi delle cause di morte degli eventuali deceduti.
  
- Valutazione del rischio da fitofarmaci nelle attività agricole: continua lo studio di valutazione dei rischi chimici in agricoltura durante la preparazione e la somministrazione dei fitofarmaci sulle colture arboree e su quelle seminative, già iniziata lo scorso anno in un'azienda rappresentativa del territorio. Nel 2006, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e la Regione Emilia-Romagna, si completerà la raccolta dei dati sulle modalità di somministrazione dei fitofarmaci e gli eventuali effetti sulla salute in un campione di 50 aziende agricole, individuate dalle associazioni provinciali degli imprenditori agricoli. L'analisi statistica dei dati sarà effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità.
  
- Ripresa della sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti a CVM: vista la buona adesione al primo controllo effettuato nel periodo 2002-03, e considerati i risultati positivi che saranno presentati alla prossima Ambiente Lavoro Convention di Modena, insieme con l'Azienda USL di Ravenna, la Regione Emilia-Romagna e i sindacati del settore chimico, si è deciso di riprendere i controlli sanitari secondo le modalità già sperimentate. L'intervento coinvolgerà potenzialmente gli oltre 300 lavoratori ex esposti a CVM, con evidenti implicazioni di tipo informativo, assistenziale e medico-legale.

### 3.4.7 Area Sanità Pubblica Veterinaria

#### Sanità animale

##### Anno 2005

Come previsto nel programma 2005, e con l'intento di migliorare la qualità del servizio e delle prestazioni erogate secondo procedure validate, sono stati realizzati gli *audit* e le verifiche interne sulle procedure di controllo ufficiale adottate in tema di: influenza aviaria, anagrafe degli allevamenti e piani di controllo ed eradicazione della tubercolosi bovina.

La procedura sul controllo clinico della BSE nei bovini, messa a punto da questa Unità Operativa e divulgata a tutte le Unità Sanitarie Locali della Regione Emilia-Romagna, è stata ulteriormente attivata in 5 allevamenti del Distretto Sud Est con esami clinici ravvicinati (effettuati in media a distanza di 7-10 giorni l'uno dall'altro), per verificare il coefficiente di ripetibilità agli stimoli applicati. La prova è in corso di valutazione ed elaborazione da parte del Centro Nazionale di Riferenza per le Encefalopatie Spongiformi di Torino.

#### Influenza aviaria

L'emergenza influenza aviaria ha comportato già dall'autunno 2005 un notevole incremento dei controlli finalizzati all'individuazione precoce del virus e alla riduzione del rischio di introduzione della malattia negli allevamenti avicoli.

In particolare:

- completamento della georeferenziazione su mappale degli allevamenti intensivi;
- individuazione della ditta per la fornitura di un servizio di pronto intervento in caso di influenza aviaria;
- predisposizione per l'allestimento del kit di emergenza, secondo le indicazioni operative regionali del 9 novembre 2005 e previsti anche corsi per l'utilizzo dei dispositivi di protezione;
- predisposizione della check-list per i requisiti di biosicurezza negli allevamenti;
- diffusione tramite le Amministrazioni Comunali delle misure cautelari per gli allevamenti rurali;
- organizzazione di una serie di incontri con la Provincia e i Comuni (13) per un loro coinvolgimento nelle Unità di Crisi Locali (Centri Operativi Territoriali).

#### Scrapie

In cinque allevamenti ovini la nuova attività di controllo prevista sulla scrapie (encefalopatia da prioni che colpisce pecore e capre) ha evidenziato 4 capi geneticamente sensibili, che sono stati esclusi dalla riproduzione al fine di avere progenie resistente alla malattia.

## Aree di miglioramento obiettivi 2006/07

### Sviluppo di competenze valutative sui controlli ufficiali

L'Unità Operativa Sanità Animale è coinvolta nel progetto regionale sulle procedure di controllo degli allevamenti bovini e suini. A partire dal 2007 le procedure operative tipo, elaborate dai gruppi di lavoro regionali, saranno sperimentate in campo e testate per la verifica del grado di efficacia per le attività di controllo ufficiale e della rispondenza ai contenuti del regolamento CE 882/2004.

### Influenza aviaria

Il Piano di emergenza per l'influenza aviaria è stato completato, verificato mediante simulazioni di allerta e discusso in ambito *audit* regionale.

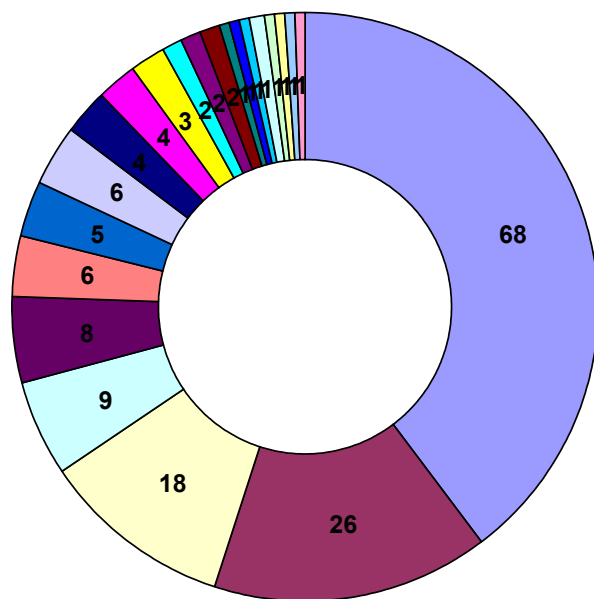
Sono previste nel 2006/2007 esercitazioni sull'emergenza rientranti in un Piano regionale al quale parteciperà la nostra Unità Operativa.

- *Biosicurezza allevamenti rurali.* Gli allevamenti avicoli rurali, secondo le indicazioni del Servizio Veterinario Regionale, devono essere sottoposti a controllo per la verifica delle condizioni di biosicurezza nei confronti dell'influenza aviaria secondo principi di priorità e tramite specifici criteri d'intervento; ciò è particolarmente necessario nella Provincia di Ferrara, considerata a rischio per questa malattia.

A tal fine questa Unità Operativa, dopo avere promosso attività di sensibilizzazione e informazione della popolazione tramite comunicati stampa e il coinvolgimento delle Amministrazioni Comunali, ha predisposto un programma di controllo degli allevamenti rurali posti vicino agli allevamenti intensivi (entro un raggio di 3 km): ciò diminuirebbe la probabilità che questi ultimi possano contrarre l'infezione o possano essere coinvolti in aree di restrizione a causa di malattia riscontrata negli allevamenti rurali vicini. In base a una valutazione del livello di rischio sono state individuate le aree situate nei Comuni del Distretto Sud Est e in due Comuni del Distretto Centro Nord. A tutto Agosto 2006 sono stati controllati 229 allevamenti rurali e date 68 prescrizioni.

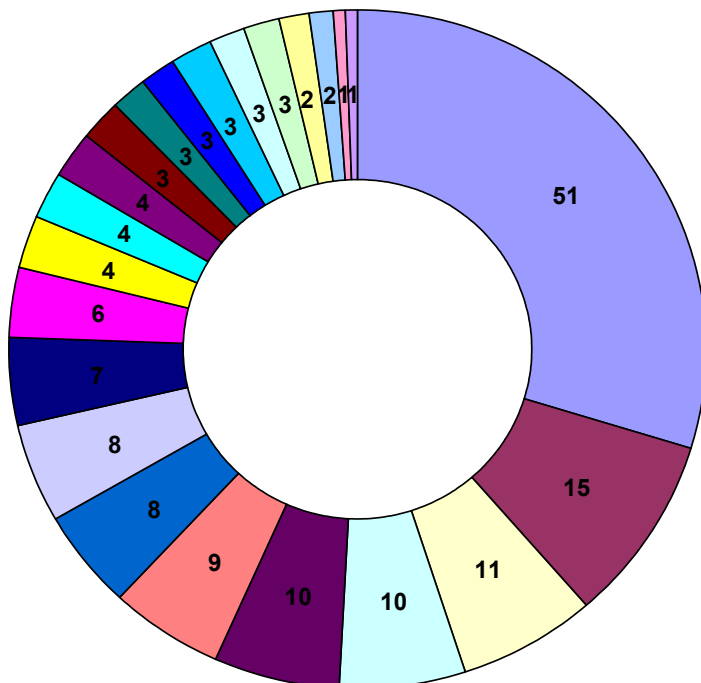
- *Accertamenti diagnostici su uccelli selvatici morti o ammalati.* Il personale veterinario e di vigilanza è impegnato nelle diagnosi cliniche e di laboratorio su uccelli selvatici, in particolare migratori acquatici, rinvenuti e segnalati morti o ammalati. A tutto maggio 2006 sono stati recuperati e sottoposti a diagnosi 171 animali con la seguente distribuzione per specie e per Comune.

Distribuzione per specie



- airone cenerino
- germano reale
- fagiano
- gabbiano comune
- gallinella d'acqua
- poiana com.
- airone bianco magg.
- gheppio
- garzetta
- tordo bottaccio
- gufo comune
- civetta
- folaga
- svasso maggiore
- beccaccia
- fistione turco
- fenicottero
- gabbiano reale
- nitticora
- pavoncella
- cicogna
- rondine

Distribuzione per Comune



- Ferrara
- Copparo
- Bondeno
- Argenta
- Iolanda di Savoia
- Comacchio
- Ostellato
- Portomaggiore
- Cento
- Poggiorenatico
- Codigoro
- Ro ferrarese
- Vigarano M.
- Berra
- Goro
- Massafiscaglia
- Mesola
- Tresigallo
- Voghiera
- Migliaro
- Sant'Agostino
- Formignana
- Migliarino

## 3.5 La Salute Mentale

### Il livello distrettuale

#### Area Adulti

##### Popolazione target<sup>1</sup>

Maggiore/Uguale 18 anni: 169.766

Da Maggiore/Uguale 18 anni a Maggiore/Uguale 64 anni: 102.728

#### Osservazioni

- Il Centro di Salute Mentale del Distretto Centro Nord - Area di Ferrara e di Copparo nel 2005 registra, rispetto al precedente anno e anche in confronto al 2003, un aumento in numeri assoluti e in valori proporzionali del ricorso da parte dei cittadini ai servizi specialistici offerti (15,77% in più di prime visite; 12,5% in più di "accessi", sostanziale costanza delle prestazioni erogate) anche in presenza di una diminuzione del numero totale di persone in cura (-18,84%), diminuzione in buona parte dovuta al rinvio dei pazienti meno gravi alle cure del medico di medicina generale.
- Sono apparentemente diminuite le visite domiciliari (-88%), ma sono più che raddoppiate le attività in altre sedi (+210%). Questi risultati sono in realtà frutto di una più accurata registrazione dei dati e di una politica che privilegia le attività riabilitative e risocializzanti.
- Si è ridotto drasticamente (25% in meno) il numero dei Trattamenti Sanitari Obbligatori, portando il tasso di incidenza a 22,97/100.000, in linea con quello di tutto il Dipartimento della Salute Mentale provinciale.
- Il tasso complessivo dei ricoveri (40,20/100.000) continua a mantenersi significativamente inferiore al dato provinciale.
- Si riconferma il maggior utilizzo dei supporti economici ai pazienti, sia rispetto al livello aziendale che rispetto all'anno precedente, dovuto al forte incremento dei progetti di inserimento lavorativo nei pazienti che presentano patologie psichiatriche complesse.

<sup>1</sup>Al Centro di Salute Mentale del Distretto Centro Nord fanno ancora riferimento tutti i cittadini dei Comuni di Poggio Renatico e di Vigarano. I cittadini del Comune di Voghiera che per la prima volta si sono rivolti ai servizi psichiatrici sono stati presi in cura presso il Centro di Salute Mentale Centro Nord, mentre coloro che erano già conosciuti e hanno in atto progetti terapeutico-riabilitativi di lungo periodo continuano a far riferimento al Centro del Distretto Sud Est - Area di Portomaggiore.

Anche per l'anno 2005 il sistema informatico del Dipartimento di Salute Mentale, in via di trasformazione, non è in grado di selezionare i dati di attività 2005 in modo disaggregato, suddividendo i pazienti per Comune di residenza. Pertanto, gli indicatori sono stati valutati in modo globale, anche perché strettamente collegati al funzionamento congiunto delle diverse équipe.

Sebbene la popolazione target sia calcolata per la fascia di età 18-65 anni, infine, le Strutture Complesse di Psichiatria Adulti di tutto il Dipartimento di Salute Mentale si occupano di tutta la popolazione maggiore di 18 anni.

### Integrazioni esistenti

Sono confermate le integrazioni dello scorso Programma Attività Territoriali, con i miglioramenti di seguito riportati:

- Con i **Medici di Medicina Generale**, attraverso una collaborazione sui singoli casi (Progetto Liggieri)
- Con il **Dipartimento delle Cure Primarie**: è diventato attivo il protocollo con il **Ser.T.** per la gestione dei casi con “doppia diagnosi”.
- Con l'**Arcispedale Sant'Anna** tramite il Servizio di Consulenza svolta sia dalla Clinica Psichiatrica convenzionata che dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e inoltre attraverso un protocollo di collaborazione con il **Centro per i Disturbi Alimentari**
- Con il **Dipartimento di Sanità Pubblica** tramite la partecipazione di Dirigenti Medici di Psichiatria alle Commissioni di Valutazione per l'Invalidità Civile, per l'idoneità al lavoro, per il porto d'armi e il permesso di guida.
- Con il **Volontariato e il Comune di Ferrara** con i quali è in atto un'esperienza avanzata a livello provinciale, focalizzata sui progetti di reinserimento lavorativo.
- Con le **Associazioni di familiari di sofferenti psichici *Solidal-mente* e *Non più soli*** si è ulteriormente consolidato e strutturato la relazione di integrazione, tramite l'attuazione di un protocollo condiviso.

Queste integrazioni sono state tutte formalizzate attraverso protocolli e procedure condivise.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha ottenuto l'**accreditamento istituzionale** con decreto regionale del 29 settembre 2006 per tutte le proprie Unità Operative.

### Valutazione della soddisfazione nel Dipartimento di Salute Mentale – Area Adulti

Il Dipartimento di Salute Mentale, con la collaborazione scientifica della Fondazione Zancan di Padova, ha effettuato in tutti i punti operativi la valutazione della soddisfazione dei pazienti, dei loro familiari e degli operatori.

Dal rapporto complessivo, si riporta la sintesi della soddisfazione relativamente alla valutazione globale della qualità nei Centri di Salute Mentale.

Come si evidenzia nella tabella qui sotto, in una scala di valutazione che va da molto positivo (valore 1) a molto negativa (valore 5) i pazienti si collocano nell'area del molto positivo (con una media di 1,78), i famigliari (2,01) e gli operatori (2,25) hanno espresso un giudizio abbastanza positivo:

Molto positiva	Abbastanza positiva	Giudizio incerto	Abbastanza negativa	Molto negativa
1	2	3	4	5
Pazienti (1,78)	Familiari (2,01)			
	Operatori (2,25)			

Si può evidenziare che il giudizio è situato nell'ambito della positività: più vicino alla piena positività per quanto riguarda i pazienti e con leggere differenziazioni per i familiari e gli operatori.

**ATTIVITÀ TERRITORIALE E DI RICOVERO NEL CENTRO DI SALUTE MENTALE  
DEL DISTRETTO CENTRO NORD**

<b>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TERRI- TORIALE</b>	<b>CENTRO NORD 2005</b>	<b>% sul DSM</b>	<b>DSM 2005</b>	<b>CENTRO NORD 2004</b>	<b>Differenza %</b>	<b>Poggio Renatico</b>	<b>Vigarano Mainarda</b>	<b>Voghiera</b>
<b>Prime visite</b>	<b>1.006</b>	50,07%	<b>2.009</b>	<b>869</b>	15,77%	<b>37</b>	<b>23</b>	<b>34</b>
Tasso d'incidenza/100.000 abitanti età ≥ 18	642,00		649,60	554,48		522,60	384,17	975,89
<b>Maschi</b>	<b>347</b>	47,73%	<b>727</b>	<b>339</b>	2,36%	<b>19</b>	<b>5</b>	<b>13</b>
Tasso d'incidenza/100.000 abitanti età ≥ 18	476,94		496,51	464,87		554,42	175,07	771,97
<b>Femmine</b>	<b>659</b>	51,40%	<b>1.282</b>	<b>530</b>	24,34%	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>21</b>
Tasso d'incidenza /100.000 abitanti età ≥ 18	785,05		787,26	632,46		492,75	574,90	1.166,67
Totale accessi	<b>49.063</b>	50,37%	<b>97.405</b>	<b>43.611</b>	12,50%	<b>995</b>	<b>768</b>	<b>1473</b>
Totale prestazioni	<b>75.571</b>	51,29%	<b>147.330</b>	<b>75.854</b>	-0,37%	<b>1299</b>	<b>2266</b>	<b>1478</b>
Totale pazienti seguiti nel periodo	<b>2.459</b>	48,21%	<b>5.101</b>	<b>3.030</b>	-18,84%	<b>82</b>	<b>59</b>	<b>73</b>
Tasso di prevalenza- /100.000 abitanti età ≥ 18	1.650,51		1.649,39	1.933,35		1.158,19	985,47	2.095,29
Accessi ambulatoriali	<b>41.969</b>	49,06%	<b>85.538</b>	<b>39.120</b>	7,28%	<b>929</b>	<b>693</b>	<b>1315</b>
Accessi domiciliari	<b>273</b>	6,39%	<b>4.273</b>	<b>2.291</b>	-88,08%	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>22</b>
Accessi in altre sedi	<b>6.821</b>	143,69%	<b>4.747</b>	<b>2.200</b>	210,05%	<b>43</b>	<b>55</b>	<b>136</b>

<b>RICOVERI</b>	<b>CENTRO NORD 2005</b>	<b>% sul DSM</b>	<b>DSM 2005</b>	<b>CENTRO NORD 2004</b>	<b>Differenza %</b>	<b>DSM 2004</b>
Ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio	<b>36</b>	46,15%	<b>78</b>	<b>48</b>	-25,00%	<b>94</b>
Tasso d'incidenza/100.000 abitanti età ≥ 18	22,97		25,22	30,63		30,59
<b>RICOVERI TOTALI</b>	<b>631</b>	57,36%	<b>1.100</b>	<b>564</b>	11,88%	<b>1.094</b>
<b>CASE DI CURA</b>	<b>63</b>	45,00%	<b>140</b>	<b>68</b>	-7,35%	<b>139</b>
Tasso d'incidenza per 100/ abitanti età ≥ 18	40,20		45,27	43,39		45,23
Costi per rette n° 37 non ex OP al 31/12/05	<b>511.155</b>	52,2	<b>979.890</b>	<b>418.315</b>	4,3	<b>872.408</b>
Costi per sussidi al 31- /12/05	<b>307.467</b>	63,9	<b>481.141</b>	<b>299.047</b>	2,4	<b>486.533</b>

## Andamento dei tassi di incidenza e di prevalenza per l'attività ambulatoriale e del tasso di incidenza per Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e per i ricoveri in Casa di Cura Anni 2003-2004-2005

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
Incidenza prime visite	587,02	554,48	642,00
Prevalenza pazienti in cura	1.435,02	1.933,35	1.650,51
Incidenza TSO	24,25	30,63	22,97
Incidenza ricoveri Case di Cura	40,20	43,39	40,20

### 2) Area Minori

#### Popolazione target

Maggiore/Uguale 18 anni: 21.367

#### Commento alle tabelle dell'attività NPIEE (Neuropsichiatria infantile età evolutiva e Adolescenza) dell'ambito territoriale di Ferrara

In un quadro generale di stabilità degli indici più significativi (utenti, prevalenza, incidenza) si distingue il numero delle prestazioni che è tornato superiore ai livelli del 2003, confermando che la flessione del 2004 era legata allo spostamento degli ambulatori in via Messidoro.

La scheda riepilogativa per classi di età indica un buon livello di incidenza e di prevalenza nella fascia di età 0-2 anni, risultato del buon lavoro svolto con i pediatri di libera scelta negli anni recenti.

Rimane bassa la prevalenza e incidenza degli adolescenti; questo dato stabile nel tempo ha sollecitato un'iniziativa congiunta tra più servizi e coordinata a livello distrettuale.

Ambito territoriale di Ferrara					
<u>Serie storica</u>		2002	2003	2004	2005
Popolazione target		16,125	16,340	16,499	17,345
Utenti		903	956	1,010	1,010
Prevalenza		5,6	5,85	6,12	5,82
Nuovi casi		365	408	541	405
Incidenza		2,26	2,49	3,27	2,3
Prestazioni		18,885	19,160	17,718	19,799



Scheda riepilogativa per classi di età							
	0-2 anni	3-6 anni	6-11 anni	11-14 anni	14-17 anni	>17 anni	totale
Utenti	111	137	375	183	140	64	1.010
% int. ut.	11	13,5	37,1	18,1	13,8	6,3	99,8
Popolazione target	2.000	3.969	4.741	2.915	3.720		
Prevalenza	5.5%	3.5%	7.9%	6,30%	3.8%		
Nuovi casi	68	65	154	60	42	16	405
Incidenza	3.4%	1.6%	3.2%	2.0%	1.1%		
% casi	22	19	39,1	11,6	6,8	1,2	99,7
prestazioni	2.045	4.722	7.840	3.144	1.678	370	19.799
% prestazioni	10,3	23,8	39,5	15,8	8,4	1,8	99,6
Prestazioni per utente	18,4	34,4	20,9	17,1	11,9	5,7	

### Commento alle tabelle dell'attività NPIEE (Neuropsichiatria infantile età evolutiva e Adolescenza) dell'ambito territoriale di Copparo

I dati attestano una stabilità dei volumi di attività con variazioni fisiologiche di prevalenza e incidenza, ma un aumento (13%) delle prestazioni.

L'analisi degli stessi indici per fasce di età segnalano alcune caratteristiche da prendere in considerazione:

- la buona incidenza nella fascia 0-2 anni è il risultato di un lavoro costante con i pediatri di libera scelta di collaborazione e di formazione comune;
- un'incidenza nella fascia 3-5 anni, analoga all'ambito territoriale di Ferrara, che consiglia una strategia di coinvolgimento maggiore delle scuole di infanzia, pubbliche e private;
- gli alti valori dell'incidenza e della prevalenza della scuola media maggiori rispetto ad altri ambiti territoriali segnalano da una parte una continuità della cura in questa fascia di età che altrove non si riscontra e dall'altra, forse, un ritardo delle segnalazioni che andavano fatte prima.

La prevalenza dei comuni dell'area del copparese è, infine, molto omogenea a testimonianza di un insediamento omogeneo del servizio sul territorio.

### Ambito territoriale di Copparo

	2002	2003	2004	2005
pop. Target *	4.011	4.006	4.005	4.022
utenti				
prevalenza	273	267	291	269
nuovi casi	6,8	6,6	7,2	6,7
incidenza	103	105	112	92
prestazioni	2,56	2,62	2,79	2,28
id x utente	4.602	4.742	4418	4.940
	16,8	17,7	15,1	18,3

### Serie storica

La popolazione target è quella compresa tra gli 0 e 17 anni dei nati nell'anno solare precedente alle prestazioni del servizio. Si è presa quindi in analisi la popolazione 0-17 dal 2001 fino al 2004.

	0-2 anni	3-5 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-17 anni	≥ 18 anni	Totale
Utenti	23	30	89	68	51	8	269
% int. ut.	8,55	11,1	33,1	25,3	19	3	100
Popolazione target *	678	632	1.086	688	938		4.022
Prevalenza	3,4	4,7	8,1	9,9	5,4	1,5	-
Nuovi casi	15	13	35	18	10	1	92
Incidenza	2,2	2	3,2	2,6	1	0,2	-
% N° casi	16,3	14,1	38,1	19,6	10,9	1	100
N° prestazioni	494	889	1.774	914	639	230	4.940
% prestazioni	10	18	35,9	18,5	12,9	4,7	100
Prestazioni per utente	33	29,6	19,9	13,4	12,5	28,7	-

### Scheda riepilogativa per classi di età

\* La popolazione target è quella compresa tra gli 0 e 17 anni dei nati nell'anno solare precedente alle prestazioni del servizio. Si è presa quindi in analisi la popolazione 0-17 dal 2001 fino al 2004.

Ambiti territoriali	N° utenti	Prevalenza
Ferrara	7	-
Copparo	128	6,9
Altri Comuni provinciali:		
Berra	31	5,3
Formignana	23	7,1
Iolanda di Savoia	22	6,2
Ro Ferrarese	23	6,2
Tresigallo	33	6,0
Altre regioni	2	-
di cui in provincia di Rovigo	2	-
<b>TOTALE</b>	<b>269</b>	<b>-</b>

## Psicologia Clinica a Tutela dell'Infanzia e dell'Adolescenza

### Area di Ferrara

I dati di Ferrara indicano un incremento della popolazione utente, della prevalenza, dell'incidenza e delle prestazioni che possono essere conseguenti all'aumento di mezza unità per Dirigente Psicologo; il numero di prestazioni per unità di Dirigente Psicologo si riduce lievemente perché in realtà la nuova Dirigente ha usato buona parte del suo orario per introdursi e ambientarsi nel servizio e per implementare la sua formazione.

Il rapporto tra attività di limitazione del danno e attività di prevenzione si è in parte riequilibrato rispetto all'anno precedente per quanto riguarda il numero di utenti (56% contro 44%), ma non per quanto riguarda il volume delle prestazioni (75% contro 25%).

### Area di Copparo

Per Copparo risulta evidente la stabilizzazione dell'ultimo triennio nel corso dei quali l'aumento dell'incidenza del 2004 era dovuto alla stabilizzazione della psicologa destinata, con il recupero di molti pazienti che avrebbero dovuto essere segnalati nel 2003, ma che lo furono solo nel 2004.

L'aumento delle prestazioni del 15,6% si distribuisce su un maggior numero di pazienti, rimanendo quindi stabile il numero di prestazioni per paziente.

Il rapporto tra attività di limitazione del danno e attività di prevenzione appare molto squilibrato sia come numero di utenti (81% contro 19%) che come prestazioni (91% contro 9%).

### Scomposizione per aree distrettuali e per percentuale di utenti e di prestazioni

% utenti	Ferrara	Copparo	Cento	Portomaggiore	Codigoro
Limitazione danno	56	81	44	50,5	72,5
Preventive	44	19	56	49,5	27,5
<b>% prestazioni</b>					
Limitazione danno	75	91	55	73,5	79
Preventive	25	9	45	26,5	21

Quadro sinottico attività di Psicologia Clinica Infanzia e Adolescenza dell'ambito territoriale di Ferrara				
Utenti	344	288	274	402
Popolazione target	16.125	16.340	16.499	17.342
Prevalenza	2,13	1,76	1,66	2,31
Casi nuovi	98	126	145	211
Incidenza	0,6	0,7	0,9	1,21
Prestazioni	2.015	2.272	2.450	3.160
id x ut.	5,85	7,88	8,94	7,09
Un. Psicol.		2,55	3	3,50
Prest.x psicol.		890	816	903

Quadro sinottico attività di Psicologia Clinica Infanzia e Adolescenza dell'ambito territoriale di Copparo				
Utenti	41	83	84	92
Popolazione target	4.041	4.006	4.005	4.022
Prevalenza	1,01	2,07	2,1	2,28
Casi nuovi	13	31	42	29
Incidenza	0,32	0,77	1,04	0,72
Prestazioni	402	449	537	617
id. x ut.	9,8	5,4	6,4	6,7
Un. psicol.		0,5	0,5	0,5
Prest. x psicol		898	1074	1.234

### Aree di miglioramento e obiettivi per il 2006 - 2007

La programmazione e gli obiettivi per l'anno 2006 del Dipartimento di Salute Mentale si articolano secondo le seguenti aree di intervento, suddivise in azioni comuni a tutti i distretti e azioni specifiche per il distretto Centro Nord.

#### Progetti trasversali comuni a tutti i distretti

##### 1. La centralità del cittadino

- Coinvolgimento nella programmazione, gestione e valutazione del rapporto tra domanda e offerta dei servizi:
  - a. consolidamento dei rapporti tra le Strutture Complesse del Dipartimento e i Distretti tramite regolare partecipazione ai Comitati di Distretto e relativi gruppi di lavoro;
  - b. regolare partecipazione ai tavoli di area dei Piani di Zona;
  - c. rendere operativi gli obiettivi specifici dei Piani per la Salute.
    - c.1 *Attivare processi di sostegno ai care giver*:
      - offerta ai familiari di persone con disturbi psichici di informazioni mirate a sostegno dei percorsi tramite lo sviluppo dei Punti Ascolto Famiglie (PAF) in spazi esterni ai Centri di Salute Mentale;
      - offerta di sostegno psicologico e relazionale ai *care giver* di pazienti affetti da psicosi cronica, attraverso il perfezionamento dei gruppi di sostegno;
      - sviluppo di gruppi di auto-aiuto attraverso un progetto formativo finalizzato ad acquisire competenze aggiuntive nell'ambito dell'associazionismo;
      - inserimento delle figure infermieristiche addestrate nel sostegno individuale del *caregiver* nel Centro di Salute Mentale di Ferrara
      - tempo di sollievo: sperimentazione di strategie di affido familiare per pazienti affetti da patologia psichiatrica, a tutela dei bisogni dei *care giver*;
      - elaborazione di un report sulla qualità della vita del *care giver* finalizzato alla valutazione dell'esito dei progetti di salute avviati.
    - c.2 *Tutelare lo stato di salute dei genitori di soggetti con gravi e multiple disabilità*:
      - progetto orientamento: sostenere i genitori nel passaggio dei ragazzi dal percorso scolastico ai Centri Educativi Riabilitativi, facilitando l'approccio globale al cambiamento.

- Fornire le condizioni che garantiscano l'accesso del cittadino ai servizi e all'ottenimento di maggiore qualità nelle prestazioni erogate.
  - a. Accreditalmento istituzionale del Dipartimento di Sanità Mentale:
    - conseguimento dell'accreditalmento istituzionale per tutte le strutture operative del Dipartimento della Salute Mentale.
  - b. Sviluppo dell'attività del gruppo permanente per la salute mentale dei Comitati Consultivi Misti.

## 2. L'universalità e l'equità di accesso

- Garantire condizioni omogenee di qualità e appropriatezza.
  - a. Implementazione della sperimentazione scaturita al tavolo dell'Amministrazione Provinciale per affido, abusi e adozione: integrazione SMRIA (Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza), servizi sociali, enti autorizzati, TDM, TO.
  - b. Lo sviluppo dell' integrazione socio-sanitaria:
    - diffondere e condividere i contenuti e gli strumenti relativi ai percorsi formalizzati di intervento nelle attività socio-sanitarie integrate dell'area minori, tramite la continua interazione tra la Struttura Complessa SMRIA e i Servizi Sociali distrettuali.
  - c. Realizzare una rete di relazioni funzionali tra Medici di Medicina Generale e specialista Psichiatra del Dipartimento di Sanità Pubblica per la presa in carico di patologie psichiatriche tramite:
    - revisione e il consolidamento delle funzioni di consulenza
    - applicazione e verifica dei protocolli di collaborazione
    - attività di iniziative di formazione comune.
  - d. Mantenimento del programma provinciale di psiconcologia e suo sviluppo presso le sedi ospedaliere del Delta e di Cento, diffusione dello strumento di screening sul *Distress* per l'identificazione precoce del disagio psicologico e articolazione con i medici di medicina generale distrettuali.

## 3. La qualità dell'assistenza e l'efficienza gestionale

- Revisione degli assetti organizzativi e razionalizzazione nell'impiego dei fattori produttivi.
  - a. Interventi in tema di coordinamento e omogeneizzazione dei comportamenti clinici:
    - Migliorare i protocolli e le istruzioni operative che regolano i rapporti in rete tra le strutture che dispongono di posti letto psichiatrici all'interno e all'esterno del Dipartimento della Salute Mentale comprendendo anche i gruppi appartamento.
    - Migliorare l'integrazione con Dipartimento della Salute Mentale e Arcispedale Sant'Anna per l'intervento terapeutico di fronte alle richieste psichiatriche urgenti.
    - Sviluppare e potenziare gli interventi in tema di coordinamento e omogeneizzazione dei comportamenti clinici tramite la predisposizione di procedure integrate per:
      - l'attivazione di percorsi di continuità ospedale/territorio per: l'autismo, gli aspetti cognitivo-linguistici, le patologie psichiatriche, i ricoveri in emergenza-urgenza in età adolescenziale (SPDC e SPOD);
      - la costruzione di un protocollo di rivalutazione e cura integrato delle cefalee nell'infanzia e nell'adolescenza;
      - la sperimentazione e implementazione dei protocolli terapeutici per i disturbi specifici dell'apprendimento, disturbi dell'attenzione e iperattività, paralisi cere-

- brali infantili e linee guida diagnostiche per i disturbi psichiatrici in infanzia e adolescenza;
  - sviluppare l'interconnessione tra i Nuclei delle Cure Primarie e la S.C. SMRIA per le patologie oncologiche e celiache.
- Ridurre il grado di onerosità dei fattori produttivi impiegati tramite interventi organizzativi.
  - A. Definire la bozza del nuovo regolamento del Programma interaziendale di Salute Mentale, tra le Unità Operative dell'Azienda USL di Ferrara e i servizi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Arcispedale Sant'Anna.
  - B. Mantenere e potenziare la distribuzione diretta dei farmaci nelle attività specialistiche ambulatoriali e di Day Hospital.

### **Azioni specifiche per il Distretto Centro Nord**

#### **1. La qualità dell'assistenza e l'efficienza gestionale**

- Sperimentazione dell'Agenzia Territoriale per l'integrazione socio-sanitaria del Distretto Centro Nord tramite la partecipazione dell'Unità Operativa SMRIA alla definizione dei prodotti e delle prestazioni dell'area disabili.
- Strategia dell'appropriatezza e dell'integrazione tra la Salute Mentale e le Cure Primarie.
  - a. Ulteriore sviluppo del programma regionale Liggieri finalizzato all'individuazione congiunta con i medici di medicina generale dei pazienti affetti da patologie psichiatriche in regime di assistenza ambulatoriale tramite la revisione e il consolidamento delle funzioni di consulenza, l'applicazione e verifica dei protocolli di collaborazione e attività di iniziative di formazione comune.
  - b. Integrazione con i pediatri di libera scelta tramite incontri concordati per la discussione di casi clinici comuni di particolare interesse e complessità.
  - c. Ulteriori progetti di integrazione con lungodegenza post-acuzie e dipendenze patologiche tramite:
    - monitoraggio dell'applicazione del protocollo LPARE/DSM Copparo;
    - verifica dell'applicazione del protocollo Sert.T Dipartimento di Salute Mentale, con monitoraggio degli interventi sul territorio, nelle residenze, nelle strutture di ricovero e di riabilitazione tramite l'attivazione di *audit* clinici.

### 3.6 L'Assistenza Ospedaliera

#### 3.6.1 Il Presidio Unico Ospedaliero

La *mission* del Presidio Unico Ospedaliero (PUO) è di fornire prestazioni di ricovero ospedaliero, sia programmabili che in emergenza-urgenza, per tutte quelle condizioni cliniche che lo richiedono. Tali prestazioni possono avvenire sia in regime di degenza ordinaria sia in regime di Day Hospital e di Day Surgery.

Il Presidio Unico Ospedaliero fornisce inoltre tutta una serie di prestazioni ambulatoriali nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale complessiva.

I sei stabilimenti ospedalieri in funzione nella Provincia di Ferrara sono stati aggregati funzionalmente in un unico Presidio Ospedaliero nel cui ambito sono state individuate due aree: l'Area 1 comprendente gli Ospedali di Cento, Bondeno e Copparo e l'Area 2 comprendente gli Ospedali del Delta, di Comacchio e di Argenta.

La dotazione complessiva attuale di posti letto del Presidio Unico Ospedaliero è di 744 posti letto, 633 di ricovero ordinario (RO) e 111 di ricovero in regime di Day Hospital.

Nello specifico abbiamo:

Le Unità Operative (UO) e i moduli Operativi (MO) degli stabilimenti ospedalieri:

Area ospedaliera Ovest – 1				Area ospedaliera Est – 2			
Stabilimento	Posti letto totali	Ricoveri ordinari	Day Hospital	Stabilimento	Posti letto Totali	Ricoveri ordinari	Day Hospital
Ospedale di Cento	174	161	13	Ospedale del Delta	221	199	22
Ospedale di Bondeno	61	40	21	Ospedale di Comacchio	59	44	15
Ospedale di Copparo	94	66	28	Ospedale di Argenta	135	123	12
<b>Totale</b>	<b>329</b>	<b>267</b>	<b>62</b>	<b>Totale</b>	<b>415</b>	<b>366</b>	<b>49</b>

Area ospedaliera Ovest – 1		Area ospedaliera Est – 2	
Stabilimento	Unità Operative	Stabilimento	Unità Operative
Ospedale di Cento	UO Cardiologia UO Chirurgia UO Laboratorio Analisi UO Medicina UO Ortopedia UO Ostetricia UO Pronto Soccorso UO Radiologia UO Urologia UO Anestesia/Rianimazione MO Riabilitazione UO Igiene e organizzazione Ospedaliera	Ospedale del Delta	UO Anestesia/Rianimazione UO Cardiologia UO Chirurgia UO Gastroenterologia UO Laboratorio Analisi UO Medicina UO Neurofisiologia UO Ortopedia UO Ostetricia UO Pediatria UO Pronto Soccorso UO Psichiatria UO Radiologia UO Urologia MO Lungodegenza MO Riabilitazione UO Igiene e organizzazione Ospedaliera

Area ospedaliera Ovest – 1		Area ospedaliera Est – 2	
Stabilimento	Unità Operative	Stabilimento	Unità Operative
Ospedale di Bondeno	MO Lungodegenza MO Riabilitazione UO Pronto Soccorso UO Radiologia	Ospedale di Comacchio	UO Anestesia/Rianimazione UO Chirurgia UO Day Surgery UO Gastroenterologia UO Laboratorio Analisi UO Pronto Soccorso UO Radiologia Mod. Dipartimentale Medicina MO Lungodegenza MO Riabilitazione
Ospedale di Copparo	UO Day Surgery UO Medicina UO Radiologia UO Malattie respiratorie MO Chirurgia MO Laboratorio Analisi MO Lungodegenza MO Riabilitazione	Ospedale di Argenta	UO Chirurgia UO Laboratorio Analisi UO Medicina UO Ortopedia UO Ostetricia/Ginecologia UO Pronto Soccorso UO Radiologia UO Anestesia/Rianimazione MO Lungodegenza MO Riabilitazione

Attualmente all'interno del Presidio Unico Ospedaliero agiscono sei Dipartimenti Ospedalieri Strutturali e un Dipartimento Funzionale.

I **Dipartimenti Ospedalieri strutturali**, che sono composti da Unità Operative e Moduli organizzativi affini, ma che operano in stabilimenti diversi, sono:

- Dipartimento dell’Emergenza
  - UO di Anestesia/Rianimazione
  - UO Pronto Soccorso
  - UO Day Surgery
- Dipartimento Medico
  - UO Medicina
  - UO Cardiologia
  - UO Lungodegenza
  - UO Gastroenterologia
  - UO Malattie Apparato respiratorio
  - MO Riabilitazione
- Dipartimento Chirurgico.
  - UO Chirurgia
  - UO Ortopedia
  - UO Urologia
- Dipartimento Materno Infantile
  - UO Ostetricia/Ginecologia
  - UO Pediatria
- Dipartimento della Diagnostica di Laboratorio
  - UO Laboratorio Analisi
- Dipartimento della Diagnostica per Immagini e di Radiologia Interventistica
  - UO Radiologia

Il **Dipartimenti Ospedalieri funzionali** sono:

- Dipartimento Medicina di Comunità di Copparo che comprende le UO presenti nell’Ospedale di Comunità di Copparo e si raccorda con i Dipartimenti strutturali tributari delle diverse unità operative:
  - UO Day Surgery
  - UO Medicina
  - UO Radiologia
  - UO Malattie Apparato Respiratorio



- MO Chirurgia
- MO Laboratorio Analisi
- MO Lungodegenza
- MO Riabilitazione

- Dipartimento Materno Infantile Transmurale

Il **Presidio Unico Ospedaliero** dell'Azienda USL è inserito nella rete complessiva dell'offerta ospedaliera della Provincia di Ferrara, comprendente anche le disponibilità dei posti letto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, secondo la logica dell'*hub and spoke*.



Tale lavoro di integrazione si evidenzia ulteriormente nell'obiettivo di realizzare delle Aree Programma con il compito di una più coerente programmazione provinciale di offerta di posti letto, di servizi, di risorse umane e tecnologiche, di formazione. Sono già stati deliberate le Aree Programma di Geriatria e Lungodegenza e di Oncologia, mentre sono in avanzata fase di definizione delle Aree Programma di Oculistica, Cardiologia, Diagnostica per Immagini e Laboratorio. Il già deliberato Dipartimento del Farmaco è invece un dipartimento strutturale.

Il Presidio Unico Ospedaliero ricerca anche una integrazione nei confronti delle altre macrostrutture aziendali (Distretti, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Sanità Pubblica) che sovrintendono a necessità assistenziali generalmente extraospedaliere.

Tale integrazione si è realizzata:

- nei confronti dei Distretti e dei Dipartimenti Cure Primarie soprattutto attraverso l'organizzazione complessiva dell'attività specialistica, i protocolli delle dimissioni protette e gli ambulatori dedicati alle dipendenze patologiche;
- nei confronti del Dipartimento Salute Mentale attraverso la presenza di servizi all'interno dell'Ospedale (Servizio Psichiatrico Ospedale del Delta);
- nei confronti del Dipartimento Sanità Pubblica attraverso l'organizzazione e l'esecuzione del II° livello degli screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella e alla predisposizione del nuovo screening per i tumori del colon retto.

Nell'ultimo anno l'attività del Presidio Unico Ospedaliero si è mossa secondo tre direttrici che hanno trovato nel 2006 le loro conseguenze applicative più evidenti. Esse sono:

- lo sviluppo di una coerente integrazione programmatica e di percorsi clinico-assistenziali tra ospedale e territorio attraverso il confronto costante con i costituiti Dipartimenti delle Cure Primarie;
- l'approfondimento specifico nei riguardi dell'attività specialistica ambulatoriale attraverso

- il riconoscimento dei ruoli e l'identificazione precisa dei compiti di committenza, produzione, monitoraggio, valutazione e gestione in capo ai diversi soggetti;
- la definizione dei momenti e delle sedi della necessaria condivisione sia della programmazione che dell'analisi continua dell'attività all'interno delle diverse articolazioni del Presidio Unico Ospedaliero (Direzioni Sanitarie, Dipartimenti, Unità Operative).

I primi due punti hanno trovato riscontro in obiettivi specifici della programmazione 2006, secondo una pratica ormai costante di condivisione di analisi e di procedure; il terzo punto si è sviluppato all'interno dell'attività del Collegio di Presidio da una parte e dei Collegi di Stabilimento dall'altra.

Le attività ospedaliere prevedono infatti dei compiti gestionali in capo ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri che trovano nel Collegio di Presidio, presieduto dal Direttore del Presidio Unico Ospedaliero, l'organismo pensato per facilitare la discussione e l'interfaccia rispetto a problematiche generali e al necessario coordinamento continuo con le indicazioni della Direzione Strategica.

Le attività ospedaliere, in un'azienda come la nostra dotata di sei stabilimenti, sono altresì localizzate nei singoli ospedali con una evidente necessità di applicazione omogenea delle diverse direttive e della stessa offerta. È allora nel Collegio di Stabilimento, presieduto dal Direttore di Area Sanitaria e composto da tutti i Responsabili di Unità Operativa attivi nell'ospedale e afferenti ai diversi Dipartimenti, il luogo della corrispondente condivisione di obiettivi generali e specifici.

Questa modalità di comunicazione organizzativa e funzionale sta portando innumerevoli vantaggi e miglioramenti nella pratica gestionale dei singoli ospedali.

### **Le Reti Specialistiche Interospedaliere**

Sono rappresentate da funzioni specialistiche Dipartimentali che attraverso percorsi di uniformazione organizzativa hanno raggiunto livelli di integrazione e omogeneità di offerta e che rappresentano sistemi specialistici diffusi ma con modalità operative comuni.

### **La Rete dell'Emergenza Territoriale (118)**

La Centrale Operativa 118 e i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza-Accettazione (DEA) costituiscono il fulcro della risposta operativa all'emergenza e alla necessità di legare in modo diretto, formale e soprattutto efficace, la fase pre a quella intra-ospedaliera orientando un'operazione culturale volta a superare il modello classico di Pronto Soccorso per sostituirlo con quello della *Emergency Medicine*.

Il governo clinico del sistema di emergenza sanitaria, che si caratterizza per una struttura organizzativa dipartimentale, dove alla trasversalità delle professionalità si associa una trasversalità strutturale, si espleta attraverso:

- l'identificazione di un percorso del paziente critico comune alla fase extra e intra-ospedaliera, assicurando adeguati livelli di assistenza nell'emergenza, dal territorio sino alla definitiva collocazione del paziente, tramite formazione specifica e interdisciplinare, utilizzando linee guida diagnostico-terapeutiche sottoposte a verifica periodica;
- la possibilità di comprendere all'interno di un percorso strutturalmente definito, tutte le professionalità mediche, infermieristiche e tecniche che presidiano tale percorso, con ciò identificando una interfaccia definita, che coordini tutte le figure coinvolte nella gestione del paziente critico nel Dipartimento di Emergenza, dal territorio alla destinazione finale;
- l'individuazione delle sedi che dispongono delle aree idonee e del personale adeguato a dare una risposta a questo percorso clinico identificato per i pazienti critici dove siano definiti in modo chiaro e verificato i processi clinici di continuità;
- contribuire alla educazione alla salute dei cittadini per un corretto uso del sistema delle emergenze sanitarie;
- sviluppare l'organizzazione della risposta alle maxi-emergenze, sia per la capacità di accoglimento che per la gestione territoriale.

La modalità di risposta ospedaliera alla emergenza-urgenza, nella nostra provincia, in rispetto di quanto indicato dall'Atto di Intesa Stato Regioni - Linee Guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria (GU 17/5/96) si esplica su 4 livelli:

1. Punti di Primo Intervento (PPI).
2. Pronto Soccorso ospedalieri.
3. Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di I livello (DEA I livello).

#### 4. Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di II livello (DEA II livello).

In base all'art. 6 comma 2 del DPR 27/3/92 le regioni individuano gli ospedali come sede di Pronto Soccorso e di Dipartimento di Emergenza.

1. I **Punti di Primo Intervento** sono costituiti da:
  - postazioni fisse o mobili organizzate per esigenze stagionali in località turistiche o in occasione di manifestazioni pubbliche con notevole raggruppamenti di persone;
  - presidi delle aziende USL che dopo il riordino della rete ospedaliera prevista dal DL 502-/92 rientrano fra i servizi di pronto soccorso previsti dai Piani Sanitari regionali;
 L'orario di attività dei punti di primo intervento può essere articolato nell'arco delle 12/24 ore secondo le esigenze locali (Ospedali di Bondeno, Copparo, Comacchio)
2. I **Pronto Soccorso ospedalieri** svolgono attività di accettazione per i casi elettivi e programmati, le urgenze differibili, indifferibili e le emergenze. Sono garantiti accertamenti diagnostici e nei casi necessari gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e il trasporto ad altra struttura ospedaliera in grado di fornire prestazioni specialistiche sotto il coordinamento della Centrale Operativa (Ospedale di Argenta).
3. I **Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di I livello** rappresentano l'aggregazione funzionale di Unità Operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale al fine di assicurare una risposta rapida e completa. Nell'ospedale sede di DEA dev'essere garantita la presenza in guardia attiva per 24 ore di pronto soccorso, accettazione e degenza breve, medicina, chirurgia, rianimazione, cardiologia con UTIC e, di norma, ortopedia. Per quanto riguarda le funzioni di ostetricia e ginecologia e la pediatria gli interventi possono essere garantiti anche attraverso dipartimenti interospedalieri o interaziendali (Ospedale del Delta e Ospedale di Cento).
4. **Dipartimenti di Assistenza e Accettazione di II livello:** oltre alle funzioni dei DEA di I livello vengono garantite anche le funzioni di più alta qualificazione quali neurochirurgia, terapia intensiva neonatale, chirurgia vascolare, chirurgia toracica (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara).

Per quanto riguarda il **soccorso extraospedaliero** il sistema ferrarese a fronte di un livello di medicalizzazione significativamente superiore alla media regionale presenta un sistema di ambulanze con mezzi e personale prevalentemente ad appartenenza aziendale con un territorio pianeggiante ma esteso ma con una viabilità non sempre adeguata. La distribuzione dei mezzi di soccorso nella Provincia di Ferrara è rappresentata nella Figura seguente (alla pagina seguente). A partire dal mese di settembre 2005 l'introduzione dell'automedica nelle modalità di emergenza territoriale a Ferrara ha permesso di rilevare precisi vantaggi, così elencabili:

- per un numero più elevato di pazienti critici si può garantire il supporto sanitario avanzato;
- per un numero rilevante di invii in emergenza la prima ambulanza sul posto può constatare bassi livelli di criticità e rendere immediatamente disponibile l'automedica per concomitanti ulteriori emergenze;
- per molti pazienti, con automedica intervenuta, si può procedere alla stabilizzazione clinica sul posto evitando la necessità dell'accompagnamento medico in ambulanza. Ciò rende il medico disponibile in tempo reale per ulteriori concomitanti allertamenti;
- in diversi casi, allorché tutte le ambulanze risultano impegnate in emergenza, l'automedica costituisce un mezzo di soccorso aggiuntivo disponibile per concomitanti allertamenti;
- in occasione di pazienti in condizioni critiche, l'arrivo contemporaneo sul posto dell'ambulanza e dell'automedica, agevola l'iter clinico-assistenziale e consente di effettuare più rapidamente e con maggiore efficacia la stabilizzazione dei pazienti;
- gli eventi indesiderati in funzione dell'attribuzione del codice di gravità, risultano sostanzialmente ridotti dalla possibilità di invio dell'automedica in supporto anche in occasione di codici gialli e verdi con successivo riscontro di elevata criticità.



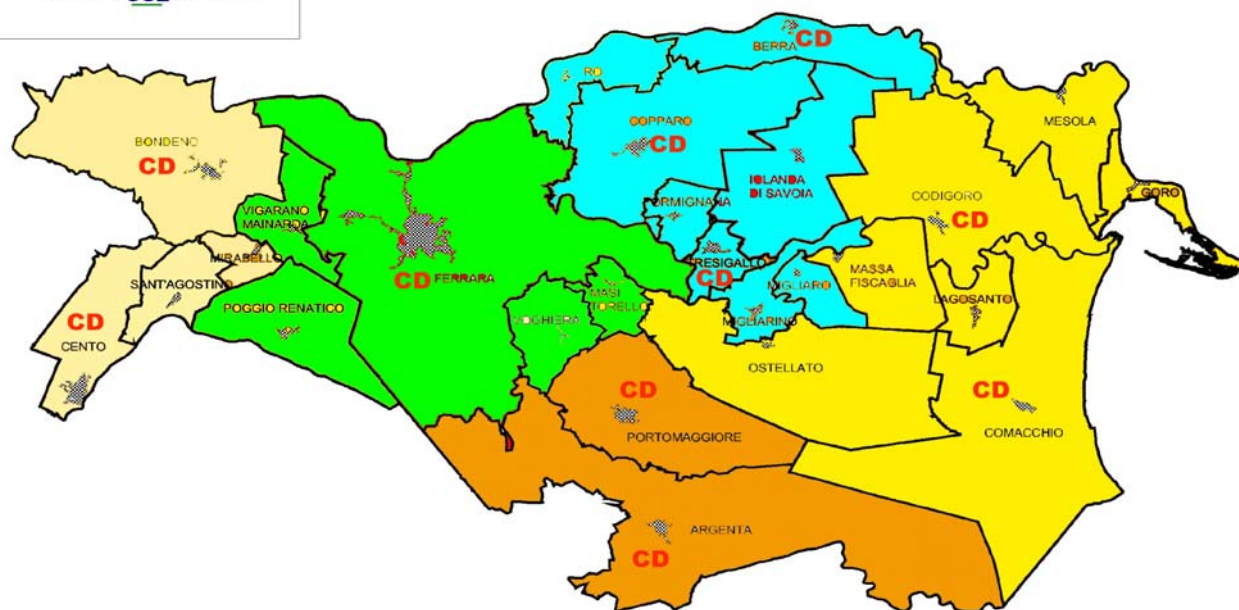
### La Rete degli Ambulatori Diabetologici

La Rete degli Ambulatori Diabetologici è una struttura specialistica ambulatoriale che garantisce e promuove la cura e la prevenzione del diabete mellito e delle sue complicanze, per mezzo:

- della presa in carico dei portatori di diabete;
- della gestione integrata con i medici di medicina generale degli assistiti diabetici con caratteristiche di stabilità di malattia o in Assistenza Domiciliare Integrata;
- della consulenza alle Unità Operativa di Emergenza e di Degenza Ospedaliera e Residenziale.
- di iniziative di informazione ed educazione sanitaria alla cittadinanza.

Nell’Azienda USL di Ferrara la funzione specialistica di Diabetologia è svolta dalla rete degli Ambulatori Diabetologici che afferiscono alle Unità Operative di Medicina Interna del Dipartimento di Medicina. Le Unità Operative di riferimento e le sedi degli ambulatori diabetologici sono:

- Unità Operativa di Medicina Interna dell’Ospedale di Argenta.
  - Ambulatorio di Argenta
  - Ambulatorio di Portomaggiore
- Unità Operativa di Medicina Interna dell’Ospedale di Cento.
  - Ambulatorio di Cento
- Unità Operativa di Lungodegenza dell’Ospedale di Bondeno.
  - Ambulatorio di Bondeno
- Unità Operativa di Medicina Interna dell’Ospedale del Delta.
  - Ambulatorio di Comacchio
  - Ambulatorio di Codigoro
- Unità Operativa di Medicina Interna dell’Ospedale di Copparo
  - Ambulatorio di Copparo
  - Ambulatorio di Tresigallo
  - Ambulatorio di Berra



Le attività ambulatoriali per gli aspetti tecnici, organizzativi e formativi sono gestite dal Coordinamento Diabetologico del Dipartimento di Medicina, che si avvale di un Referente Infermieristico Diabetologico per quanto attiene agli aspetti specifici degli operatori sanitari del comparto.

L'applicazione delle linee guida regionali per la Gestione Integrata del Diabete Mellito, che comportano una gestione collaborativa di una quota di assistiti portatori di Diabete con i medici di medicina generale, comporta una stretta relazione tra Rete degli Ambulatori Diabetologici e Dipartimenti di Cure Primarie.

L'integrazione con l'Unità Operativa di Diabetologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è garantita dal Coordinatore Diabetologico attraverso iniziative bilaterali e per mezzo del Tavolo Tecnico Provinciale Diabete (ove sono rappresentate oltre al Coordinamento Diabetologico e all'Unità Operativa di Diabetologia dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, i Dipartimenti di Cure Primarie, i Medici di Medicina Generale e le Associazioni dei pazienti diabetici).

### La Rete delle Funzioni Pneumologiche

L'attività specialistica di branca Pneumologica viene svolta, nel territorio provinciale di Ferrara, sia dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria che dall'Azienda UsI. La differenziazione tra le tipologie di attività risiede nel prevalente orientamento verso quelle di tipo preventivo, nonché di diagnosi e terapia su casistiche di livello meno complesso, nel contesto del presidio Unico Ospedaliero dell'Azienda USL. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria orienta essenzialmente le sue attività verso funzioni didattiche e di ricerca, e una funzione clinica maggiormente focalizzata sulla degenza e su casistiche di maggiore complessità, nell'ottica di un modello *Hub and Spoke*.

Le funzioni pneumologiche aziendali in grado di fornire le prestazioni di competenza della branca sono presenti all'interno del Presidio Unico Ospedaliero, ma prevalentemente inserite nelle Unità Operative di Medicina Interna, e quindi coinvolte in attività che devono essere rese coerenti con una visione aziendale, secondo protocolli di appropriatezza, valorizzando le singole professionalità in una logica di rete provinciale coesa in un comune modello di lavoro in team. La tendenza all'omogeneizzazione dei comportamenti professionali è sostenuta e incentivata, attraverso percorsi codificati e condivisi, da una funzione coordinata di Responsabile, operativamente coinvolto, in grado di svolgere una funzione di regia, nell'obiettivo di un miglioramento dell'efficienza e della qualità delle prestazioni rese.

All'Azienda USL spetta poi il compito di gestire direttamente e coordinare, sull'intero territorio pro-

vinciale, tutte le attività afferenti alla prevenzione e al trattamento ambulatoriale di una malattia dell'apparato respiratorio di rilevanza sociale quale la tubercolosi. Negli ultimi anni si è purtroppo assistito, per tale patologia, da un lato a un percepibile rialzo dell'incidenza e dall'altro a una graduale perdita delle competenze, presenti nelle passate generazioni di medici, necessarie per: corretta e tempestiva diagnosi, trattamento adeguato con monitoraggio degli effetti avversi, prevenzione del contagio e sorveglianza dei soggetti a rischio. A tale riguardo, la funzione proposta potrebbe garantire continuità, sia culturale che organizzativa, in generale nella prevenzione delle malattie respiratorie infettive e della patologia cronica (un tempo svolto dai Dispensari Pneumologici), e in particolare nella gestione della TBC, sia negli aspetti di prevenzione che nella gestione clinica e assicurativa. Ciò anche per il crescente impatto nella epidemiologia tubercolare del fenomeno della immigrazione regolare e clandestina.

È ulteriormente da considerare l'attività pneumologica richiesta, sull'intero territorio provinciale, per la gestione degli assistiti (anche in Assistenza Domiciliare Integrata) portatori di patologia respiratoria cronica, con o senza il supporto di ausili (Ossigenoterapia, Ventilazione Meccanica, ecc). Si tratta di un'area di importanza strategica, tanto per la tipologia dei pazienti che per i costi impropri, sociali ed economici, potenzialmente derivanti da una gestione carente sul piano dell'appropriatezza e dell'efficienza. Ciò si spiega per la complessità intrinseca di tale attività, i cui obiettivi primari sono costituiti dal mantenimento della migliore qualità della vita di questi pazienti al loro domicilio, contenendo al tempo stesso, per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero e all'emergenza territoriale.

### **Le Aree di Integrazione Specialistica Interaziendale**

Sono state costituite aree specialistiche di integrazione funzionale interaziendale tra Azienda USL di Ferrara e Azienda Ospedaliero-Universitaria, con l'obiettivo di creare percorsi comuni di assistenza su specifiche tematiche. Si tratta di programmi interaziendali in base ai quali Unità Operative e altre articolazioni organizzative già afferenti all'Azienda Ospedaliera di Ferrara, e strutture dell'Azienda USL vengono aggregati funzionalmente allo scopo di raggiungere obiettivi sanitari organizzativi, assistenziali e scientifici:

- Programma interaziendale funzionale di Geriatria e Lungodegenza
- Programma interaziendale funzionale di Oncologia

Sono in programma analoghe iniziative nelle seguenti discipline:

- Programma interaziendale funzionale di Cardiologia
- Programma interaziendale funzionale di Oculistica
- Programma interaziendale funzionale di Diagnostica per Immagini
- Programma interaziendale funzionale di Diagnostica di Laboratorio.

### 3.6.2 Distretto Centro Nord

#### 3.6.2.1 Localizzazione Territoriale

Nel Distretto Centro Nord è attivo come Ospedale dell'Azienda USL, oltre all'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, lo Stabilimento Ospedaliero S. Giuseppe di Copparo. In questa struttura sono disponibili 94 posti letto complessivi, di cui 66 ordinari e 28 di Day Hospital e Day Surgery, 8 dei quali di riabilitazione per gli ospitati a Tresigallo.

I posti letti sono così distribuiti per specialità:

OSPEDALE DI COPPARO			
Unità Operative Ospedale di Copparo	Posti Letto Ordinari	Posti Letto Day Hospital	Posti Letto Totali
MEDICINA INTERNA	26	12	38
L.P.A. (LUNGODEGENZA post-acute)	30	-	30
CHIRURGIA	10	-	10
PNEUMOLOGIA	-	-	-
DAY SURGERY POLISPECIALISTICO	-	8	8
RIABILITAZIONE (Sede Copparo-Tresigallo)	-	8	8
<b>TOTALE</b>	<b>66</b>	<b>28</b>	<b>94</b>

#### Dati di sintesi

Sono stati precedentemente illustrati i dati relativi al tasso di ospedalizzazione e al tasso di mobilità passiva dei cittadini residenti nei singoli Comuni del Distretto Centro Nord, e i dati relativi all'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture di ricovero.

Vengono qui presentati i dati relativi ai primi 20 DRG (*Diagnosis Related Groups* – Raggruppamenti omogenei di diagnosi) prodotti in regime di ricovero ordinario e i primi 10 DRG prodotti in regime di Day Hospital e Day Surgery da tutte le Unità Operative presenti rispettivamente nell'Ospedale di Copparo.

Anno 2005  
Primi 20 DRG\* prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Copparo  
Ricoveri Ordinari

DRG	Descrizione DRG	DIMESSI		
		residenti	Mobilità Attiva	Totale
127	M - Insufficienza cardiaca e shock	169	1	170
15	M - Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	64	2	66
290	C - Interventi sulla tiroide	63	3	66
14	M - Malattie cerebrovas. specifiche eccetto TIA	63	2	65
17	M - Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	53		53
89	M - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	50	1	51
158	C - Interventi su ano e stoma, senza CC	41	1	42
88	M - Malattia polmonare cronica ostruttiva	40	1	41
236	M - Fratture dell'anca e della pelvi	40		40
183	M-Esofag., gastroen., miscel. malattie app. digerente età >17 no CC	38		38
87	M - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	36		36
82	M - Neoplasie dell'apparato respiratorio	30	1	31
90	M - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	29	1	30
149	C - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza CC	26	1	27
138	M - Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, con CC	26		26
139	M - Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC	26		26
12	M - Malattie degenerative del sistema nervoso	25		25
172	M - Neoplasie maligne dell'apparato digerente, con CC	21	1	22
65	M - Alterazioni dell'equilibrio	20	1	21
395	M - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	21		21
494	C- Colectomia laparosc. senza esploraz. dotto bil. no CC	21		21

DRG\* sono 21 per stesso totale di dimessi

Anno 2005				
Primi 10 DRG* prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Copparo e Tresigallo				
Day Hospital				
DRG	Descrizione DRG	DIMESSI		
		residenti	Mobilità Attiva	Totale
119	C - Legatura e stripping di vene	115	3	118
162	C-Interventi per ernia inguinale e femorale > 17 no CC	111	1	112
364	C-Dilataz.e raschiamento, conizzazione no neoplasie mal.	83		83
229	C - Int. su mano o polso no Int. maggiori sulle articolaz., no CC	41	26	67
408	C - Alterazioni mieloprolif. o neoplasie poco differenz. con altri int.	54	1	55
231	C-Esciss. locale rimoz.mezzi fis.intramollare no anca e femore	19	23	42
311	C - Interventi per via transuretrale, senza CC	40		40
381	C - Aborto con dilataz.e raschiam., mediante aspiraz.o isterot.	31	6	37
503*	C - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	30	6	36
360	C - Interventi su vagina, cervice e vulva	35		35

DRG 503 sostituisce DRG 222

### 3.6.2.2 Considerazioni sui risultati 2005 e obiettivi 2006

#### Interventi strutturali e riorganizzativi avvenuti nel 2005

Nel corso del 2005 presso l'Ospedale di Copparo sono stati eseguiti numerosi interventi strutturali, tesi a un miglioramento sia per quanto riguarda la sicurezza che la qualità dell'assistenza prestata. Essi sono rappresentati da:

- apertura del cantiere per la nuova diagnostica di risonanza magnetica;
- apertura del cantiere per il nuovo Ambulatorio Dialisi (che ha comportato il temporaneo trasferimento dell'Ambulatorio Diabetologico dell'Ospedale di Copparo presso la sede di Tresigallo e la ricollocazione del Centro Prelievi AVIS nelle vicinanze del Punto di Primo Soccorso).

Per quanto riguarda invece gli aspetti funzionali o il miglioramento dell'offerta sanitaria, si ricordano soprattutto:

- l'implementazione del Day Surgery ortopedico, specialità attivata a Copparo nel 2004. Tale iniziativa è risultata idonea a contrastare la notevole mobilità passiva per DRG ortopedici riscontrata soprattutto nei Comuni di Berra e Ro e si avvale delle competenze cliniche sia dell'équipe ortopedica di Argenta (Dr. Vasina) che dell'Ospedale del Delta (Dr. Faccini), oltre che della collaborazione dell'Ortopedia di Cento;
- la riorganizzazione dell'attività riabilitativa tesa al riequilibrio dell'offerta, tra le sedi di Copparo e Tresigallo nella prospettiva di un crescente coinvolgimento con le funzioni di Lungodegenza Riabilitativa.

#### Interventi previsti nel 2006

Per l'Ospedale di Copparo sono previsti nel 2005 numerosi interventi strutturali, tesi al miglioramento del comfort di alcuni servizi esistenti e la predisposizione di nuove attività. Essi consistono in:

- completamento del nuovo Servizio Dialisi;
- completamento della diagnostica di Risonanza Magnetica, che doterà l'Ospedale di Copparo di una fondamentale ulteriore risorsa tecnologica che determinerà una evidente moltiplicazione dell'offerta radiologica in termini qualitativi e di sofisticazione dei percorsi diagnostici;
- progettazione del nuovo Ambulatorio Diabetologico;
- messa a punto dello Schema Direttore 2007-2010.



Per quanto riguarda invece gli aspetti funzionali o il miglioramento dell'offerta sanitaria, si ricordano soprattutto:

- la riorganizzazione complessiva dell'attività chirurgica con la revisione dei protocolli di chirurgia programmata, il miglioramento dell'appropriatezza, la sistematizzazione dell'attività ortopedica e oculistica in Day Surgery, la creazione di PAC (Percorsi Assistenziali Complessi) di chirurgia tiroidea;
- la riorganizzazione dell'attività diabetologica attraverso l'informatizzazione degli ambulatori e la costituzione di una banca dati provinciale;
- la creazione di un percorso in Day Service in Pneumologia;
- l'attivazione della Risonanza Magnetica.

<b>Obiettivi programmazione 2006 del Presidio Unico Ospedaliero (PUO) di interesse aziendale</b>		
	<b>Titolo dell'obiettivo</b>	<b>Strutture Coinvolte</b>
1	Definire con i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e del PUO i criteri di selezione dei Profili per ricoverati in ambito medico, chirurgico, ostetrico, pediatrico e dell'emergenza	Direzione PUO Dipartimenti Clinici
2	Informatizzazione Progetto SOLE	Direzione PUO CED
3	Analisi di efficienza del PUO per aree omogenee	Direzione PUO
4	Collaborazione all'attività del dipartimento cure primarie nella codifica dei percorsi dell'attività specialistica ambulatoriale, per quanto attiene all'ambito ospedaliero	Direzione PUO Dipartimento di Cure Primarie Dipartimenti Ospedalieri
5	Definizione di un modello aziendale di piani di lavoro per tutte le attività preanalitiche, di prelievo, analitiche e postanalitiche. Produzione di un modello dipartimentale di articolazione di servizio per i 3 tipi di servizio di laboratorio (24 h, 12 h, 8 h)	Dipartimento Diagnostica di Laboratorio
6	Riorganizzazione dell'attività diabetologica	Dipartimento di Medicina Dipartimento di Cure Primarie
7	Distribuzione di farmaci ad alto costo	Dipartimenti Ospedalieri Dipartimento Farmaceutico
8	Dimissione protetta con eventuale attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata	Dipartimento di Medicina Staff Assistenza Domiciliare Integrata Dipartimento di Cure Primarie

Obiettivi programmazione 2006 del Presidio Unico Ospedaliero di interesse distrettuale Distretto Centro Nord		
	Titolo dell'obiettivo	Strutture Coinvolte
1	Riorganizzazione del piano del buon uso del sangue e del plasma	Dipartimento Emergenza
2	Miglioramento tempi di attesa; percorsi di diagnostica strumentale cardiologica non invasiva	Dipartimento di Medicina di Comunità Dipartimento Cure Primarie
3	Riduzione delle prestazioni erogate in regime di Day Hospital favorendo l'utilizzo di Percorsi Assistenziali Complessi	Dipartimento Medicina di Comunità Dipartimento Cure primarie
4	Appropriato uso dei Day Hospital; assenza di ricoveri in Day Hospital a parte DRG oncologici; protocollo di osservazione breve e funzionale	Dipartimento di Medicina di Comunità
5	Riorganizzazione dei percorsi diabetologici secondo progetto SOLE; attivazione formale del Day Service per pazienti in fase diagnostica; completamento dell'attivazione formale dei Piani Assistenziali Complessi e dei Piani di Assistenza Familiare per pazienti cronici.	Dipartimento di Medicina Dipartimento Cure Primarie
6	Controllo complicitanze ed eventi avversi durante il ricovero	Dipartimento di Medicina
7	Trasformazione DRG a bassa complessità da Day Hospital a percorso ambulatoriale complesso	Dipartimento di Chirurgia
8	Isteroscopia diagnostiche da ricovero in Day Hospital. a regime ambulatoriale con attivazione del relativo PAC	Dipartimento Materno Infantile
9	Attivazione progressiva della diagnostica risonanza magnetica; messa a punto, addestramento, avvio della attività clinica	Dipartimento Diagnostica per Immagini
10	Attivazione di un gruppo di medici di medicina generale sperimentatori del percorso SOLE (Sanità On Line) per il ciclo prescrizione-refertazione, per aggiornamenti scelta-revoca e per accettazione dimissione e trasferimento	Dipartimento Medicina di Comunità Dipartimento cure Primarie

## Obiettivi programmazione 2007 del PUO di interesse distrettuale

### Distretto Centro Nord

I Servizi dell'**Ospedale di Comunità di Copparo** sono attualmente il risultato di iniziative di profonda riorganizzazione operate negli ultimi dieci anni (Costituzione di Modulo Acuti con accorpamento di Medicina e Chirurgia, Costituzione della Lungodegenza, Costituzione del Poliambulatorio unico ospedaliero e territoriale, ricollocazione di Day Hospital e oculistica, Ristrutturazione Radiologia e costituzione della Diagnostica RM, integrazione dei Servizi di Salute donna e Salute Infanzia) con la costituzione di un equilibrio che appare in generale soddisfacente per i requisiti di funzionalità rispetto alle necessità evidenziabili da utenti e operatori.

È comunque evidente la necessità di un adeguamento strutturale alle norme vigenti e di programmare il ruolo dell'Ospedale di Comunità nella rete ospedaliera provinciale nella prospettiva delle dinamiche indotte dalla attivazione del Nuovo S. Anna di Cona, cogliendo l'occasione per migliorare gli aspetti organizzativi più critici e nella prospettiva di sviluppo di progetti di integrazione con i medici di medicina generale e con i Servizi Territoriali.

L'attivazione del nuovo Ospedale di Cona, prevista per il 2009-2010, modificherà sensibilmente il baricentro della rete Ospedaliera provinciale, sia in termine di percorsi che in termini di qualità e quantità di offerta.

Sostanzialmente da un lato il nuovo Ospedale e la costituzione del polo Socio-Sanitario unico presso la sede attuale dell'Ospedale S. Anna modificheranno l'accessibilità di servizi per i cittadini

dei sei comuni copparese, così come è accaduto con l'apertura dell'Ospedale del Delta a Lago-santo.

Le azioni da promuovere si possono riassumere in:

#### **Rimodulazione della rete integrata di Day Surgery:**

L'ospedale di Copparo da circa 9 anni ha sviluppato il modello di Chirurgia di giorno, integrando numerose discipline specialistiche (Chirurgia Generale, Oculistica, Ginecologia, Ortopedia, Urologia) e soprattutto integrando professionisti di varia estrazione (Strutturati, Convenzionati esterni, Liberi professionisti, Convenzionati Azienda Ospedaliero-Universitaria). Questo modello gestionale di "struttura di servizi", flessibile ed efficiente deve essere ulteriormente sviluppato, anche alla luce di una crescente tendenza verso la chirurgia mini-invasiva e la chirurgia ambulatoriale. Quindi occorre sviluppare ulteriormente il processo di integrazione tra strutture (Unità Operativa dei Dipartimenti di Chirurgia Aziendale e Interaziendali), con la creazione di percorsi qualificati che migliorano le potenzialità di offerta degli Ospedali di II e III livello per la chirurgia complessa concentrando la chirurgia di giorno in strutture dedicate. Una vera gestione in rete favorisce inoltre il confronto professionale, motore indispensabile per un processo di miglioramento e di uniformazione, garanzie di un'offerta di servizi altamente qualificata. Per tale motivo l'attività di chirurgia si è da tempo orientata verso la chirurgia in Day Surgery riducendo consistentemente l'utilizzo di posti letto di degenza ordinaria solamente a situazioni di proseguimento della osservazione postchirurgica oppure a specifiche situazioni di bisogno sociale o clinica (one Day Surgery).

#### **Sviluppo di una vocazione riabilitativa di Lungodegenza post-acuzie (L.P.A.)**

La collocazione geografica e la storia dell'ospedale di Copparo giustificano la ridefinizione del ruolo della sezione di L.P.A. nella logica di supporto a percorsi in acuto svolti nei due maggiori Ospedali provinciali (Delta e Cona) per l'area a più elevata densità abitativa della provincia (Distretto Centro-Nord). La rete provinciale di Geriatria e Lungodegenza ha già creato i presupposti per un rinnovato ruolo della L.P.A. nei percorsi di recupero della autonomia e nello sviluppo di un'interconnessione con tutte le soluzioni di assistenza al domicilio e in strutture residenziali. Si tratta di percorsi che oltre a rimodulare disponibilità di risorse e offerta incidono significativamente negli schemi consolidati delle soluzioni attese e nel ruolo dei professionisti socio-sanitari, per tale motivo al di là degli evidenti benefici di un'assistenza al domicilio il percorso risulta strettamente dipendente dalla capacità del sistema di costruire soluzioni sostenibili ed efficaci attraverso il più ampio coinvolgimento. In questa prospettiva l'inserimento di una funzione di **Country Hospital**, che coinvolge in percorsi assistenziali della cronicità il Medico di Medicina Generale, costituisce sia un ulteriore elemento di integrazione che un'opportunità innovativa (Country Hospital in una struttura Ospedaliera) in un percorso di assistenza domiciliare con garanzia di continuità, ma anche di temporaneo supporto non altrimenti gestibile al domicilio.

#### **Rimodulazione della rete dell'Emergenza**

Una delle criticità più evidenti dell'attività di Pronto Soccorso riguarda il consolidato prevalente accesso di casistica a basso impatto di urgenza clinica, a seguito di una reale carenza di disponibilità alternativa di risposte in tempo reale ai bisogni urgenti di salute. Oltre l'80% della casistica di Pronto Soccorso è costituita dai cosiddetti codici bianchi e codici verdi (casistica a basso contenuto di urgenza) che, di fatto, impegnano un sistema dedicato all'emergenza (codici gialli e rossi), influenzando negativamente sull'efficienza e creando distorsioni dei percorsi.

**Ambulatorio Codici Bianchi-Verdi:** quanto premesso ha indotto la necessità di costituire sistemi di risposta alternativa, quali l'istituzione di ambulatori per codici bianchi e verdi gestiti da Medici di Medicina Generale che integrano l'attività di Emergenza, riservando le risorse di Pronto Soccorso alla casistica di maggiore complessità. Presso il Punto di Primo Soccorso di Copparo è in previsione l'istituzione di tale livello di integrazione utile a dare risposte qualificate e mirate, in tempi brevi ai circa 9.000 cittadini che si rivolgono a questo servizio, mantenendo la gestione 118 con ambulanza medicalizzata quale snodo della rete di Emergenza Territoriale.

#### **Sviluppo della Rete di degenza medica per acuti**

Vi è una consolidata evidenza che per buona parte dell'anno si assiste, nella rete ospedaliera, a una pressante richiesta in urgenza di posti letto di medicina interna, motivata essenzialmente sia dall'incremento della durata di vita e delle patologie croniche riacutizzate, che dalla ancora insufficiente disponibilità del sistema socio-sanitario di percorsi assistenziali territoriali, anche in relazione ai mutamenti demografici e al consistente incremento di nuclei familiari monocomponente. Tale ricorrente situazione induce situazioni di sofferenza organizzativa con sovraffollamento dei reparti medici e riduzione di attività dei reparti chirurgici. Risulta essenziale individuare tutte quelle soluzioni, nell'ambito di un sistema in rete, che consentono di fare

fronte a esigenze, ormai non solo stagionali, quali l'istituzione di aree di Osservazione Breve e di percorsi diagnostici a elevata efficienza che riducano la necessità di degenza, spesso destabilizzanti per il malato geriatrico con pluripatologia cronica. Si è quindi consolidato un utilizzo di buona parte dei letti chirurgici per casistica di medicina interna, soprattutto in una logica di rete con gli altri stabilimenti provinciali, orientata alla gestione di una perdurante emergenza posti letto di Medicina che si protrae per buona parte dell'anno.

### ***Ulteriore integrazione delle reti di diagnostica ambulatoriale***

La rete della diagnostica ambulatoriale necessita di una profonda revisione secondo due linee convergenti, l'utilizzo appropriato di indagini e la accessibilità in termini di tempi di attesa e di accoglienza. L'appropriatezza necessita di condivisione tra professionisti rispetto alle priorità e alle evidenze di indicazioni all'indagine, all'interno di un sistema di specialistica in rete. È inoltre necessaria un'opportuna informazione sanitaria che ridefinisca il reale obiettivo dei percorsi diagnostici, per la loro capacità di fornire indicazioni utili a scelte di cura e non solo come succedanei di salute o di tutela della responsabilità. All'Ospedale di Copparo, da tempo strutturato come importante punto di diagnostica ambulatoriale, occorre migliorare l'accessibilità con soluzioni logistiche e incrementare l'integrazione in rete sia con i medici di medicina generale nella prospettiva di appropriatezza, con gli specialisti mediante percorsi di presa in carico, tra servizi diagnostici per una qualificazione della offerta e per più robuste soluzioni organizzative (es. Radiologia e Laboratorio analisi). Indispensabile inoltre consolidare le collaborazioni con Unità Operativa specialistiche aziendali e interaziendali perseguendo obiettivi di efficienza ed efficacia:

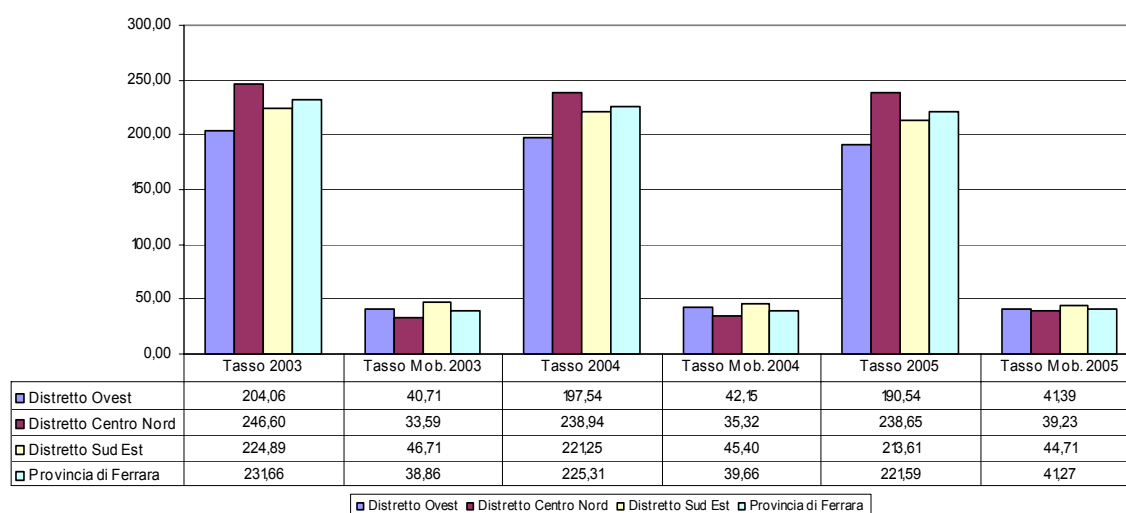
- attività oculistica integrata con Clinica Oculistica Università di Ferrara per incremento diagnostica Fluorangiografica e di Laserterapia;
- incremento delle attività diagnostica di Risonanza Magnetica;
- incremento di offerta riabilitativa ambulatoriale presso l'Ospedale di Copparo;
- consolidamento delle attività ambulatoriali di Ortopedia, Urologia, Ginecologia, Oncologia, con ulteriore sviluppo di percorsi facilitati in collaborazione con i medici di medicina generale;
- progressiva informatizzazione delle Attività Sanitarie.

## I CONSUMI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE E AMBULATORIALI

### 4.1 Le domande di utilizzo e i flussi di mobilità

Il tasso provinciale di ospedalizzazione risulta il più elevato della Regione (sia in forma grezza, sia in forma standardizzata) e il suo trend, dopo un triennio di sostanziale stabilità, ha ripreso negli ultimi anni a calare significativamente passando dai 231,66 ricoveri per mille residenti del 2003 ai 221,59 del 2005; tale diminuzione, pur evidente e pur manifestandosi da una base di partenza più elevata, risulta in linea con quella presente a livello regionale ove nello stesso periodo si è assistito al passaggio dai 197,29 ai 187,64 ricoveri per mille abitanti per anno. Esistono inoltre differenze molto significative all'interno degli stessi distretti provinciali, in particolar modo relativamente al Distretto Centro Nord e al Distretto Sud Est.

Trend Tasso Ospedalizzazione e Mobilità - Anni 2003-2005  
(n° ricoveri per mille residenti per anno)



Distretto Sud Est	Day Hospital	Tasso Ospedaliz.	Ordinari	Tasso Ospedaliz.	Totale	Tasso Ospedaliz.
S. Anna	1.578	15,45	2.964	29,02	4.542	44,47
Azienda USL	3.543	34,69	9.018	88,30	12.561	122,99
Case di Cura Ferrara	107	1,05	210	2,06	317	3,10
Mobilità passiva infraregione	564	5,52	1.794	17,57	2.358	23,09
<b>Totale infraregione</b>	<b>5.792</b>	<b>56,71</b>	<b>13.986</b>	<b>136,94</b>	<b>19.778</b>	<b>193,66</b>
Mobilità passiva extraregione 2005	684	6,70	1.380	13,51	2.064	20,21
<b>TOTALE</b>	<b>6.476</b>	<b>63,41</b>	<b>15.366</b>	<b>150,46</b>	<b>21.842</b>	<b>213,87</b>

Provincia di Ferrara	Day Hospital	Tasso Ospedaliz.	Ordinari	Tasso Ospedaliz.	Totale	Tasso Ospedaliz.
S. Anna	10.605	30,17	23.890	67,97	34.495	98,15
Azienda USL	7.374	20,98	17.253	49,09	24.627	70,07
Case di Cura Ferra	1.047	2,98	3.555	10,11	4.602	13,09
Mobilità passiva infraregione	1.772	5,04	5.156	14,67	6.928	19,71
<b>Totale infraregione</b>	<b>20.798</b>	<b>59,18</b>	<b>49.854</b>	<b>141,85</b>	<b>70.652</b>	<b>201,02</b>
Mobilità passiva extraregione 2005	2.249	6,40	4.980	14,17	7.229	20,57
<b>TOTALE</b>	<b>23.047</b>	<b>65,57</b>	<b>54.834</b>	<b>156,02</b>	<b>77.881</b>	<b>221,59</b>

Le differenze rilevate nei consumi delle prestazioni di ricovero tra le diverse province all'interno della regione, ma anche tra i diversi Comuni malgrado la standardizzazione per età e sesso, rimangono molto significative e sembrano essere più intimamente legate a differenze comportamentali piuttosto che a reali differenze del quadro epidemiologico.

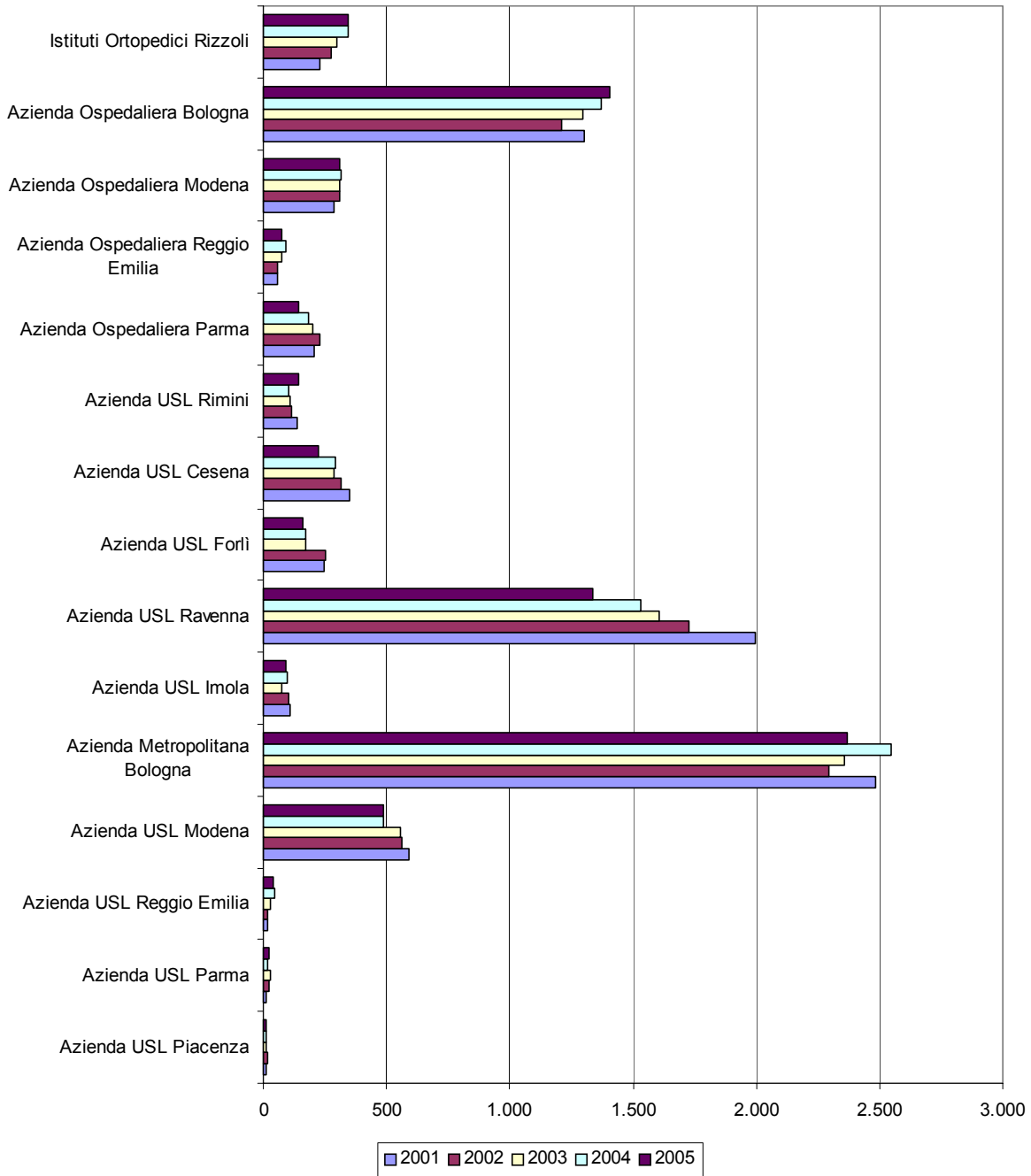
Ai fini programmatori si è utilizzato il metodo della valutazione dei consumi attraverso l'esame delle matrici di posizionamento che analizza il rapporto tra tasso di ospedalizzazione del singolo Comune del Distretto raffrontato con la mobilità sanitaria.

Una riflessione particolare merita la valutazione complessiva della mobilità sanitaria.

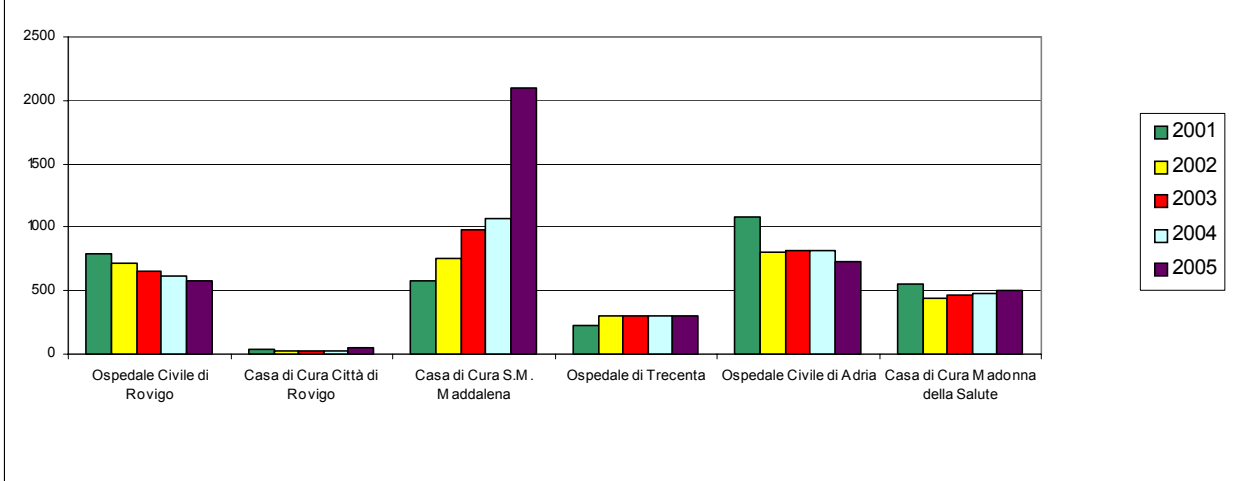
### Mobilità Sanitaria

- La mobilità sanitaria, malgrado la consistente e simultanea diminuzione dei tassi di ospedalizzazione legata alla diminuzione complessiva dei ricoveri, è un fenomeno in costante aumento ovunque.
- La mobilità sanitaria rappresenta un'area grigia della ricerca scientifica e rappresenta forse più un problema per le aziende che per la comunità scientifica.
- In termini assoluti di costi sostenuti da parte della Regione Emilia-Romagna per mobilità sanitaria passiva extraregionale (degenze), la Azienda Sanitaria ferrarese si colloca ancora con Parma, Modena, Reggio e Bologna (area metropolitana, cioè Azienda di Bologna più Azienda di Imola) in una fascia di Province che rappresentano ciascuna dal 10 al 13% della spesa complessiva regionale; in termini relativi, anche per il 2005, la nostra Provincia si colloca invece al secondo posto (20,55 ricoveri per mille residenti), dietro Piacenza (40,96 ‰) e davanti a Parma (17,23‰) e Rimini (13,42‰) con una media regionale pari al 12,50‰. È aumentato quindi lo scostamento tra media provinciale e media regionale.
- Il saldo medio regionale di aumento dei costi sostenuti per mobilità sanitaria (tutte le attività) nell'anno 2005 rispetto all'anno 2004 è pari al 5,3%; quello provinciale è invece pari al 8,7%.

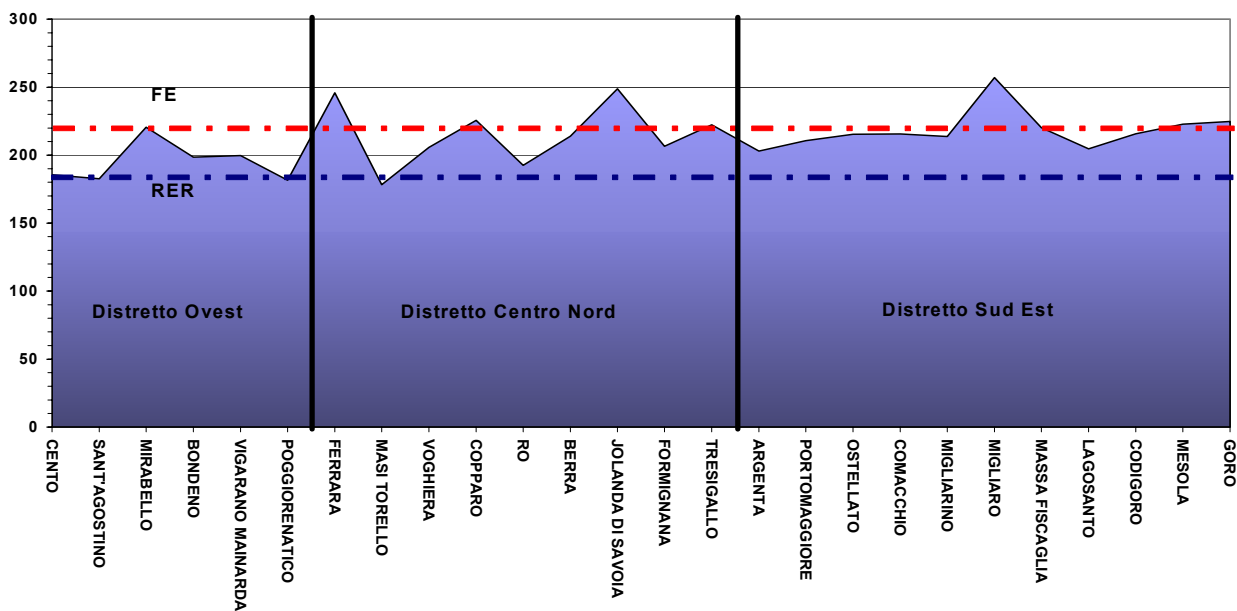
Trend Mobilità Passiva infraregionale per Azienda Erogatrice - Anni 2001-2005



Serie storica Dimessi ASSL 118 e 119 (Rovigo)

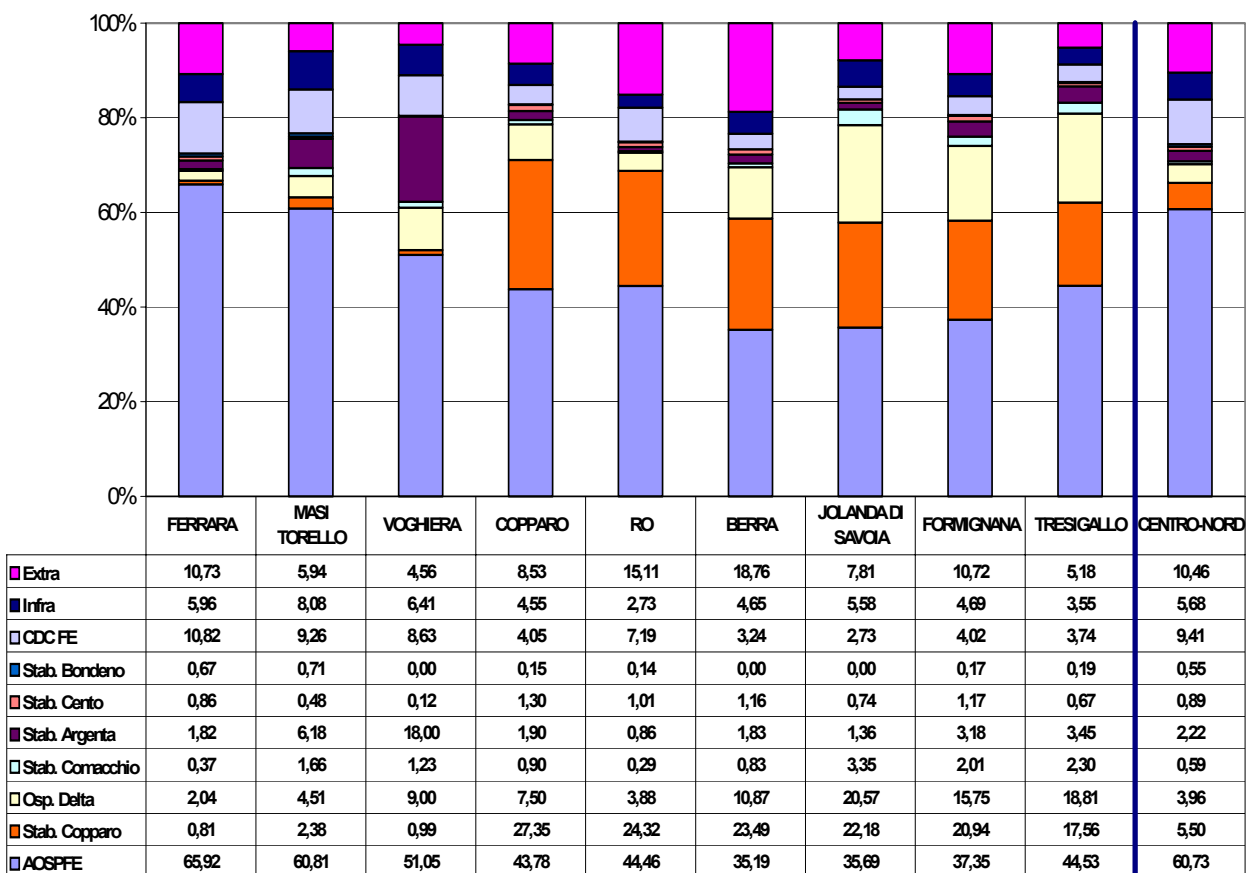


Tassi Grezzi di Ospedalizzazione Comunali - Anno 2005



U.O. Sistema Informativo e Committenza

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero  
Anno 2005 - Distretto Centro-Nord

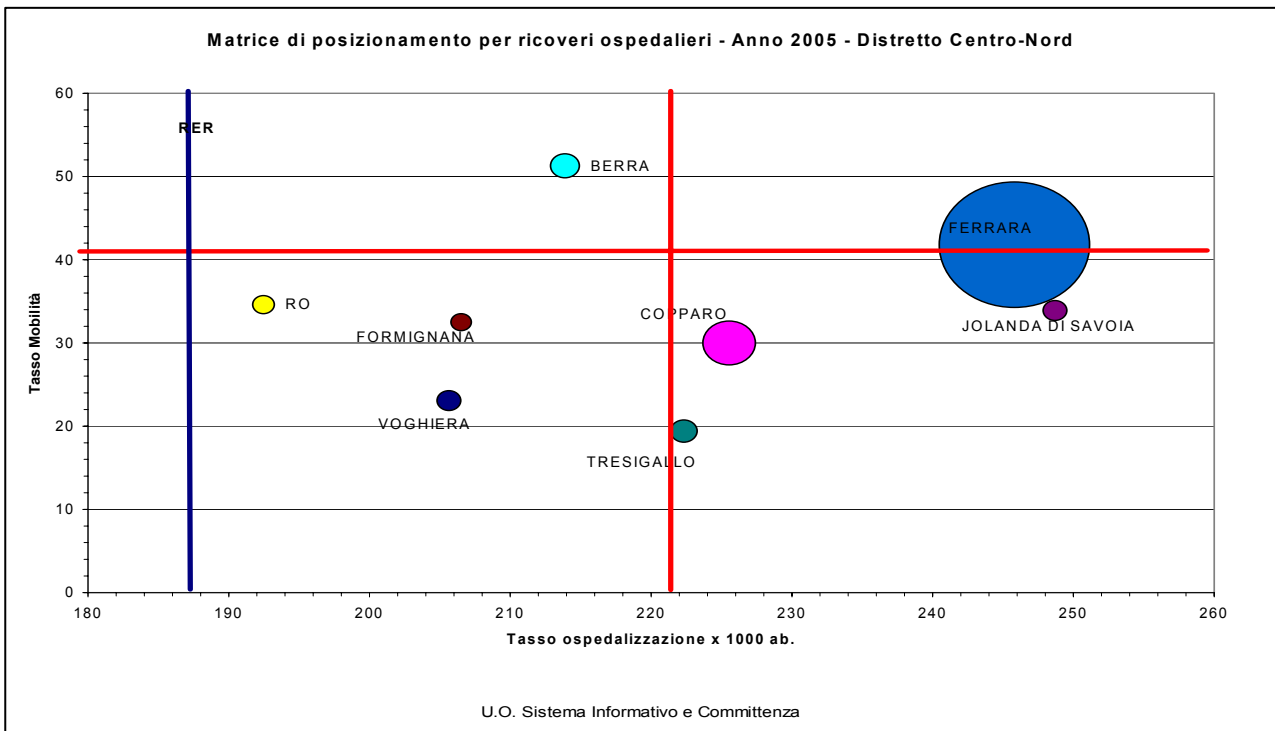
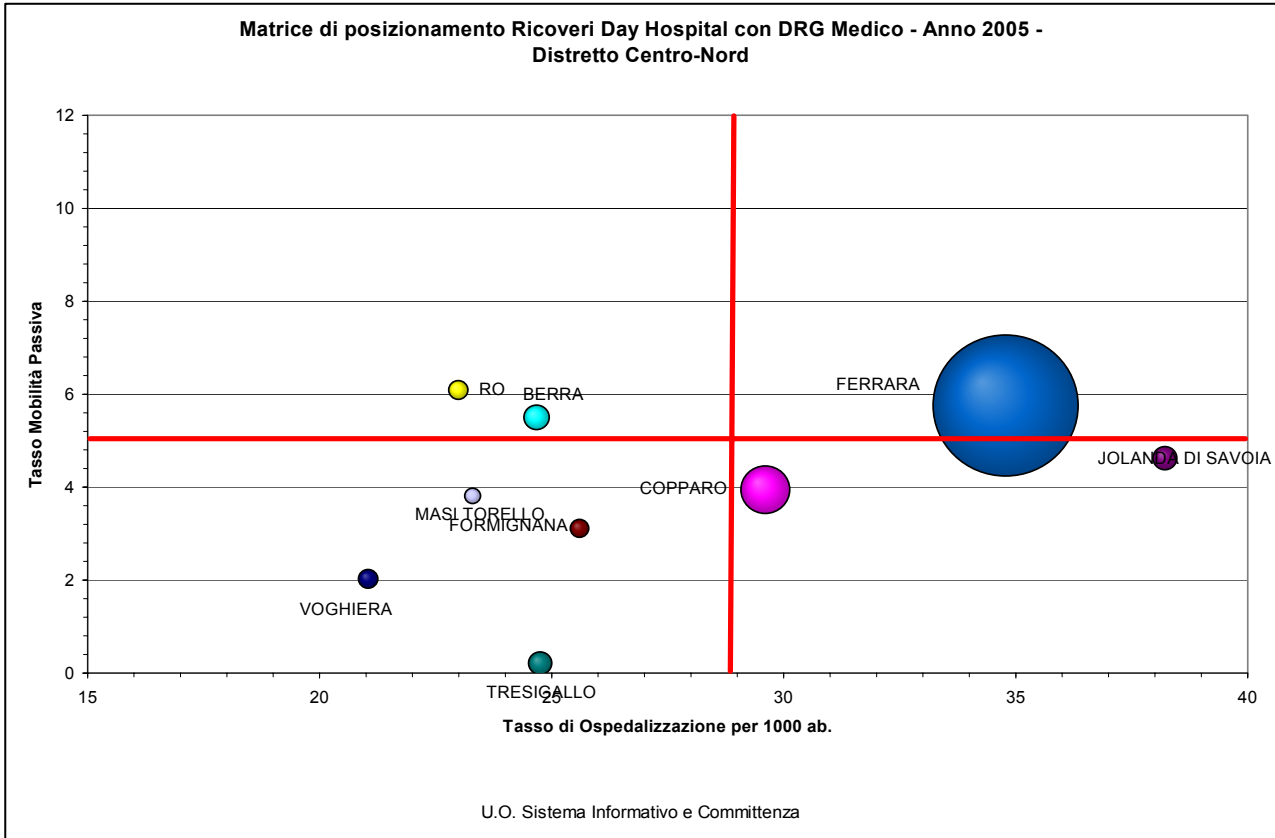


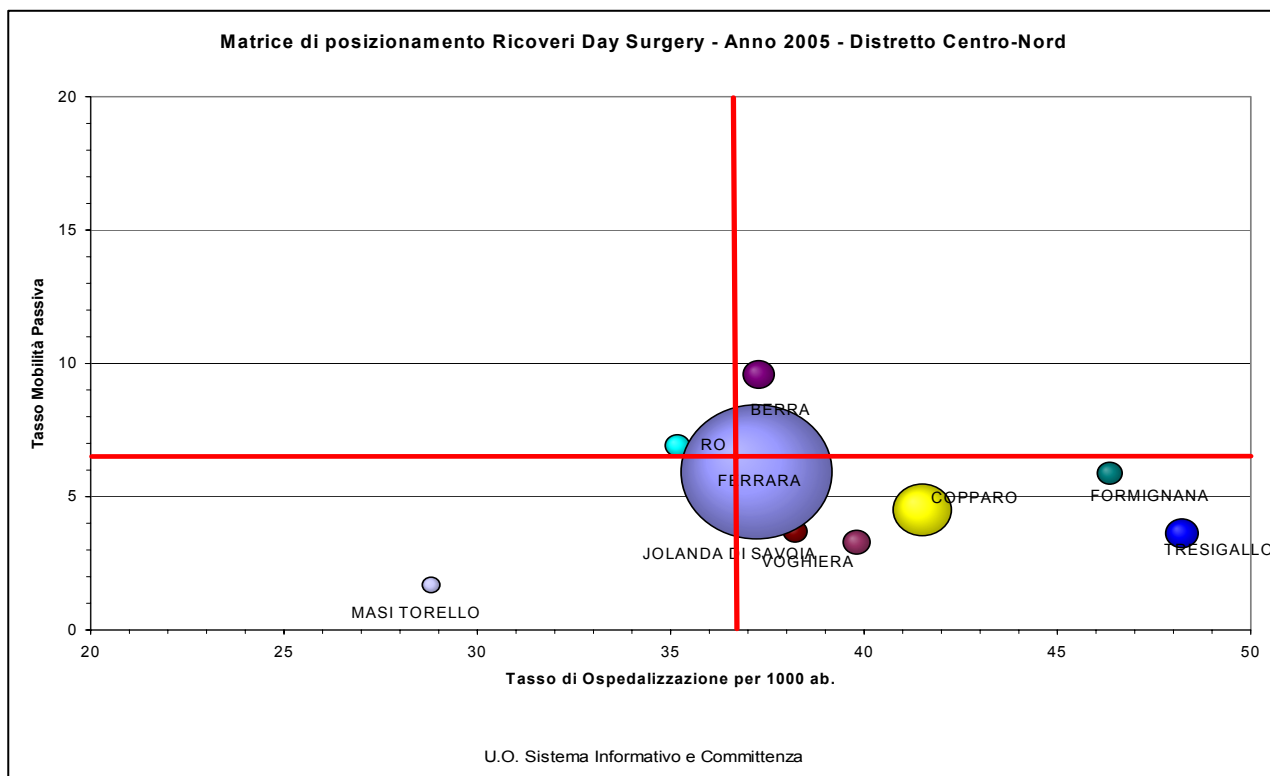
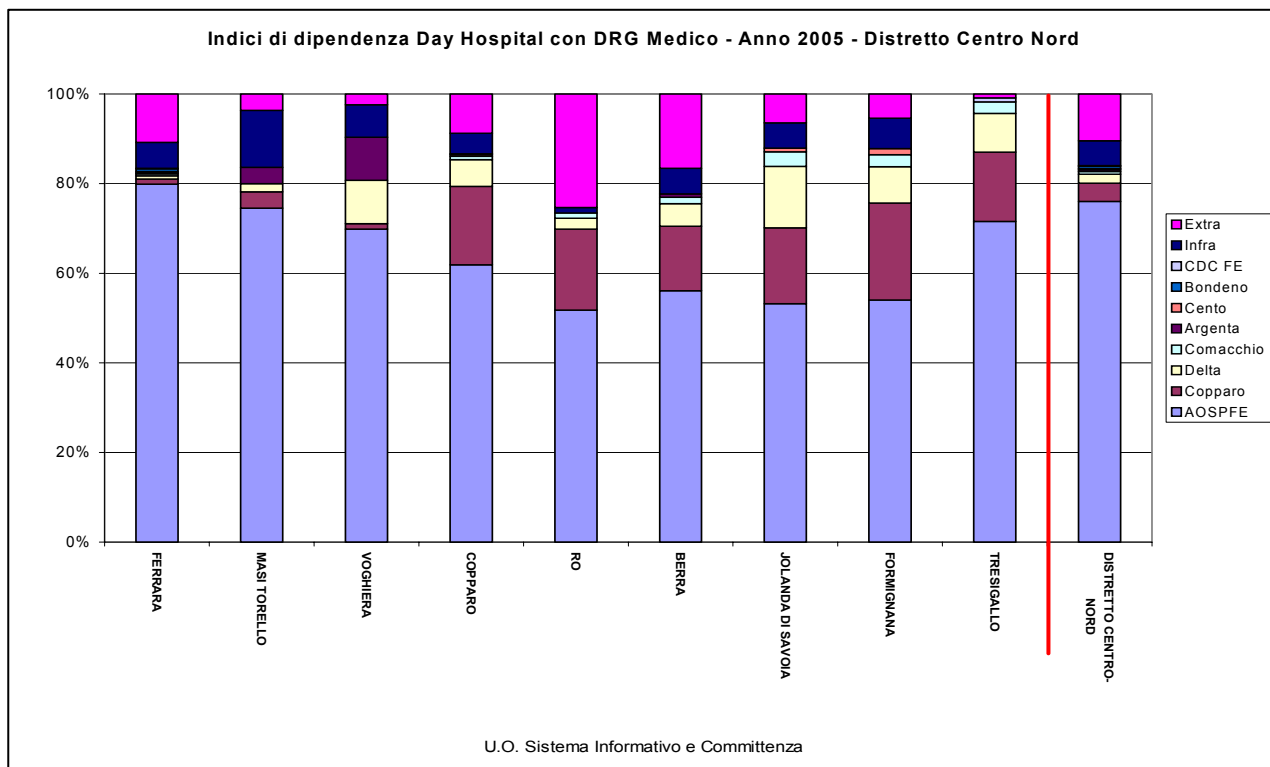
U.O. Sistema Informativo e Committenza



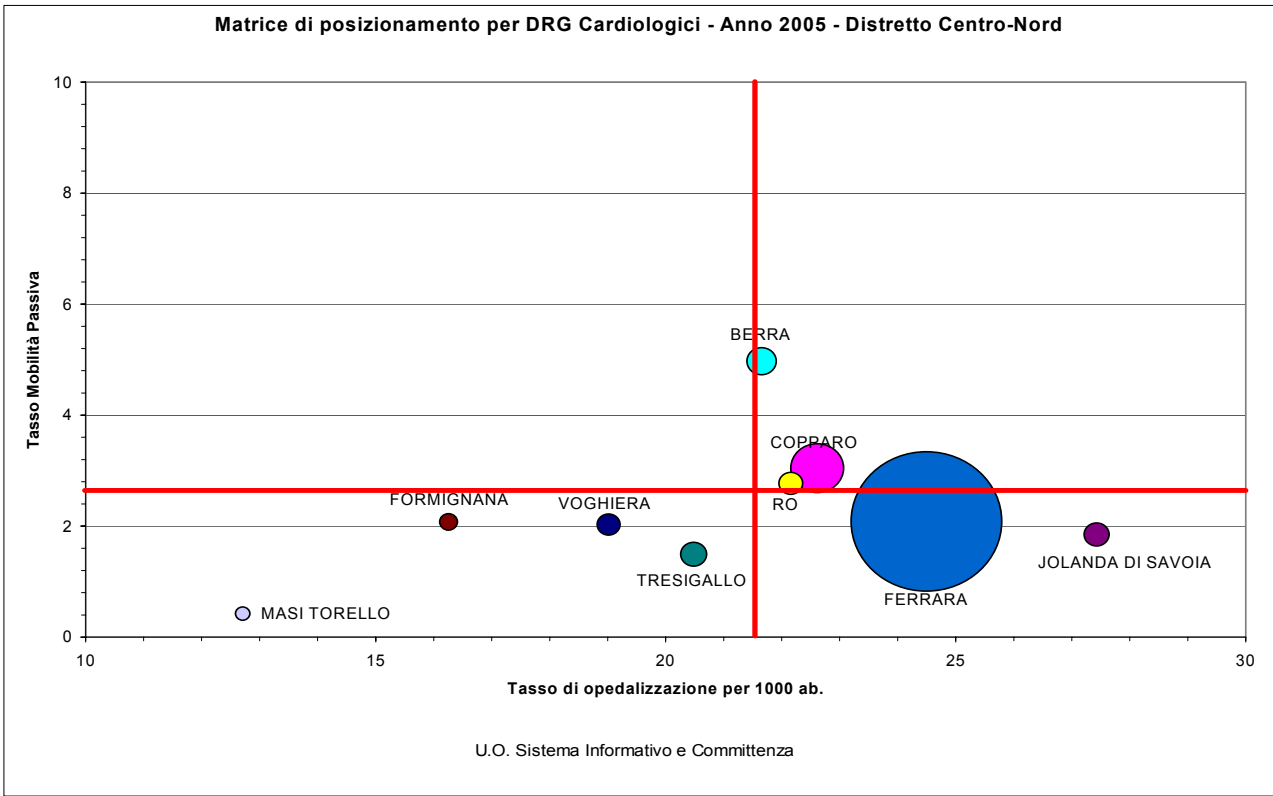
I tassi grezzi di ospedalizzazione della Provincia di Ferrara sono molto elevati, al di sopra di 34 punti rispetto alla media regionale (221 contro 187 ricoveri per mille abitanti). Il tasso di ospedalizzazione nel Distretto Centro Nord è elevato sia rispetto alla media regionale che quella provinciale.

La popolazione fa riferimento alle strutture ospedaliere presenti sul territorio: Azienda Ospedaliera S. Anna e Ospedale di Copparo. Confrontando i dati della mobilità 2005 con quelli del 2004 si nota un incremento della mobilità extraregionale. I Comuni di Berra e Ferrara superano la media provinciale, mentre gli altri Comuni sono al di sotto di essa.

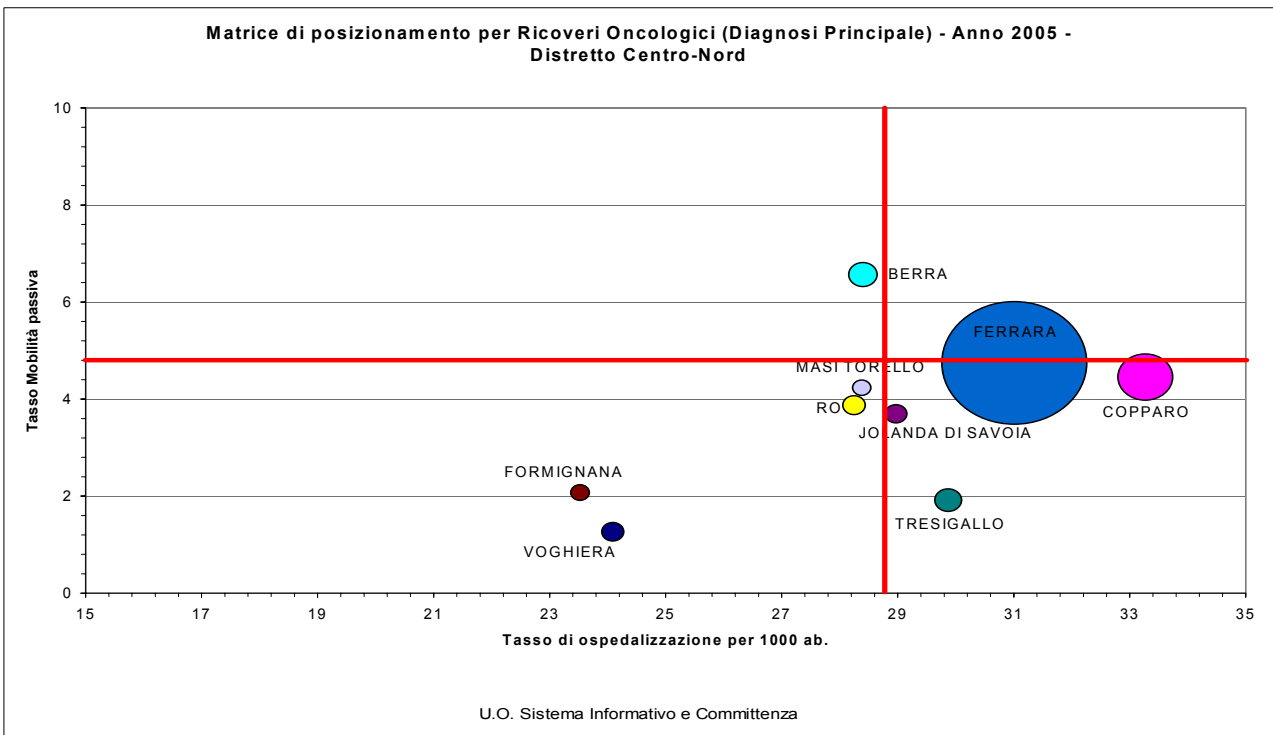




Se osserviamo le matrici di posizionamento rispetto alla mobilità passiva e al consumo di ricoveri per l'attività di ricovero generale, in Day Hospital e in Day Surgery dei diversi Comuni del Distretto, possiamo rilevare un'ampia variabilità che sottolinea le performance migliori per i Comuni che si posizionano nel quadrante in basso a sinistra, un elevato consumo per i Comuni che si posizionano in basso a destra, e un tasso di mobilità elevato per i Comuni che si posizionano nei quadranti superiori.



In modo analogo possiamo evidenziare le eventuali criticità presenti per patologie specifiche, quali ad esempio quelle in ambito cardiologico, per mostrare come nei Comuni di Berra, Copparo e Ro si registri un elevato consumo di ricoveri in buona parte in mobilità passiva, mentre i Comuni di Masi Torello, Formignana, Voghiera e Tresigallo hanno un tasso di ospedalizzazione e di mobilità passiva inferiore alla media provinciale.

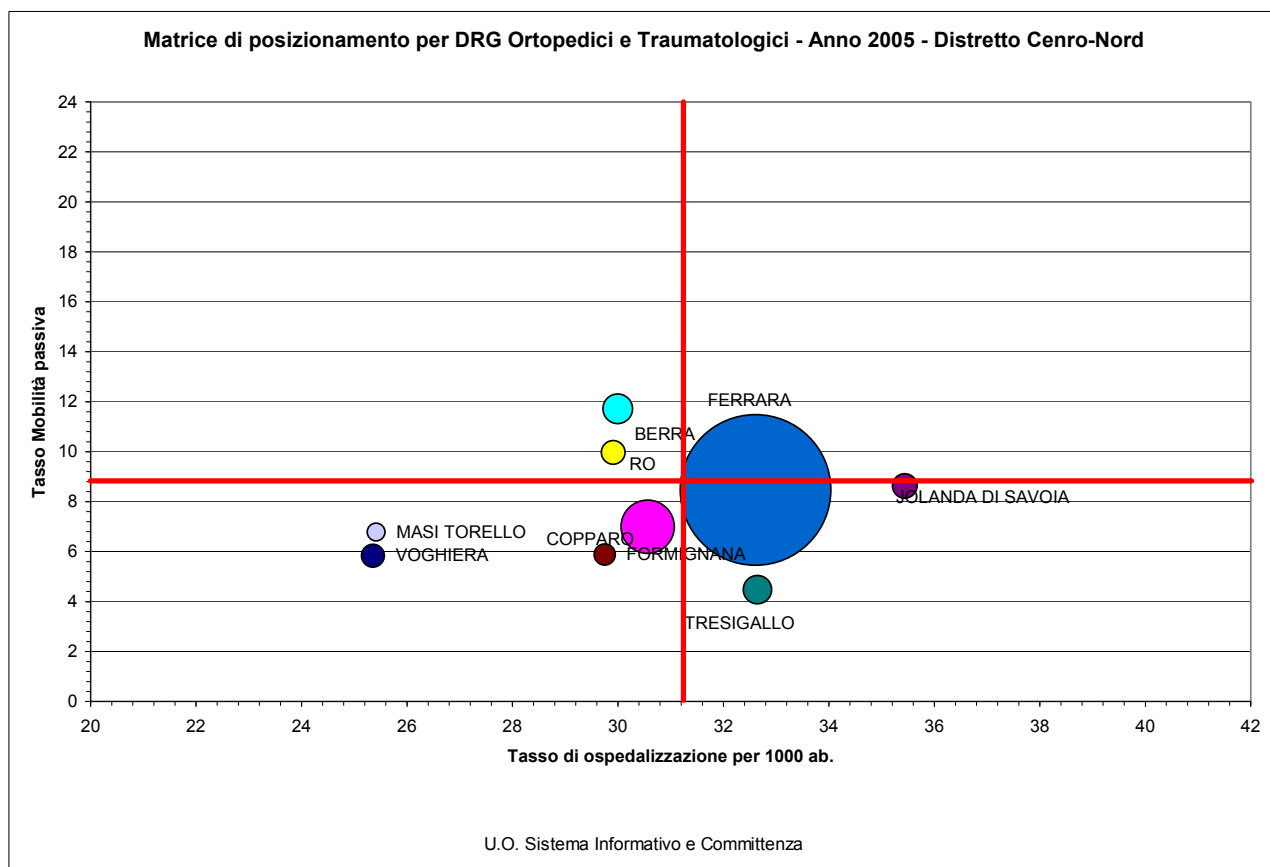


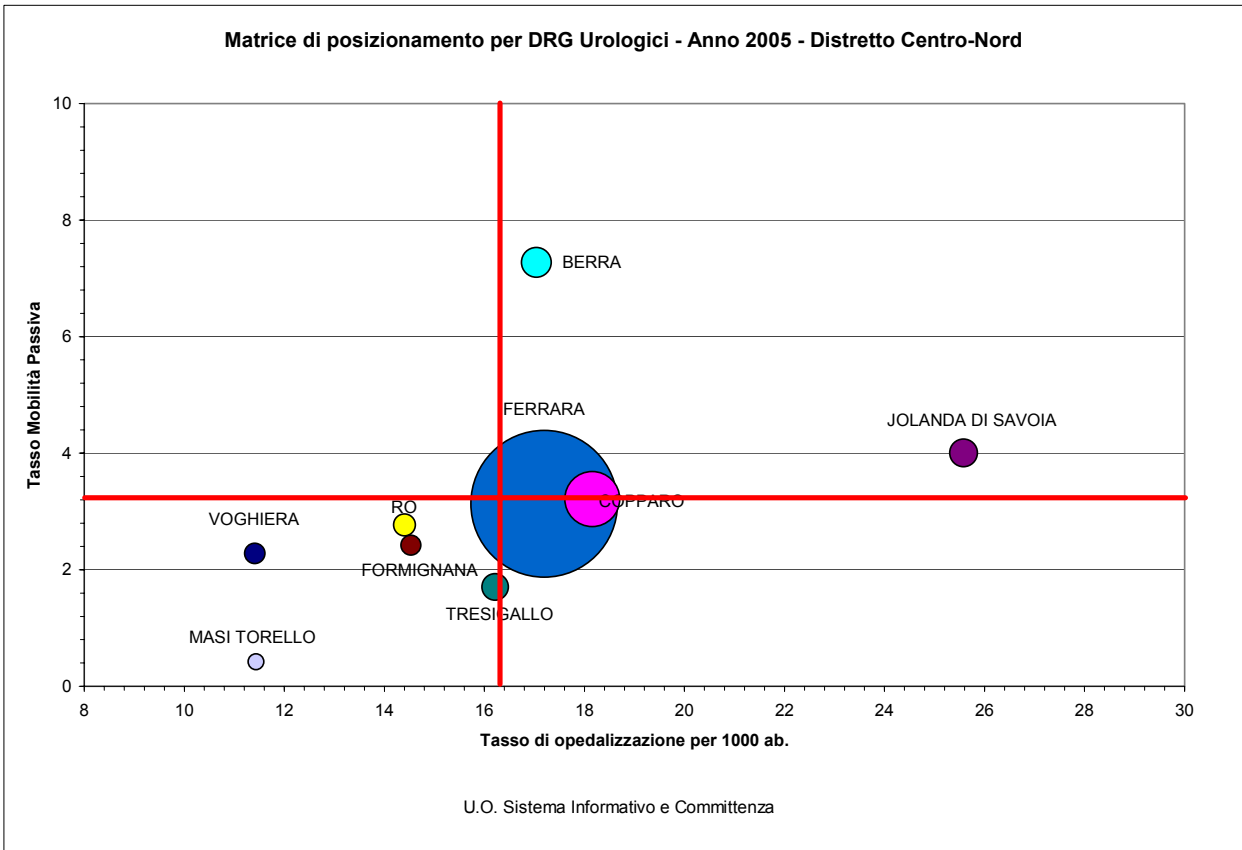
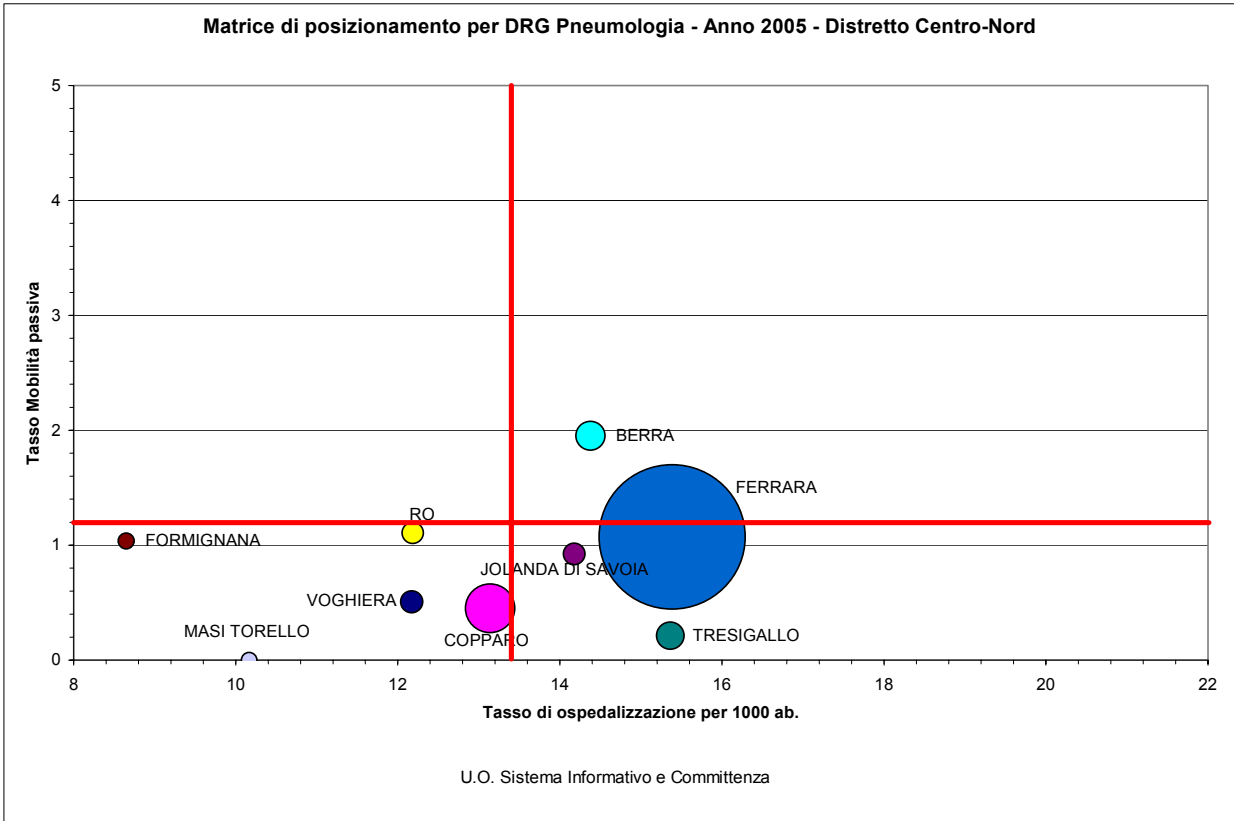
I ricoveri oncologici sono superiori alla media provinciale prevalentemente nei Comuni di Copparo, Tresigallo, Jolanda di Savoia e Ferrara, con una mobilità passiva elevata nel Comune di Berra e Ferrara.

I ricoveri ortopedici e traumatologici sono mediamente superiori alla media provinciale nei Comuni di Ferrara, Tresigallo, Iolanda; in mobilità passiva nei Comuni di Berra, Ro e Ferrara.

I ricoveri pneumologici sono nella media provinciale in tutti i Comuni tranne Berra, Ferrara, Tresigallo, Iolanda di Savoia; la mobilità passiva extraregionale vede al primo posto il Comune di Berra.

I ricoveri urologici riconoscono alti tassi e in mobilità passiva nei Comuni di Berra e Jolanda di Savoia.





**SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

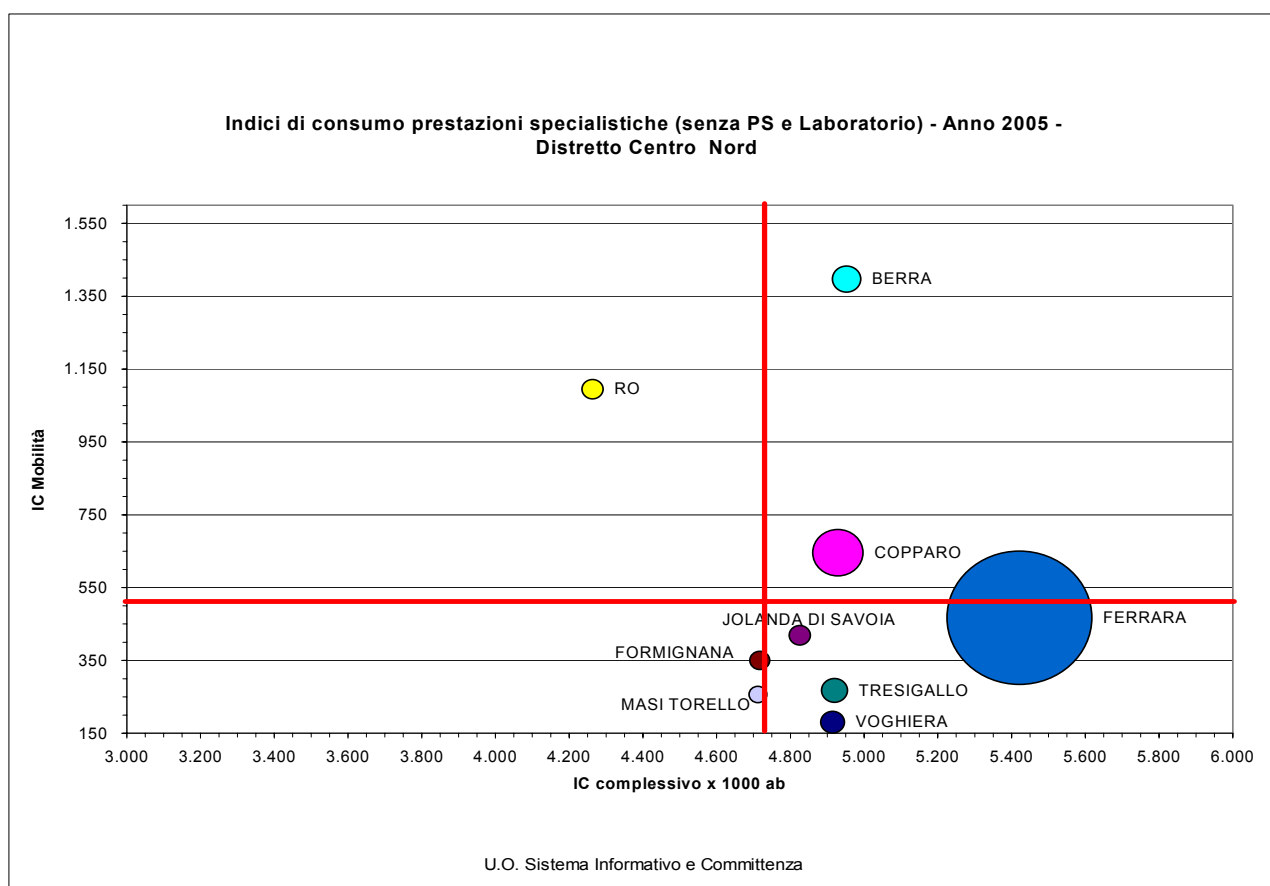
Nel corso del 2005 si è ulteriormente sviluppato a livello regionale il sistema informativo per la rilevazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che consente un confronto affidabile sui dati di attività della nostra Azienda con quelli regionali.

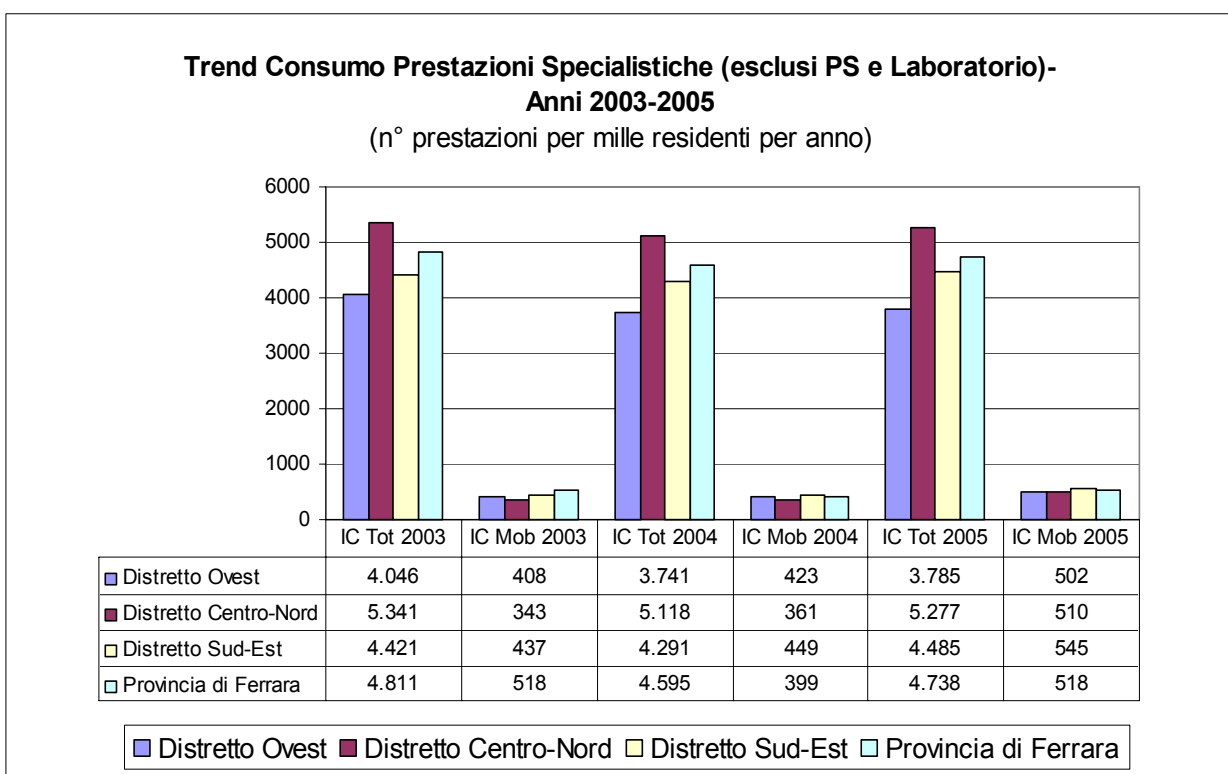
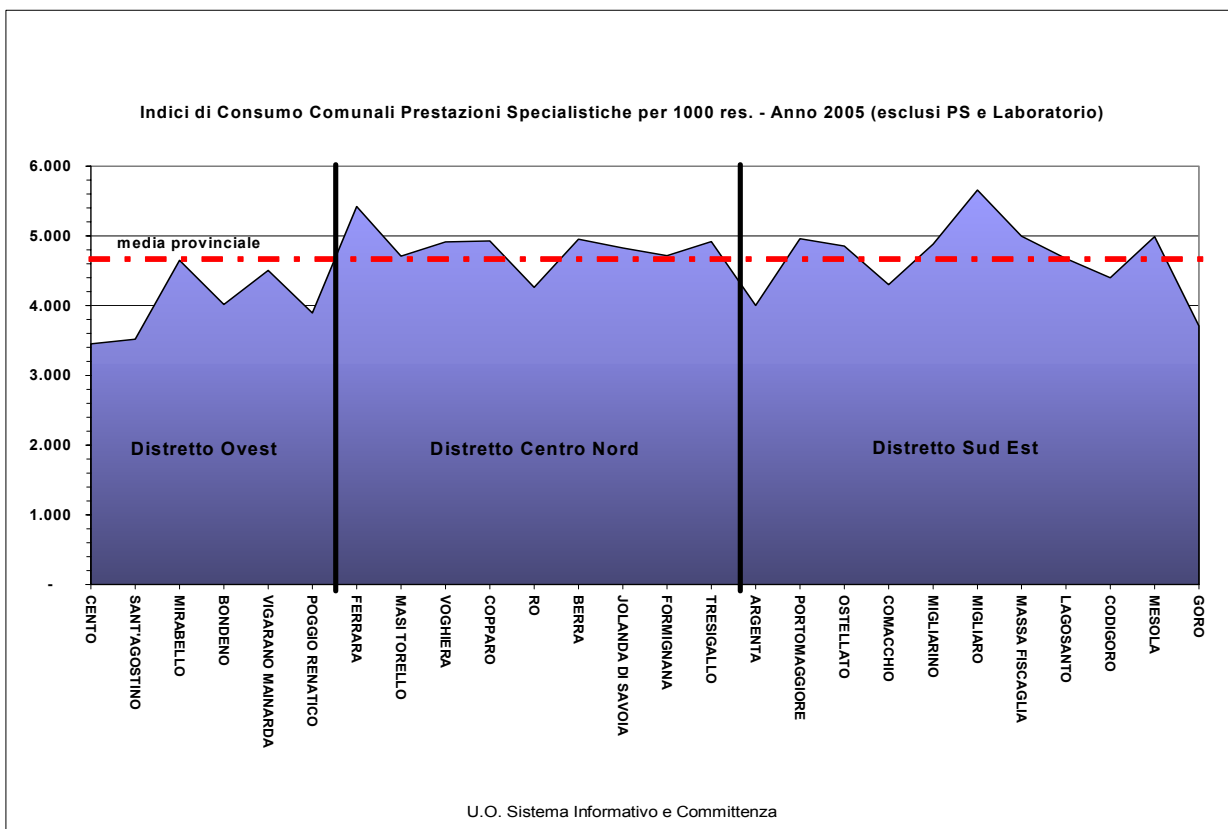
Come avviene per l'ospedalizzazione, anche nel settore della specialistica la provincia di Ferrara evidenzia un consumo di prestazioni elevato.

Nel Distretto Centro Nord i Comuni di Berra e Copparo hanno un consumo superiore alla media provinciale, e in mobilità passiva

La popolazione utilizza in modo diffuso la specialistica ambulatoriale con una percentuale superiore alla media provinciale, a eccezione dei Comuni di Ro dove vi è un basso consumo ma alta mobilità passiva.

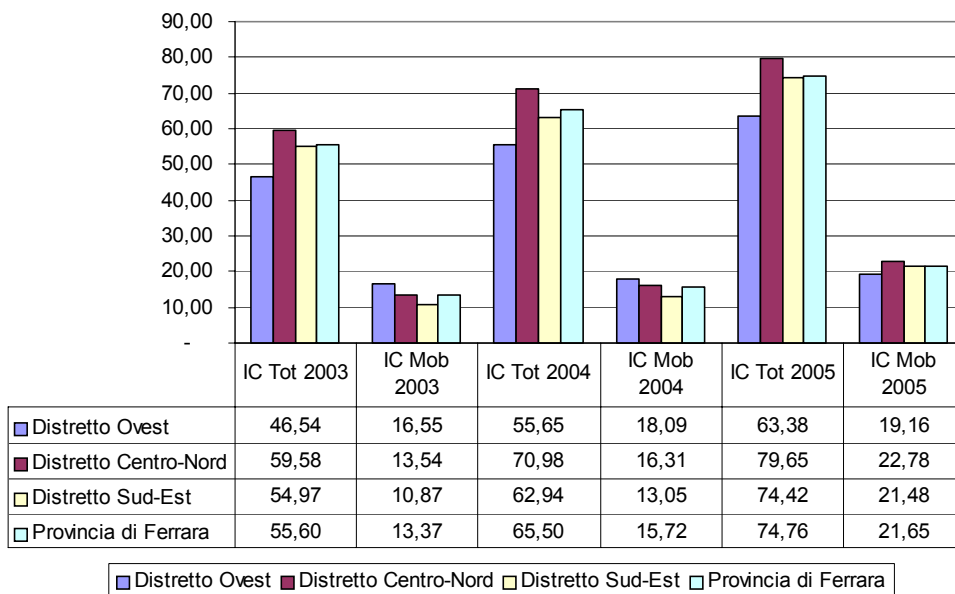
Quindi siamo in una situazione di elevato consumo sia per i ricoveri che per la specialistica e si registra solo parzialmente un trasferimento di attività e di risorse dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.





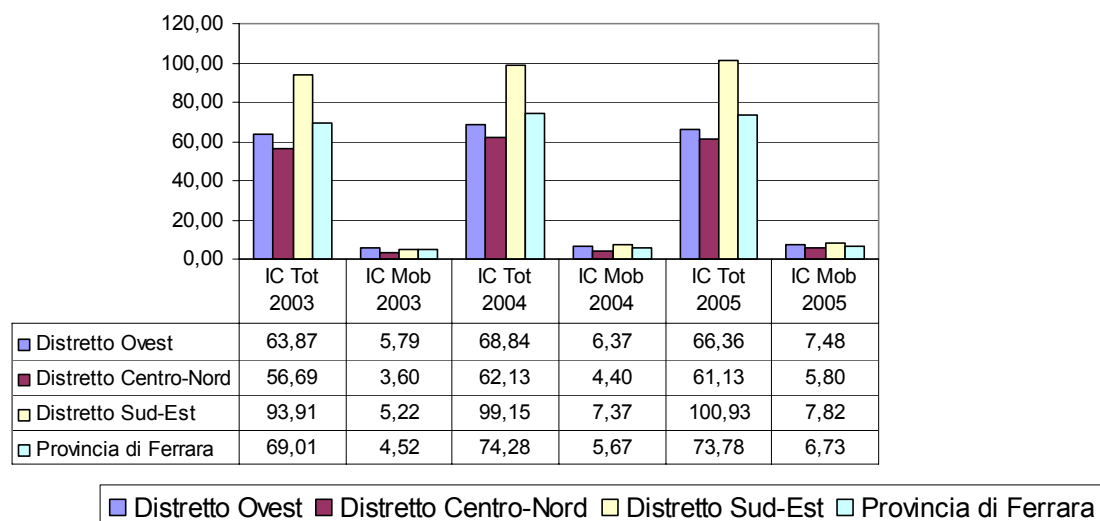
Il Distretto Centro Nord ha mantenuto nel triennio 2003-2005 un trend stabile nel consumo di specialistica con un indice di mobilità sempre superiore rispetto alla provincia.

**Trend Consumo Prestazioni Specialistiche: RMN - Anni 2003-2005**  
(n° prestazioni per mille residenti per anno)



Il consumo di Risonanza Magnetica (RMN) è cresciuto nel triennio così come la mobilità passiva, superando i limiti provinciali.

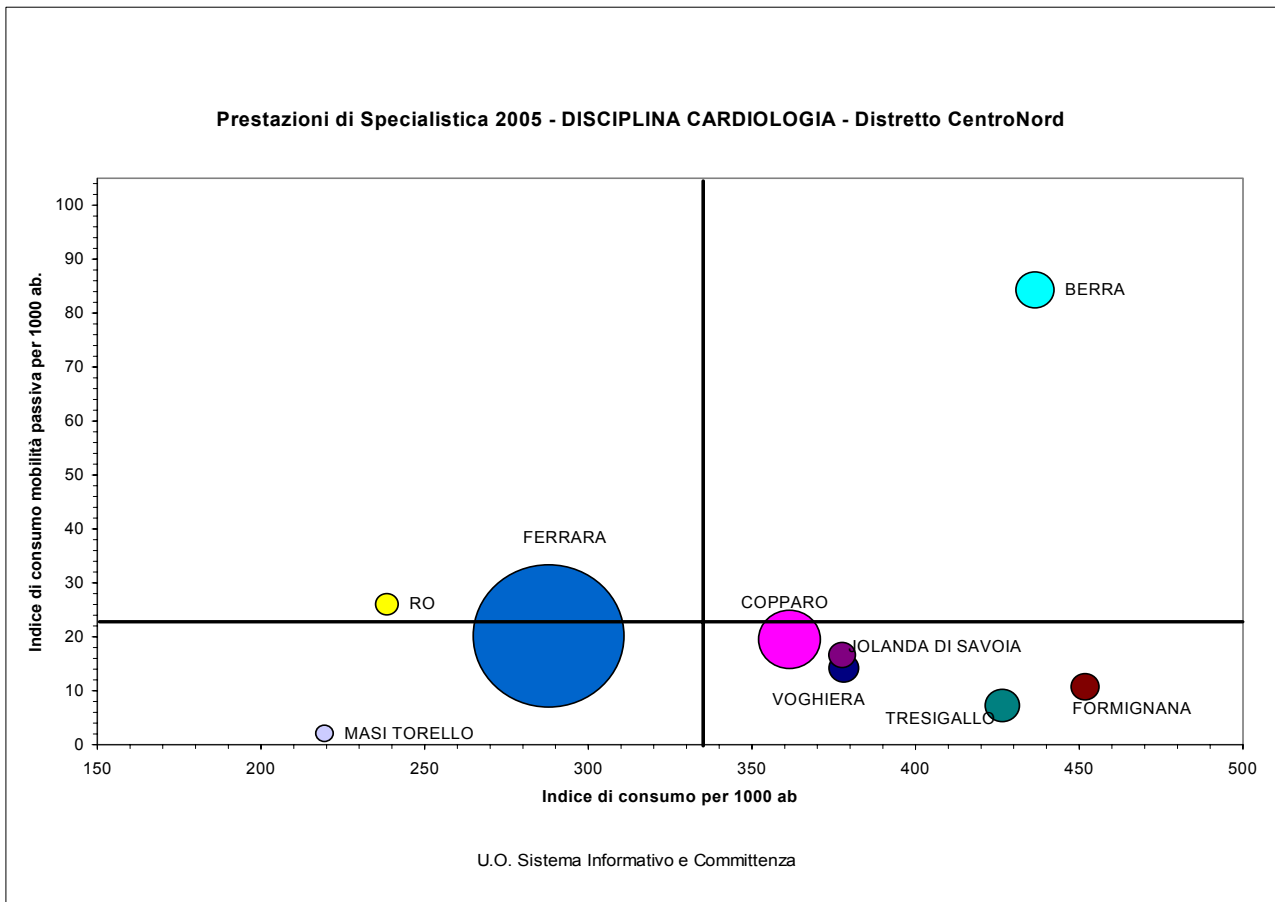
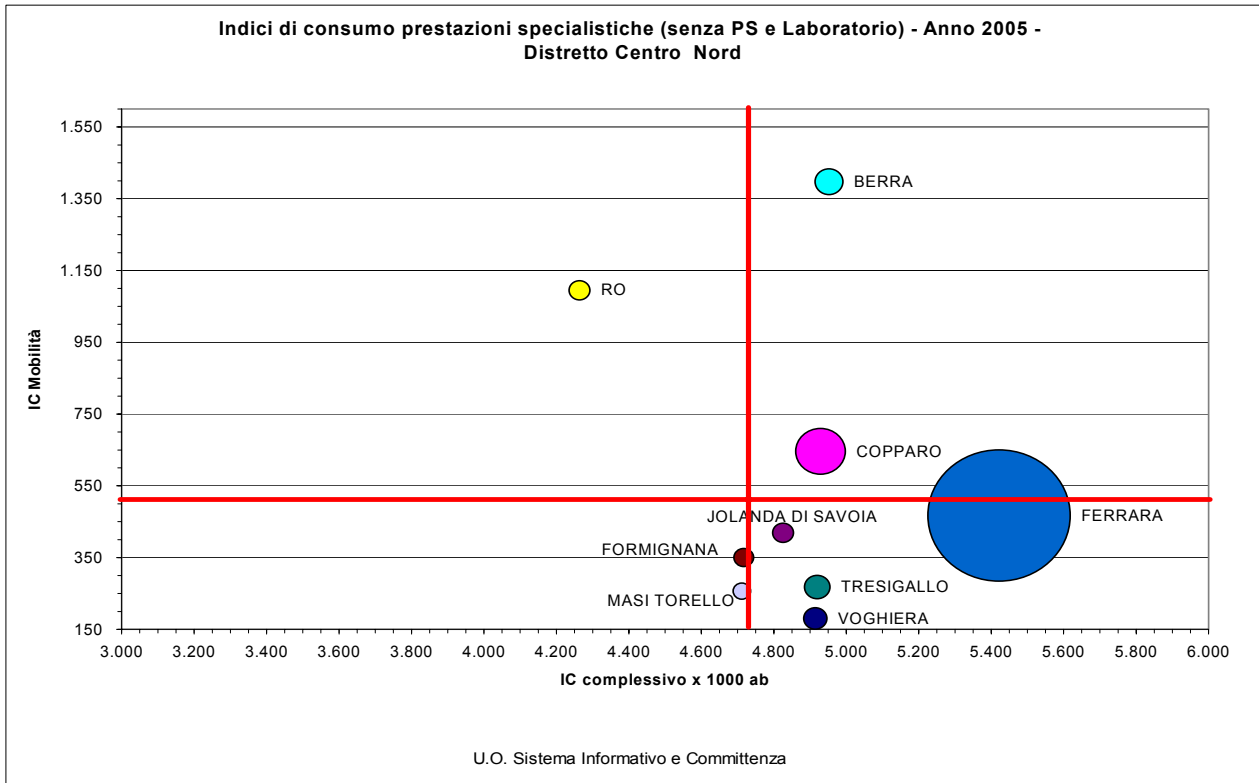
**Trend Indice Consumo e Mobilità TAC - Anni 2003-2005 -**  
(n° prestazioni per mille residenti per anno)



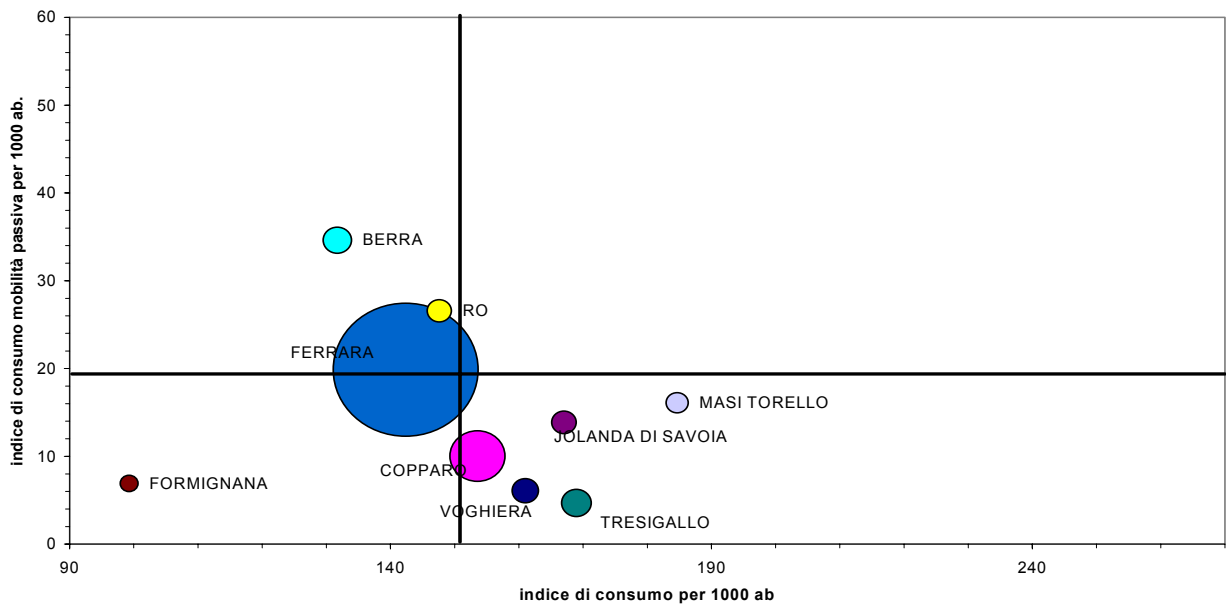
Il consumo di TAC è notevolmente inferiore alla media provinciale e agli altri Distretti sanitari.



Entrando nello specifico dell'Indice di Consumo Comunale questo è elevato nel Distretto Centro Nord soprattutto per le specialità di laboratorio e risonanza magnetica, mentre per l'ortopedia e la TAC in linea generale il consumo è sotto la media provinciale.

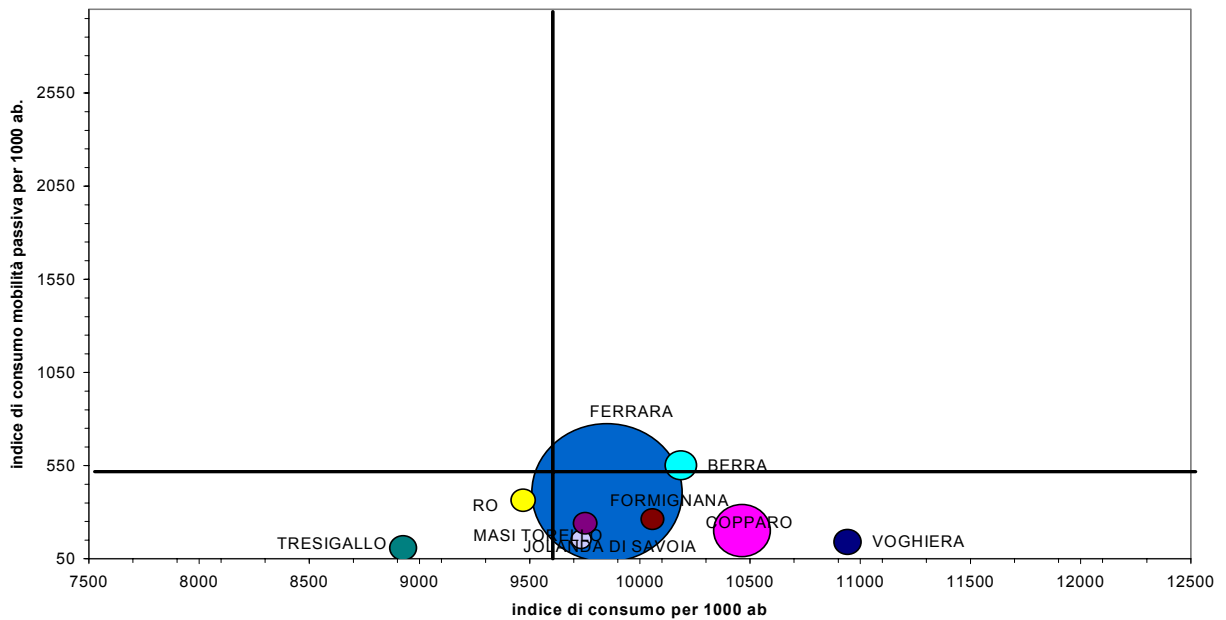


Prestazioni di Specialistica 2005 - DISCIPLINA CHIRURGIA - (esclusione degli Eco Color Doppler) - distretto Centro-Nord

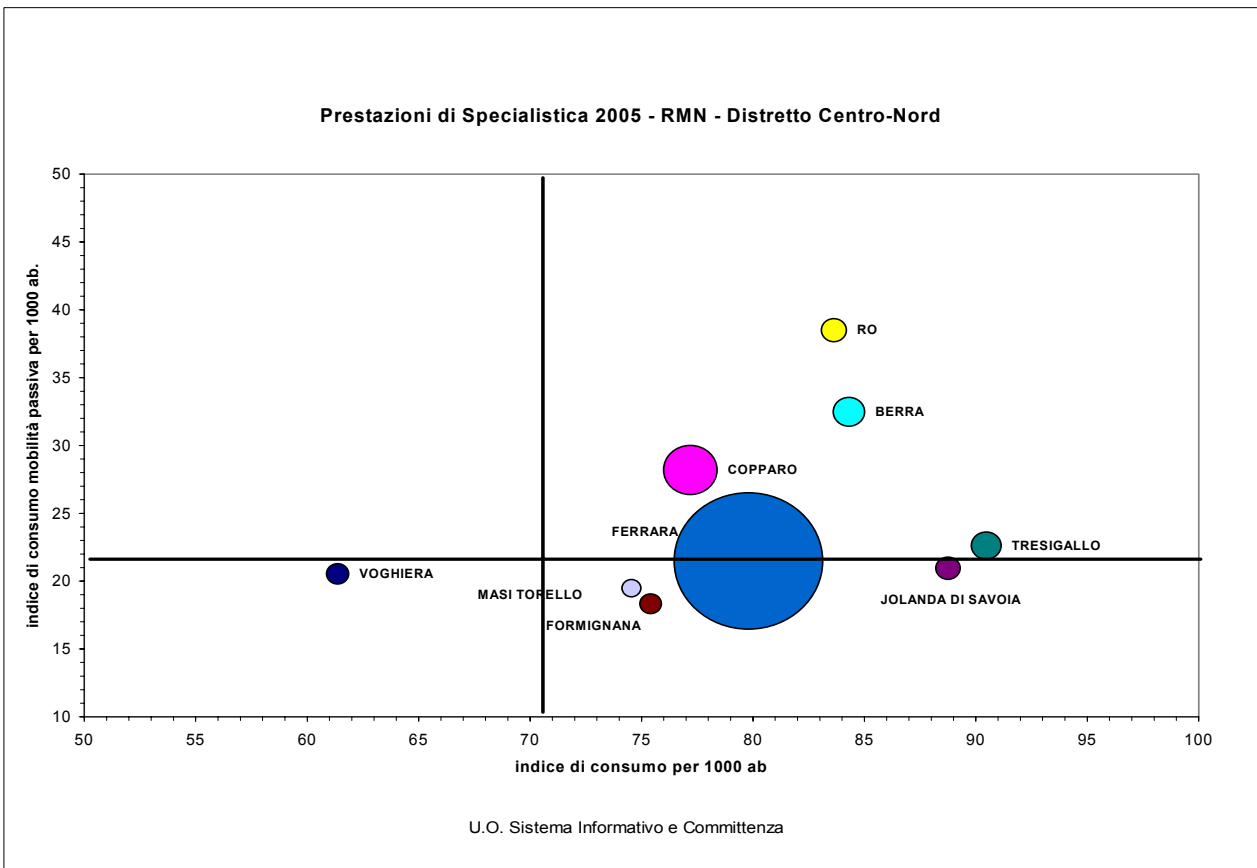
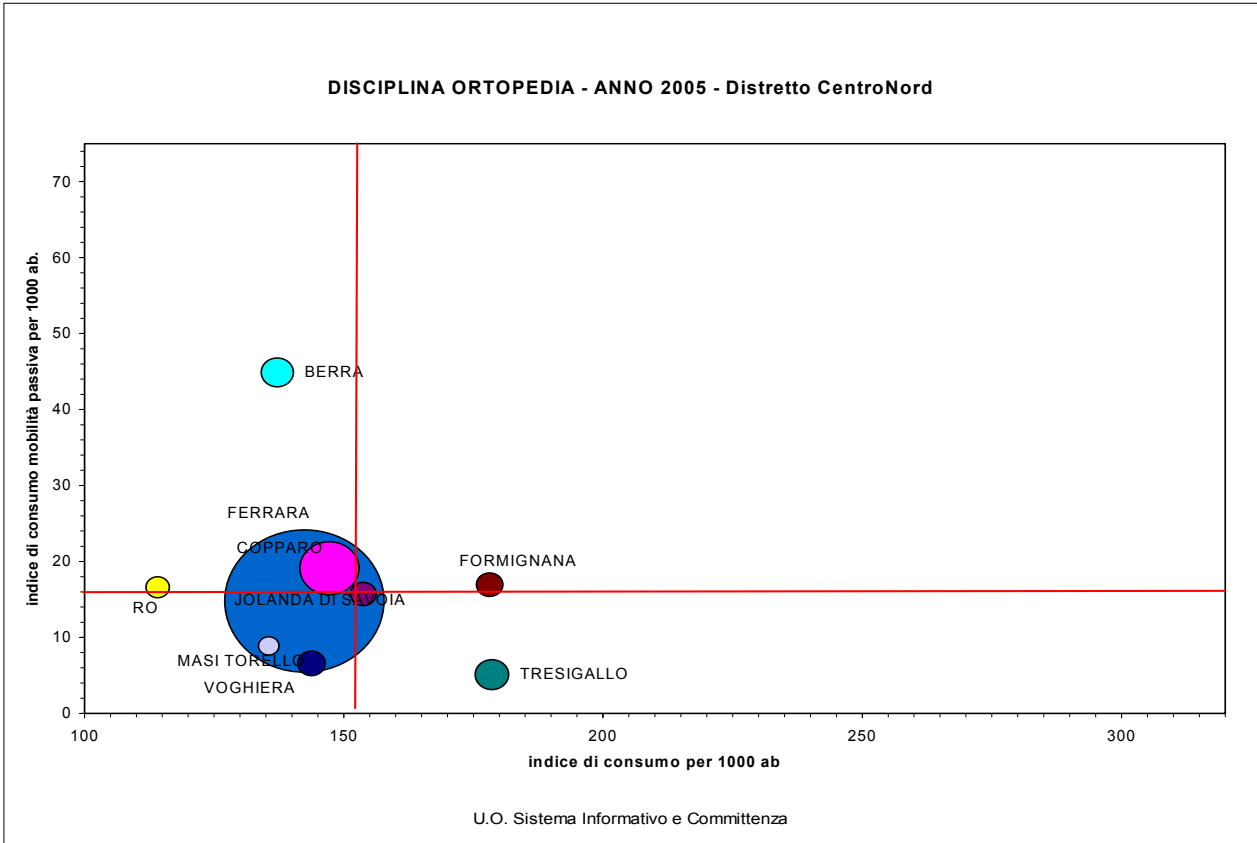


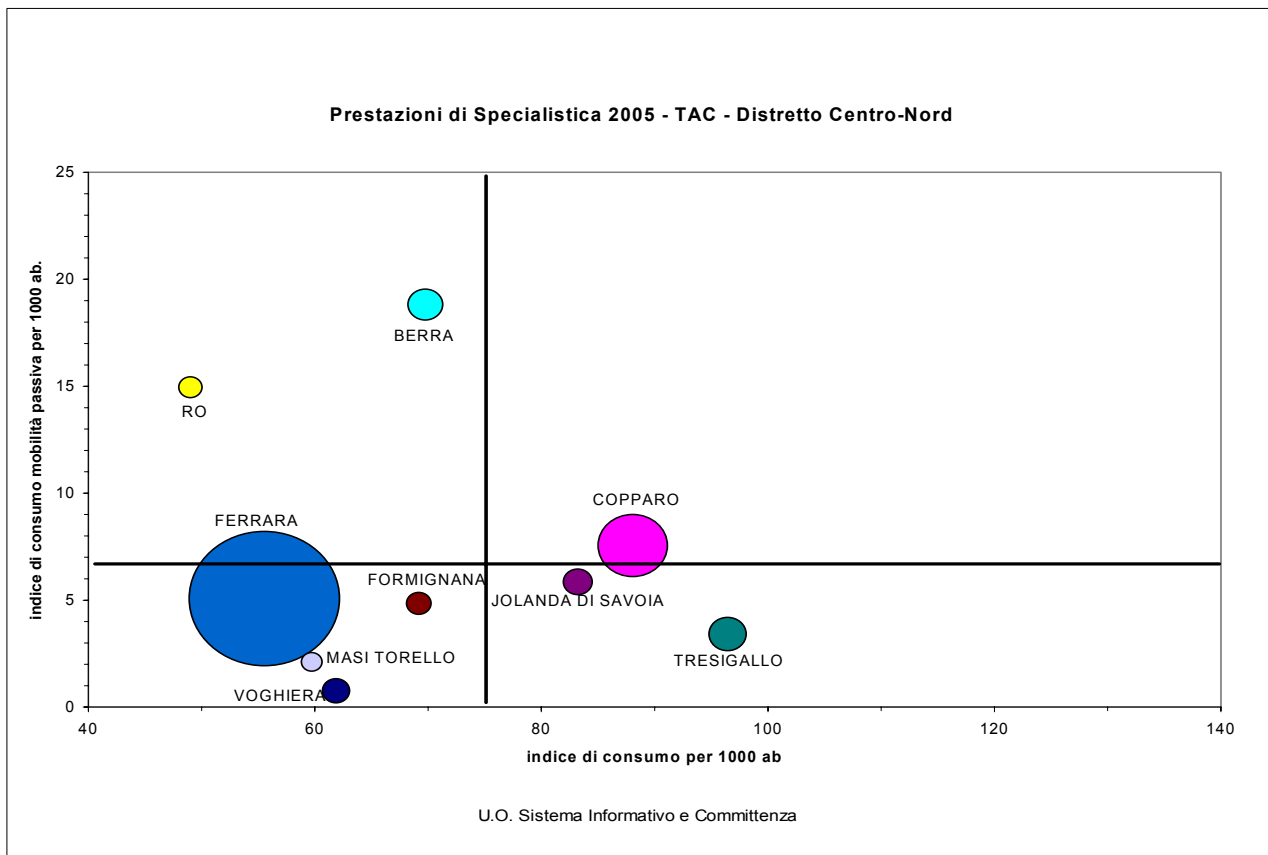
U.O. Sistema Informativo e Committenza

Prestazioni di Specialistica 2005 - DISCIPLINA LABORATORIO - Distretto CentroNord



U.O. Sistema Informativo e Committenza





**Obiettivi di miglioramento generali per il 2005**

L'esame dei tassi di ospedalizzazione per singolo apparato, disponibile grazie al prezioso contributo prestato da parte del Servizio Programmazione Valutazione e Controllo Strategico dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, ha creato i presupposti per una programmazione ancora più mirata a contrastare i consumi eccedenti i casi attesi e a controllare la potenziale inappropriatelyzza dei ricoveri all'interno delle due aziende sanitarie provinciali

**Eccesso dei ricoveri rispetto agli attesi (su base media regionale standardizzata)**

Tabella (a)	DRG CHIRURGICI			
	Ricoveri Ordinari		Day Hospital	
	S. Anna	Ausl	S. Anna	Ausl
Apparato riproduttivo femminile	47	43	422	523
Pelle, sottocute, mammella	88	23	300	345
Muscolo scheletrico, connettivo	-34	-38	132	441
ORL	73	4	264	25
Apparato digerente	117	121	76	160
Rene e vie urinarie	61	44	54	171
Apparato cardiocircolatorio	-5	-2	107	110
Mal. Mieloproliferative o scars. diff	52	19	39	69
<b>TOTALE</b>	<b>399</b>	<b>214</b>	<b>1.394</b>	<b>1.844</b>

Tabella (b)	DRG CHIRURGICI			
	Ricoveri Ordinari		Day Hospital	
	S. Anna	Ausl	S. Anna	Ausl
Apparato cardiocircolatorio	328	318	-38	-6
Sistema nervoso	166	98	254	27
Apparato dirigente	216	168	82	38
Fegato, vie biliari, pancreas	61	48	204	27
Rene e vie urinarie	160	126	49	11
Pelle, sottocute, mammella	84	42	95	15
<b>Totale</b>	<b>1.015</b>	<b>800</b>	<b>646</b>	<b>122</b>

L'ipotesi descritta ha comportato la predisposizione dei seguenti obiettivi programmatori di carattere provinciale:

PROGETTO	RISULTATO ATTESO (BASE ANNUA)
1) Committenza forte nel senso della condivisione degli interventi come da tabelle (a) e (b) precedenti OBI (osservazione breve)	2.500
2) Deospedalizzazione dell'attività ginecologica trasferibile in ambulatorio	1.000
3) Deospedalizzazione dell'attività di chirurgia generale effettuabile in ambulatorio	700
4) Ulteriore riduzione dei residui follow-up oncologici	600
7) Potenziamento dell'attività di Osservazione Breve Intensiva	500
6) Audit istituzionale di appropriatezza	200
<b>TOTALE</b>	<b>5.500</b>



## Capitolo 5

### LE RISORSE

#### 5.1 Le dinamiche dei costi

Come per lo scorso anno vengono presentati alcuni supporti descrittivi per illustrare le quantità economiche diversamente impiegate nel territorio dell'Azienda USL.

La tabella seguente evidenzia il costo pro capite, ovvero il rapporto tra risorse impiegate e popolazione di riferimento (quante risorse vengono impiegate per ciascuna funzione sul singolo residente di quel Distretto geografico).

È quindi possibile rilevare puntualmente i Distretti e le funzioni dove tale indicatore assume valori al di sopra della media provinciale per funzione.

COSTI PRO CAPITE DISTRETTI - Consuntivo 2005					
	Ovest	Centro Nord	Sud Est	Centrali	Provincia
<b>Tipologie di Assistenza</b>					
Medicina di base	110,34	116,90	128,09	10,25	129,04
Assistenza domiciliare e Hospice	7,68	17,13	12,49	0,00	13,83
Assistenza specialistica ambulatoriale	35,49	39,40	25,25	0,00	34,48
Assistenza anziani	50,17	78,97	77,24	0,00	72,50
Assistenza tossicodipendenti	6,76	11,93	12,86	0,00	11,13
Assistenza ai disabili	10,28	20,28	21,10	0,00	18,45
Salute donna	2,10	9,28	5,69	0,00	6,75
Salute infanzia	6,74	8,87	9,46	0,00	8,60
Assistenza termale	0,00	0,00	0,00	3,59	3,59
Assistenza protesica	10,11	9,36	9,66	0,00	9,60
Costi generali Distretto	10,97	30,90	28,74	0,00	26,15
Assistenza farmaceutica territoriale	184,91	201,82	205,87	0,00	199,50
Sanità Pubblica	22,72	47,45	41,98	8,46	49,20
Assistenza psichiatrica	25,47	86,10	58,68	0,00	65,58
Assistenza ospedaliera (Degenze)	376,88	40,33	474,80	0,00	236,24
Specialistica ambulatoriale ospedaliera	146,56	30,42	241,36	0,00	115,76
<b>Mobilità passiva:</b>					
Ospedaliera	363,25	664,07	232,25	0,00	476,32
Medicina di base				0,76	0,76
Farmaceutica	13,63	12,80	23,36	42,14	58,18
Specialistica ambulatoriale	27,72	131,95	41,44	0,00	84,07
Emergenza territoriale	0,00	0,00	0,00	21,09	21,09
<b>Altri rimborsi da pubblico</b>				0,00	0,00
<b>Libera professione</b>	0,00	0,00	0,00	8,40	8,40
<b>Costi generali di azienda</b>				84,67	97,76
<b>TOTALE</b>	<b>1.411,78</b>	<b>1.557,98</b>	<b>1.650,31</b>	<b>179,37</b>	<b>1.747,00</b>

Questi dati possono essere sinteticamente riassunti nei seguenti livelli assistenziali:

	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	TOTALE
<b>Popolazione</b>	72.755	176.579	102.129	351.463
<b>Distribuzione costi</b>	<b>Costi pro capite in euro</b>			
Distretto	215	304	305	286
Farmaceutica	199	215	229	216
Sanità Pubblica	23	47	42	41
Salute mentale	25	86	59	66
Degenze ospedaliere	740	704	707	713
Specialistica	210	202	308	234

La tabella di seguito evidenzia la **distribuzione percentuale delle risorse per funzione**, calcolata all'interno di ciascun Distretto; in tal modo è possibile evidenziare il peso rappresentato da ogni funzione sanitaria nelle singole aree territoriali:

	Ovest	Centro Nord	Sud Est
<b>Tipologie di Assistenza</b>			
Medicina di base	7,82%	7,50%	7,76%
Assistenza domiciliare e Hospice	0,54%	1,10%	0,76%
Assistenza specialistica ambulatoriale	2,51%	2,53%	1,53%
Assistenza anziani	3,55%	5,07%	4,68%
Assistenza tossicodipendenti	0,48%	0,77%	0,78%
Assistenza ai disabili	0,73%	1,30%	1,28%
Servizi sociali	0,00%	0,00%	0,00%
Salute donna	0,15%	0,60%	0,34%
Salute infanzia	0,48%	0,57%	0,57%
Assistenza termale	0,00%	0,00%	0,00%
Assistenza protesica	0,72%	0,60%	0,59%
Costi generali Distretto	0,78%	1,98%	1,74%
Assistenza farmaceutica territoriale	13,10%	12,95%	12,47%
Sanità Pubblica			
Dipartimento di prevenzione Centrale	0,00%	0,00%	0,00%
Prevenzione sicurezza ambienti di lavoro	0,35%	0,58%	0,31%
Igiene e Sanità Pubblica	0,70%	1,84%	1,16%
Medicina veterinaria	0,56%	0,62%	1,08%
Assistenza Psichiatrica	1,80%	5,53%	3,56%
Assistenza Ospedaliera	26,70%	2,59%	28,77%
Specialistica ambulatoriale ospedaliera	10,38%	1,95%	14,63%
<b>Mobilità passiva:</b>			
Ospedaliera	25,73%	42,62%	14,07%
Somministrazione farmaci	0,97%	0,82%	1,42%
Specialistica	1,96%	8,47%	2,51%
<b>TOTALE</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>



Questi dati possono essere sinteticamente riassunti nei seguenti livelli assistenziali:

Ripartizione percentuale del consuntivo 2005			
Distribuzione costi	Area Ovest	Area Centro Nord ex Ferrara	Area Sud Est
Distretto	15,24%	19,49%	18,50%
Farmaceutica	14,06%	13,78%	13,89%
Sanità Pubblica	1,61%	3,05%	2,54%
Salute mentale	1,80%	5,53%	3,56%
Degenze ospedaliere	52,43%	45,21%	42,84%
Specialistica	14,86%	12,95%	18,67%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tale indicatore tiene conto delle specificità distrettuali per effetto della diversa composizione della popolazione, della vocazione storica oppure della diversa dimensione di alcune strutture quali quelle ospedaliere che condizionano consistentemente in termini relativi le percentuali delle altre funzioni. È evidente che l'Ospedale di Cento e quello del Delta, pur servendo la popolazione dell'intera provincia, assorbono nel loro ambito distrettuale una quota consistente di risorse.

Maggiore attenzione dovrà essere rivolta alle situazioni che presentano squilibri (eccesso di impiego di risorse) sia per costo pro capite che per distribuzione percentuale rispetto alle medie provinciali.

Nella tabella seguente vengono segnalate con un "+" le situazioni sopra media e con un "-" le situazioni sotto media, sia con riferimento al primo che al secondo dei due indicatori. L'utilizzo dei colori consente di focalizzare meglio l'attenzione sulle situazioni critiche, in questo caso sono state evidenziati in rosso i casi in cui sia il costo pro capite che la distribuzione percentuale assumono valori oltre la media provinciale. Tale matrice assieme a quelle di efficienza costituirà il punto di riferimento per l'elaborazione di alcuni obiettivi specificatamente rivolti alla riduzione degli squilibri che verranno esposti successivamente in questo capitolo.

	Ovest		Centro Nord		Sud Est	
	Pro capite	%	Pro capite	%	Pro capite	%
Medicina di base	+	-	-	-	+	-
Assistenza domiciliare e Hospice	-	-	+	+	-	-
Assistenza anziani	-	-	+	+	+	-
Assistenza tossicodipendenti	-	-	-	+	+	+
Assistenza ai disabili	-	-	+	+	+	+
Salute donna	-	-	+	+	-	-
Salute infanzia	-	-	-	+	+	+
Area Specialistica	-	-	-	-	+	+
Area Ospedaliera	+	+	-	-	-	-

Un'ulteriore proposta rappresentativa può tenere conto degli indici di vecchiaia e raggruppare la struttura delle funzioni in aggregati più sinteticamente significativi.

Ripartizione percentuale del consuntivo 2005	Area OVEST	Area CENTRO NORD	Area SUD EST	Totale
<b>Popolazione</b>	<b>72.755</b>	<b>176.579</b>	<b>102.129</b>	<b>351.463</b>
Indici di vecchiaia	194,76	284,23	259,36	255,34
Percentuale popolazione	20,70%	50,24%	29,06%	100%
<b>Distribuzione costi</b>	<b>in percentuale</b>			
Distretto	15,58%	53,37%	31,04%	100%
Farmaceutica	19,07%	50,03%	30,90%	100%
Sanità pubblica	11,54%	58,51%	29,94%	100%
Salute mentale	8,04%	65,96%	26,00%	100%
Degenze ospedaliere	21,50%	49,67%	28,83%	100%
Specialistica	18,53%	43,26%	38,20%	100%
<b>TOTALE</b>	<b>18,87%</b>	<b>50,09%</b>	<b>31,04%</b>	<b>100%</b>

L'indicatore espresso dal valore percentuale rappresenta l'assorbimento delle risorse che l'azienda destina a quella funzione in ogni specifico Distretto.

Confrontando la percentuale di assorbimento delle risorse con la percentuale di distribuzione della popolazione, è possibile evidenziare le situazioni ove si verifica una assegnazione di risorse con valore più alto rispetto alla distribuzione della popolazione. Ciò sarà spiegabile da un alto indice di vecchiaia, oppure da un iniquo impiego di risorse.

Sia l'area distrettuale che quella Farmaceutica presentano eccessi nel territorio di Sud Est e di Centro Nord, spiegabile dalla consistenza della popolazione anziana. La salute mentale è maggiormente onerosa nel territorio ferrarese, nonostante le strutture a valenza aziendale siano state opportunamente scorporate.

L'area ospedaliera assorbe risorse in maniera consistente nel territorio del Distretto Ovest, ma ciò si determina per effetto della dimensione dell'Ospedale rispetto alla numerosità della popolazione che ben viene compensata dalla mobilità attiva infraregionale. L'area della Specialistica assorbe molte risorse nell'ambito del Sud Est. L'area della prevenzione non è stata evidenziata in quanto non correlabile con la numerosità degli abitanti.

Di seguito vengono illustrati gli andamenti nel tempo delle risorse impiegate per l'erogazione dell'assistenza diretta nelle strutture dell'Azienda USL di Ferrara.

Per assistenza diretta si intende che non vengono considerati i costi relativi alla mobilità passiva.

La tabella evidenzia la composizione percentuale delle principali articolazioni aziendali.

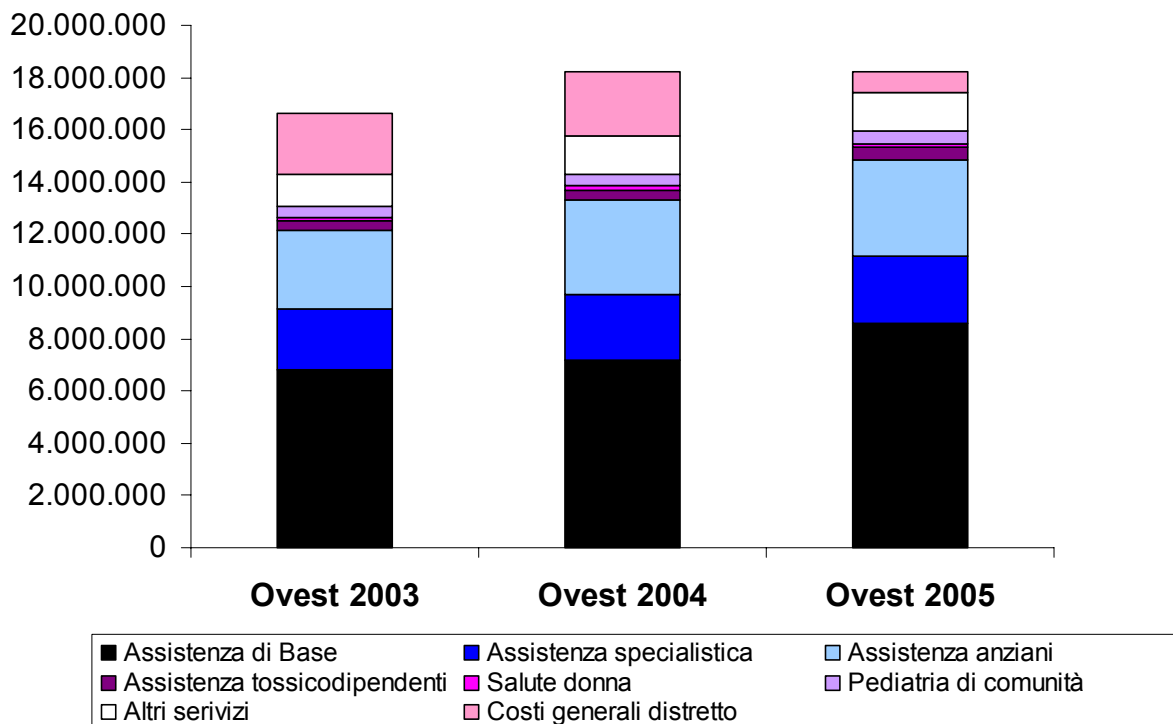
Relativamente al trend di sviluppo dei costi dell'Area Ospedaliera nel corso dell'ultimo biennio 2003-2004, occorre tenere conto dell'effetto di trascinamento economico dei costi sostenuti per la messa a regime dell'Ospedale del Delta, molti dei quali si riferiscono a potenziamenti di personale effettuati nel corso del 2003, ma che hanno determinato effetti consistenti anche nel 2004.

<b>Andamento dei Consumivi</b>	<b>2003</b>	<b>%</b>	<b>2004</b>	<b>%</b>	<b>2005</b>	<b>%</b>
Ospedali	109.691.218	43%	116.538.547	43%	123.716.822	45%
Distretto Ovest	16.622.351	7%	18.227.822	7%	18.235.693	7%
Distretto Centro Nord	56.711.815	22%	59.133.936	22%	60.569.731	22%
Distretto Sud Est	33.447.264	13%	35.413.406	13%	33.761.381	12%
Prevenzione	15.356.216	6%	17.901.064	7%	17.291.773	6%
Salute mentale	20.342.472	8%	21.204.440	8%	23.049.359	8%
<b>TOTALE</b>	<b>252.171.336</b>	<b>100%</b>	<b>268.419.215</b>	<b>100%</b>	<b>276.624.759</b>	<b>100%</b>

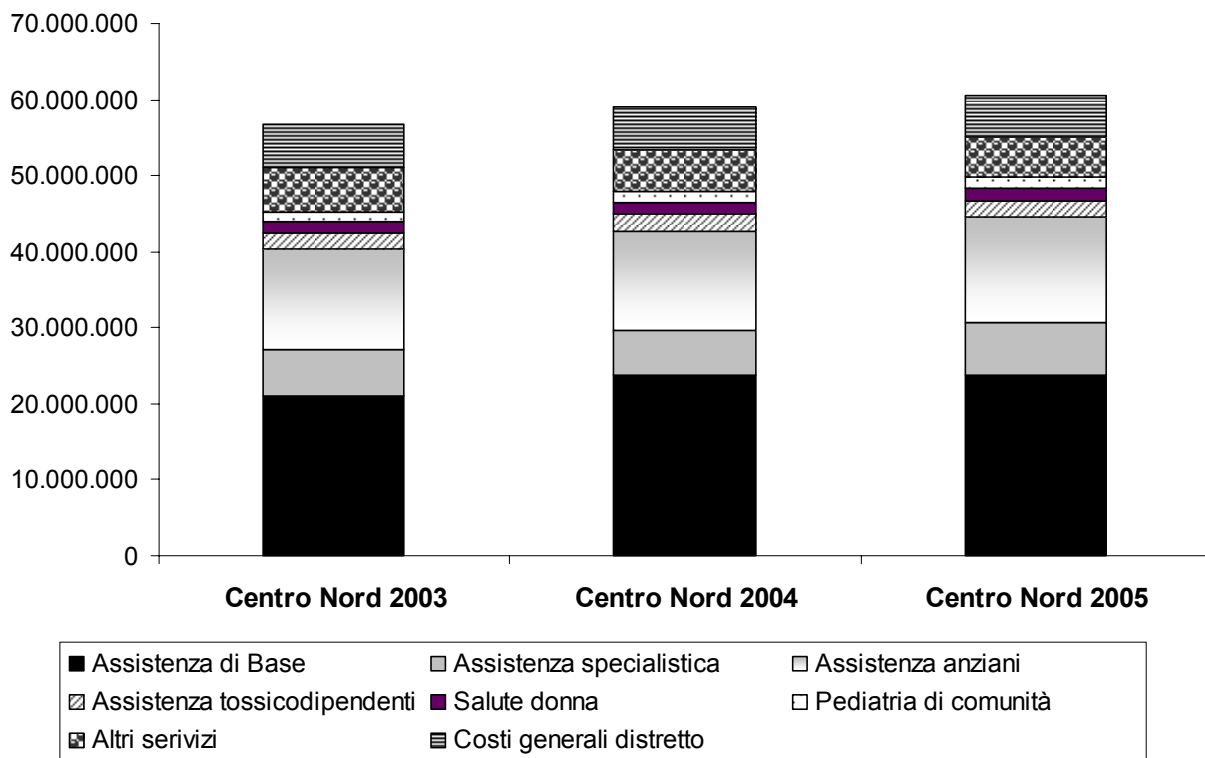
NOTA: I costi dei distretti si riferiscono ai soli costi territoriali "Riga Totale Distretto"

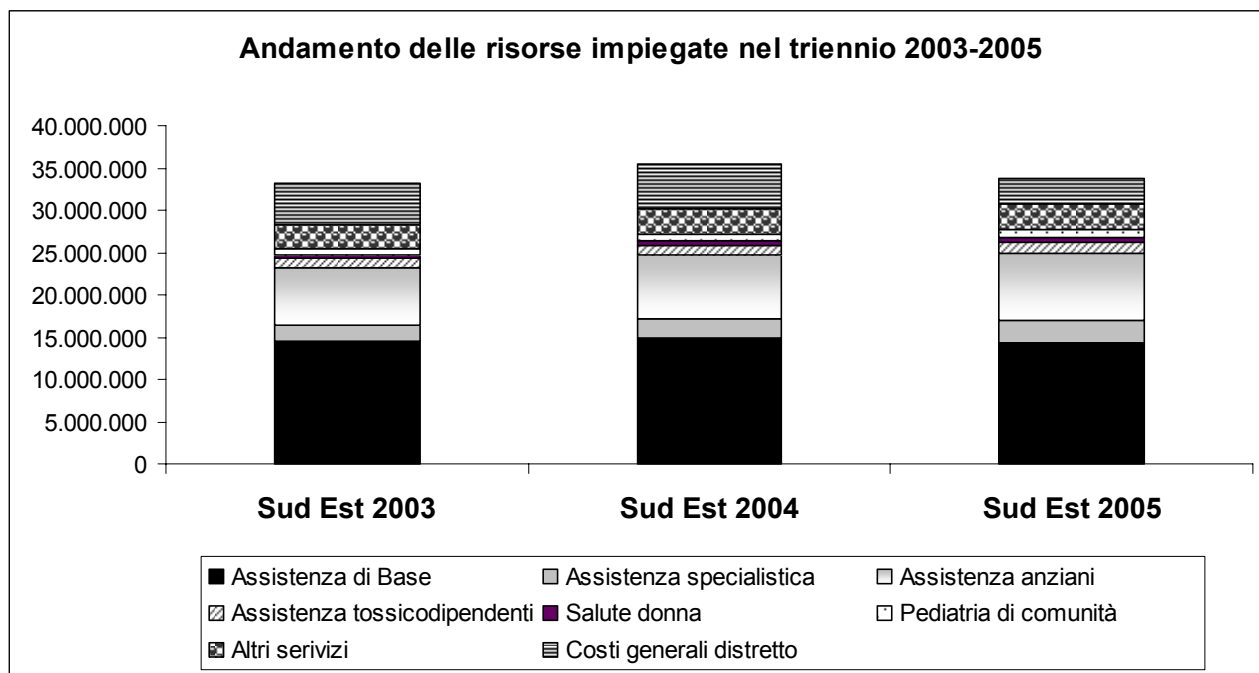
I costi ospedalieri si riferiscono al costo della struttura ospedaliera (degenza + specialistica)

Andamento delle risorse impiegate nel triennio 2003-2005



Andamento delle risorse impiegate nel triennio 2003-2005





### Analisi di efficienza dei servizi territoriali

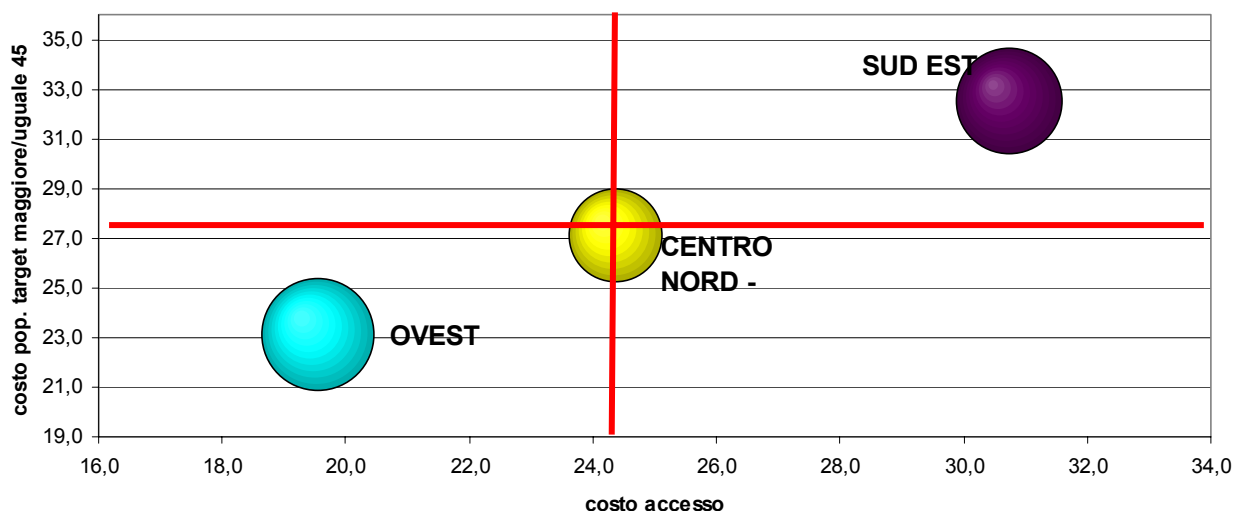
La rappresentazione grafica in quadranti consente di correlare il costo pro capite che si sostiene in ogni Distretto per garantire il servizio (e che indica la diversa allocazione della risorsa economica dedicata al servizio da Distretto a Distretto) con il costo che l'Azienda sostiene in relazione a ciascun accesso o prestazione, inteso come l'insieme dei fattori produttivi (personale, beni di consumo, servizi, ecc.) che vengono utilizzati per garantire a ciascun utente un determinato livello di servizio.

Ne consegue che possiamo notare in quali Distretti ci sia un costo pro capite più alto o più basso rispetto alla media aziendale e, se la prestazione erogata si posiziona al di sopra o al di sotto del costo medio aziendale, effettuare una valutazione complessiva di efficienza gestionale rispetto alla propensione dell'Azienda di investire risorse in misura difforme da Distretto a Distretto.

Al seguito di ciascuna matrice, distintamente per area di attività, si trovano elencati alcuni obiettivi dell'anno 2005 pensati e co-struiti in coerenza con le criticità emerse sia dal confronto con le ripartizioni percentuali e le risorse pro capite impiegate nei Distretti, vedi matrice a segno "+" e "-" precedentemente esposta che con quelle evidenziate dalle stesse matrici di efficienza.

### Assistenza Domiciliare Integrata 2005

la dimensione della bolla è data dalla intensità assistenziale

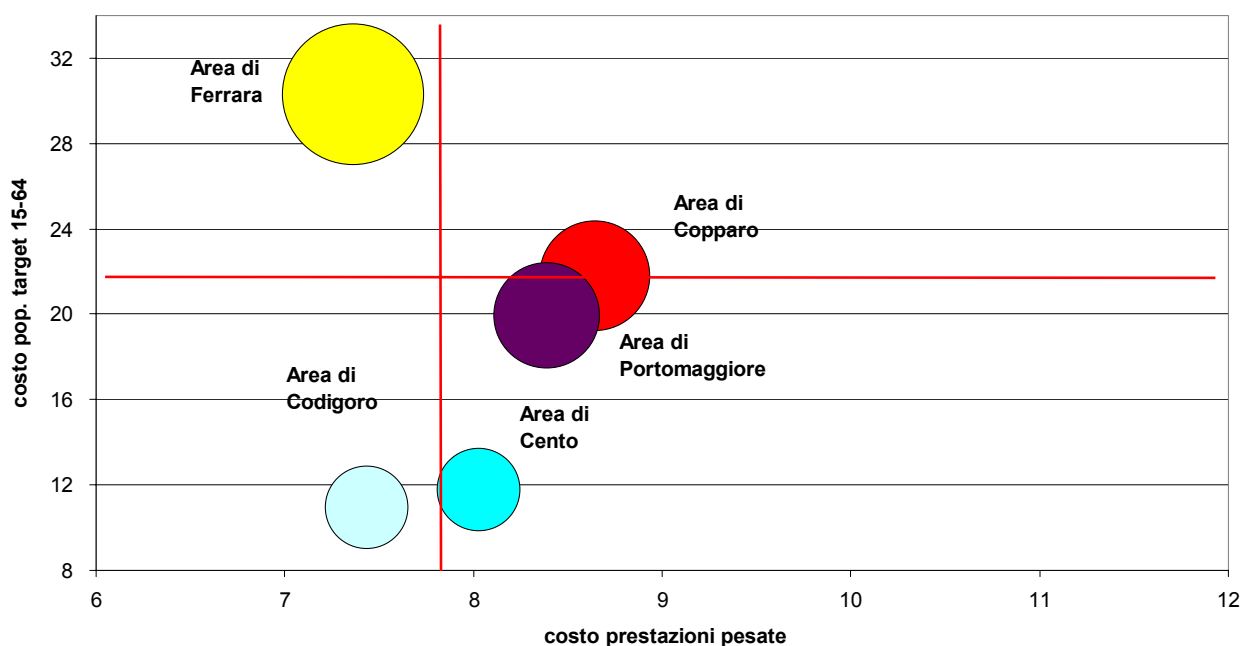


La matrice sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target di ogni Distretto (con riferimento a una popolazione di età uguale e superiore ai 45 anni) e il costo di accesso.

La posizione del Distretto Sud Est nel quadrante in alto a destra denota sia un sovradimensionamento delle risorse rispetto alla media regionale che una scarsa efficienza organizzativa dell'attività del servizio; quest'ultimo fatto è probabilmente determinato dalle maggiori risorse investite in tale area in relazione all'intensità assistenziale garantita che, per quanto riguarda l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di primo, secondo e terzo livello, si presenta sistematicamente al di sotto della media provinciale.

### Analisi Salute donna 2005

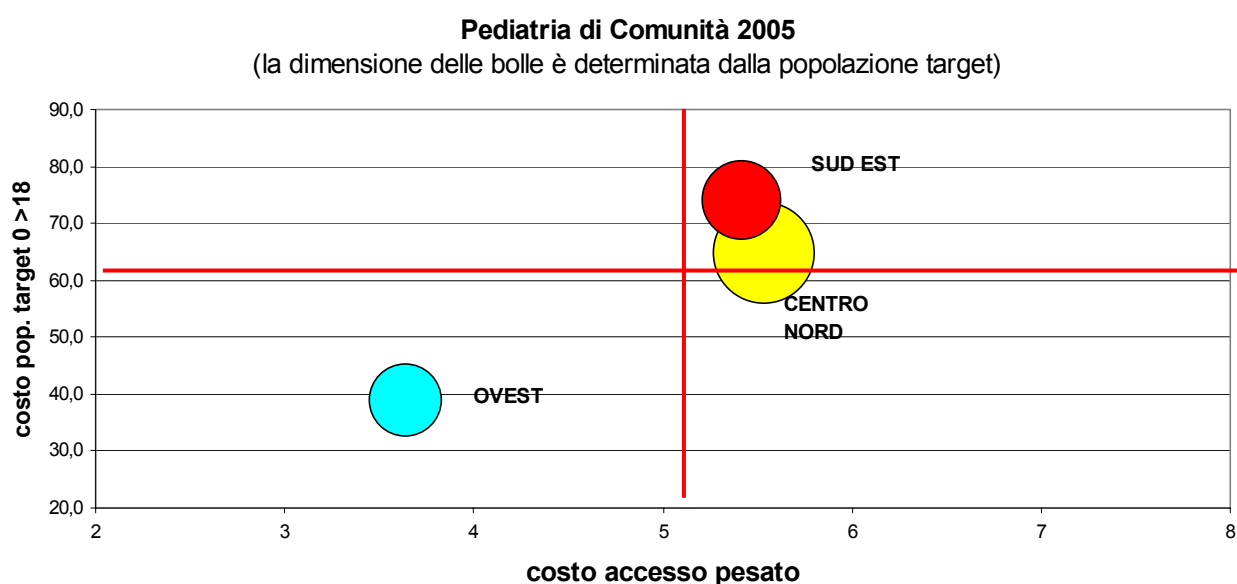
(le dimensioni della bolla sono date dal rapporto tra prestazioni pesate e pop. target)



La matrice della pagina precedente evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento a una popolazione femminile di età compresa tra i 15 e i 64 anni) di ogni Distretto, e il numero di prestazioni pesate effettuate dal servizio per la medesima popolazione di riferimento (la pesatura della prestazione è determinata dal consumo della risorsa personale per ciascuna prestazione).

La posizione del Distretto Centro Nord nell'area del sovradimensionamento delle risorse rispetto alla popolazione target è sicuramente originata dal carattere esclusivo che il servizio territoriale sito nel Comune di Ferrara riveste con riferimento all'area di competenza (Ospedale solo per funzioni di secondo livello) oltre che da alcune funzioni sovradistrettuali da questo svolte, e ciò contribuisce a spiegare il segno positivo rosso nella tabella matrice a segni "+" e "-".

Dal punto di vista dell'efficienza operativa i tre Distretti sono sostanzialmente allineati, complice anche l'omogenizzazione avvenuta nel corso del 2005 nei sistemi di registrazione della attività.

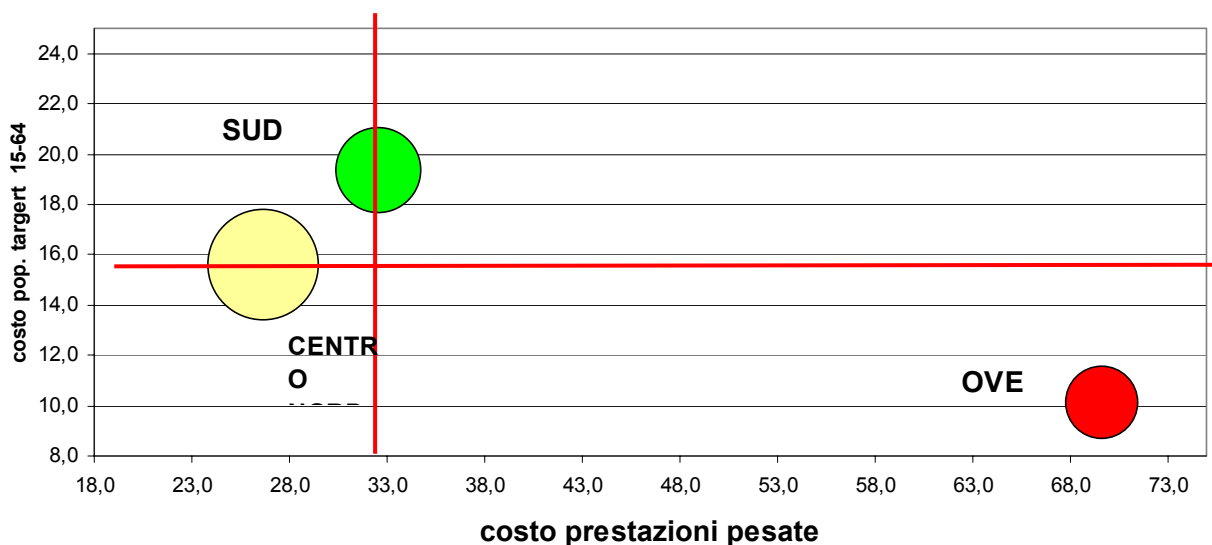


La matrice sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target di ogni Distretto (con riferimento a una popolazione di età compresa tra i 0 e i 18 anni), e il costo di accesso pesato di ciascun servizio, sostenuto per la medesima popolazione di riferimento.

Nel caso del Distretto Ovest, la scarsa dimensione strutturale dei servizi in rapporto alla popolazione target risente della recente inclusione in tale Distretto dei Comuni di Vigarano Mainarda e Poggio Renatico. Per quanto riguarda l'efficienza operativa è sempre il Distretto Ovest che tende a distinguersi, più per il basso consumo di risorse che per l'elevato numero di accessi.

### Dipendenze Patologiche 2005

(la grandezza delle bolle è data dalla pop. target 15-64)

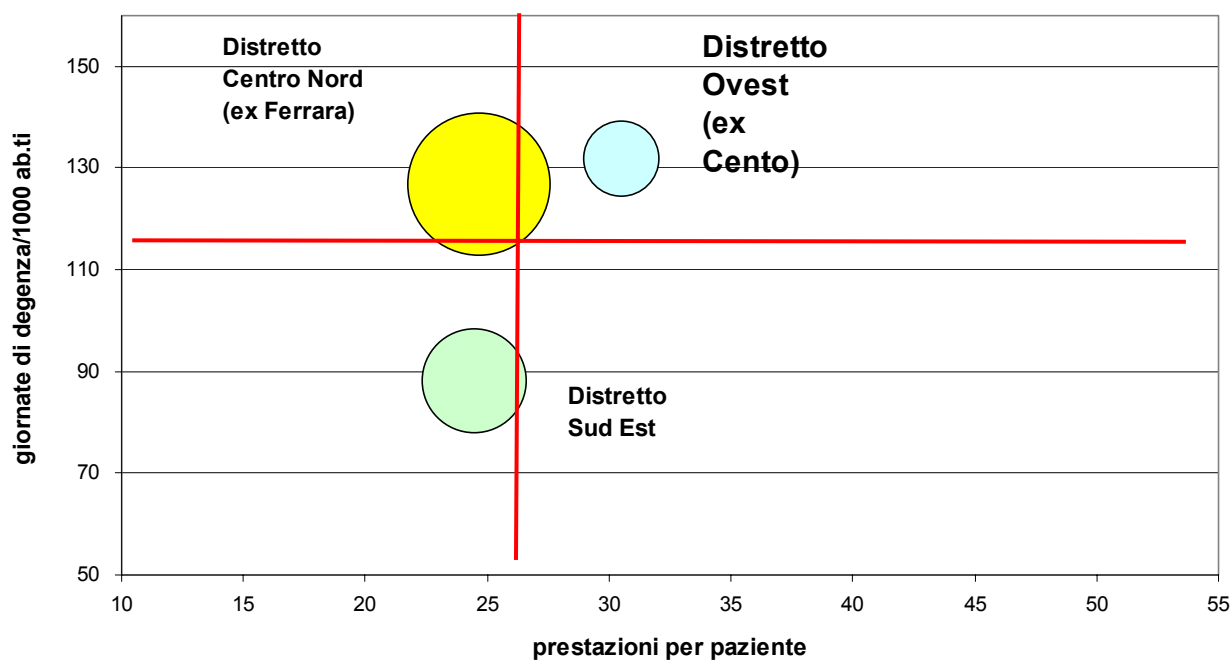


La matrice evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento a una popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni) di ogni Distretto, e il costo per prestazioni pesate effettuate dal servizio (la pesatura della prestazione è determinata dal consumo della risorsa personale per ciascuna prestazione).

Di fronte a una sostanziale uniformità dei servizi offerti, sia rispetto alla dimensione che rispetto al livello di efficienza, spicca la situazione dell'area Ovest, che evidenzia un sottodimensionamento rispetto alla popolazione target e un basso livello di efficienza produttiva, quest'ultimo causato sicuramente dalle scarse risorse investite che danno origine a diseconomie di scala.

### Analisi consumi 2005 CSM ambulatoriale

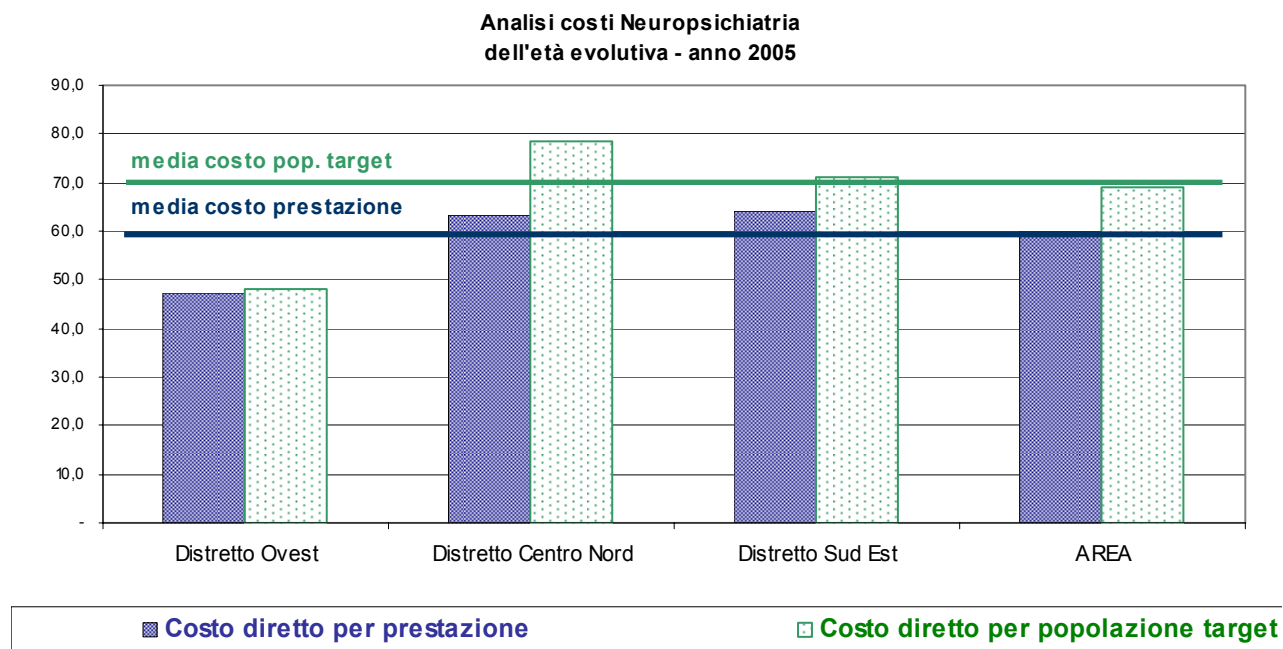
(la grandezza delle bolle è data dalla pop. target)





La matrice della pagina precedente evidenzia il rapporto tra il numero di giornate di degenza in regime di ricovero per 1.000 abitanti di ogni Distretto (con riferimento a una popolazione di età uguale e superiore ai 18 anni), e il numero di prestazioni eseguite su ciascun paziente in carico ai Centri di Salute Mentale.

Di fronte a un numero di prestazioni per paziente più alto della media provinciale l'area Ovest presenta un tasso di giornate di degenza al di sopra della media del resto della provincia.



Il grafico evidenzia lo scostamento del costo prestazione e del costo popolazione target (quest'ultimo riferito a una popolazione target compresa tra i 0 – 18 anni) di ciascun servizio di neuropsichiatria infantile distrettuale rispetto alla media provinciale. Non si evidenziano situazioni critiche, se non per la considerazione di elevata efficienza del Distretto Ovest, mentre i restanti due si attestano vicino al livello medio.

Questa pubblicazione è stata realizzata  
dall'Azienda USL di Ferrara

---

Coordinamento, editing e progetto grafico:

Segest S.p.a.

---

Chiuso nel luglio 2007

---

La riproduzione di questo documento è vietata  
Tutti i diritti sono riservati



