

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

## **Il Programma delle Attività Territoriali**

# **2006-07**

Distretto Ovest

# 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.

**Alberto Tinarelli**  
Direttore del Distretto  
Ovest

**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 ANZIANI 2006</b>	
2.1 Diritto alla domiciliarietà 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. 7
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. 8
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. 13
3.1.2 Le Cure Domiciliari	Pag. 19
3.1.3 Le Cure Palliative	Pag. 23
3.1.4 L'assistenza Specialistica Ambulatoriale	Pag. 23
3.1.5 L'Assistenza Farmaceutica	Pag. 28
3.1.6 Il Consultorio Familiare e lo Spazio Giovani	Pag. 38
3.1.7 La Pediatria di Comunità	Pag. 42
3.1.8 Le Dipendenza Patologiche	Pag. 47
3.1.9 Gli Anziani	Pag. 51
3.1.10 I Disabili Adulti	Pag. 55
3.2 L'Integrazione socio-sanitaria	Pag. 59
3.3 La Sanità pubblica	Pag. 61
3.3.1 Igiene Pubblica	Pag. 61
3.3.2 Igiene Ambientale	Pag. 62
3.3.3 Epidemiologia ed Educazione Sanitaria	Pag. 63
3.3.4 Alimenti e Nutrizione	Pag. 63
3.3.5 Unità Operativa di Organizzazione Oncologica	Pag. 65
3.3.6 Tutela della Salute e della Sicurezza negli Ambienti di vita e di lavoro	Pag. 66
3.3.7 Area Sanità Pubblica Veterinaria	Pag. 69
3.4 La Salute Mentale	Pag. 72
3.5 L'assistenza Ospedaliera	Pag. 79
3.5.1 Il Presidio Unico Ospedaliero	Pag. 79
3.5.2 Il Distretto Centro Ovest	Pag. 87
<b>4. I CONSUMI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE E AMBULATORIALI</b>	
4.1 Le domande di utilizzo e i flussi di mobilità	Pag. 95
<b>5. LE RISORSE</b>	
5.1 Le Dinamiche dei Costi	Pag. 111



# 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 domiciliarietà. 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 domiciliarietà delle cure, prendersi cura di chi si prende cura

##### 2.1.1 Caregiver Anziani

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

- Potenziamento dell'attività consultoriale per dementi, con utilizzo di tecniche di *counselling* per il *caregiver*.
- Potenziamento del punto di ascolto telefonico e presa in carico delle problematiche del *caregiver*.
- Consulenza legale.
- Sviluppo di un sistema di consulenza specialistica ai medici di medicina generale per la gestione complessa a domicilio dei soggetti dementi in fase avanzata.
- 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 Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, associazioni, cooperative e altri portatori di interesse;
  - costituzione di un gruppo di lavoro;
  - 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 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 dati.

##### 2.1.2 Caregiver di soggetti con disturbi psichici

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

###### Distretto Ovest

- Valutazione di fattibilità e promozione dei Punti Ascolto Famiglia in spazi esterni al Centro Salute Mentale.
- Perfezionamento dei gruppi di sostegno al *caregiver* di malati di psicosi cronica a Cento.
- 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:

- 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* 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:

- Corso di formazione per operatori tecnici, autisti di ambulanza nel Servizio Emergenza Urgenza (progetto provinciale).
- “Guidatore di turno” - Sensibilizzazione dei ragazzi sui rischi legati alla guida in stato di ebbrezza.

### 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:

- 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 di questionari;
  - realizzazione di un 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 Cure Primarie (D.C.P.)**, struttura organizzativa che ha la finalità di assicurare:

- la produzione di prestazioni e servizi centrati sul bisogno della persona e caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, di efficacia e di qualità tecnica, nonché dalla gestione efficiente delle risorse;
- l'esercizio del governo clinico, quale strumento più idoneo per implementare nuovi programmi assistenziali, per valutare e migliorare la qualità dell'assistenza e dei servizi erogati;
- la realizzazione a livello distrettuale dei principali programmi di prevenzione e assistenza aziendali;
- il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e competenze professionali attraverso la formazione permanente, la valutazione del personale, la promozione dello sviluppo professionale;
- la promozione e diffusione dell'informazione e della comunicazione interna.

All'interno del Dipartimento 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, l'attività del Consultorio Familiare, con uno specifico spazio dedicato ai giovani, e il Servizio Tossicodipendenze;
- Unità Operativa Socio-Sanitaria, che comprende l'attività rivolta agli anziani e ai disabili adulti.

#### Ambiti di intervento

Le cure primarie offrono le seguenti tipologie di servizio:

- cure domiciliari;
- attività ambulatoriale di medicina generale e pediatrica, effettuata dai medici convenzionati;
- assistenza residenziale per fasce deboli (anziani, disabili adulti, malati terminali, persone affette da dipendenze patologiche, gravi malattie croniche);
- assistenza semiresidenziale per anziani e disabili adulti;
- attività consultoriale;
- attività specialistica ambulatoriale di base;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza protesica e integrativa;
- servizi per l'accesso;
- programmi di prevenzione e assistenza definiti a livello aziendale.

**Popolazione divisa per classi di età e comune di residenza:**

Comune	Popolazione residente	0-6anni	7-14 anni	15 anni e oltre
Cento	32.204	2.076	2.090	28.038
Sant'agostino	6.467	436	392	5.639
Mirabello	3.437	179	170	3.088
Bondeno	15.527	711	778	14.038
Vigarano Mainarda	6.845	353	364	6.128
Poggio Renatico	8.275	526	497	7.252
	<b>2.755</b>	<b>4.281</b>	<b>4.291</b>	<b>64.183</b>

## Indice di vecchiaia della popolazione per comune

	0-14 anni	15-44 anni	45-64 anni	65 anni e oltre	75 anni e oltre
Cento	4.166	13.051	8.366	6.621	3.229
Bondeno	1.489	5.228	4.477	4.333	2.257
Mirabello	349	1.259	925	904	381
Poggio Renatico	1.023	3.197	2.151	1.904	916
Sant'Agostino	828	2.621	1.638	1.380	715
Vigarano Mainarda	717	2.616	1.907	1.605	728
	<b>8.572</b>	<b>27.972</b>	<b>19.464</b>	<b>16.747</b>	<b>8.226</b>

L'esame delle principali forme di esenzione ticket può fornire un quadro della situazione sanitaria del Distretto, soprattutto per quanto riguarda la diffusione e la distribuzione delle malattie croniche.

## Andamento negli anni delle principali forme di esenzione

	2003	2004	inc. %	2005	inc. %
Esenzioni patologia totali	12.708	17.085	34,4%	20.115	17,7%
Esenzioni diabete	2.127	2.862	34,6%	3.043	6,3%
Esenzioni ipertensione	6.071	7.748	27,6%	7.852	1,3%
Esenzioni neoplasie	998	1.427	43,0%	1.622	13,7%
Esenzioni invalidità civile	2.714	3.505	29,1%	3.618	3,2%

I dati sull'esenzione per invalidità civile e per le principali patologie riportate in tabella registrano un costante e significativo aumento (equivalente sia nel Distretto che in Azienda) nel corso degli anni, a partire dal 2003.

Ciò potrebbe essere giustificato, da un lato, dalla maggiore sensibilizzazione degli utenti verso l'esigibilità del diritto di esenzione e, dall'altro lato, da una migliore attenzione da parte della classe medica, ma è pur vera anche l'ipotesi che, in concomitanza con il documentato invecchiamento della popolazione, si registri anche l'emergere di varie situazioni patologiche.

### 3.1.1. I Nuclei di Cure Primarie

L'Unità Operativa Nuclei di Cure Primarie ha competenza sull'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale, dei responsabili organizzativi e degli infermieri dell'Assistenza Domiciliare, dei medici di organizzazione che si occupano di assistenza protesica e integrativa.

I medici di medicina generale operanti nell'ambito del Distretto sono organizzati in quattro Nuclei di Cure Primarie. Il Nucleo di Cure Primarie (NCP) è la struttura organizzativa attraverso la quale viene garantita l'assistenza di medicina generale, pediatrica, infermieristica e ostetrica di base. Ogni NCP ha un proprio Coordinatore, eletto dagli stessi medici, che ha funzioni di raccordo strategico fra le necessità del NCP e i programmi e gli obiettivi aziendali.

Per quanto riguarda la composizione dei NCP in riferimento alla popolazione assistita, si rimanda alla tabella seguente:

#### Popolazione residente al 31/12/2005 suddivisa per NCP

Nuclei Cure Primarie	Frazioni di Cento	Popolazione	Popolazione	Assistiti per NCP	
Cento				17.220	
Sant'Agostino Mirabello	Renazzo XII Morelli	5.547 2.365	6.467 3.437	24.888	
Frazioni Di Cento	Casumaro Corporeno Buonacompra Alberone Reno Contese	2.140 2.136 783 919 1.094	14.984		
Bondeno					15.527
Vigarano Mainarda			6.845		15.120
Poggio Renatico			8.275		
<b>Totale</b>				<b>72.755</b>	

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 delle 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 24 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 tutti gli studi medici;
- 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 di NCP assumono maggiori responsabilità rispetto alla programmazione e al monitoraggio dei progetti assistenziali, all'integrazione multiprofessionale, alla condivisione degli obiettivi strategici aziendali, 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 delle scelte 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 e 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 l'Azienda USL e le medicine di gruppo.

Nella prospettiva di consolidamento dei NCP, è stata prevista l'individuazione di una sede operativa, messa a disposizione dall'Azienda USL.

Sono presenti nel Distretto: una Medicina di Gruppo a Vigarano Mainarda, con condivisione della sede ambulatoriale e presenza nella stessa sede di un punto prelievi, del servizio di telecardiologia, dell'ostetrica e dell'attività specialistica di oculistica e una Medicina in Associazione a Bondeno.

I medici di medicina generale continueranno a realizzare i progetti assistenziali previsti dall'accordo locale 2004-2006 (Progetto diabete e Progetto ipertensione), che comportano la presa in carico dei pazienti dimessi dai Centri Diabetologici, secondo protocolli concordati, e la gestione dei pazienti ipertesi, secondo linee guida licenziate dai tavoli tecnici aziendali composti da specialisti territoriali, ospedalieri e medici di medicina generale.

Nella tabella che segue vengono riportati i dati relativi ai pazienti diabetici in carico ai medici di medicina generale divisi per NCP:

#### Pazienti diabetici seguiti dai Nuclei di Cure Primarie

Nuclei di Cure Primari	Diabetici ambulatoriali	Diabetici domiciliari	Totale
Bondeno	517	17	534
Cento	414	5	419
Poggio Renatico	413	19	432
Sant'Agostino	590	18	608
Totale	1.934	59	1.993

A supporto dei medici di medicina generale, per garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e nei giorni festivi e prefestivi, sono garantiti tre punti di continuità assistenziale (Guardia Medica) a Cento, Bondeno e Poggio Renatico.

L'assistenza sanitaria di base ai bambini da zero a quattordici anni è garantita dai pediatri di libera scelta. Essi garantiscono livelli uniformi di assistenza, con particolare riguardo alle fasce deboli della popolazione infantile, coordinandosi con la Pediatria di Comunità, la Neuropsichiatria Infantile e il Servizio Sociale. In applicazione dell'accordo regionale, garantiscono la presa in carico e la continuità assistenziale al bambino affetto da patologia cronica e sono coinvolti, all'interno dei Piani per la Salute, nel progetto "Sostegno ai genitori nella cura dei figli".

Negli ultimi anni si è progressivamente consolidato il sistema di tutela della salute dei più piccoli attraverso il sistema del bilancio di salute e l'avvio della nuova modalità di riconoscimento di idoneità alla pratica sportiva non agonistica (libretti di idoneità). Inoltre, sono state sviluppate le opportune strategie per affrontare il fenomeno dell'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. Infine, sono state positivamente sperimentate importanti sinergie per casi di assistenza domiciliare in situazioni di particolare complessità sanitaria.

## Tassi di ricovero e di mobilità per comune e per specialità

	Provincia	Cento	Bondeno	Poggio Renatico	Sant'Agostino	Mirabello	Vigarano Mainarda
<b>Tasso Ospedalizzazione</b>							
<i>tasso di ricovero</i>	221,59	185,54	198,43	181,63	188,46	220,54	191,56
<i>tasso di mobilità</i>	41,27	49,53	34,39	43,14	36,49	32,88	25,71
<b>Cardiologia</b>							
<i>tasso di ricovero</i>	21,57	17,85	22,09	15,35	19,02	18,91	19,28
<i>tasso di mobilità</i>	2,56	2,33	2,51	2,05	1,08	1,75	1,17
<b>Pneumologia</b>							
<i>tasso di ricovero</i>	13,44	10,43	10,76	10,76	9,43	13,09	10,96
<i>tasso di mobilità</i>	1,19	2,08	0,71	1,45	1,39	0,00	0,44
<b>Chirurgia Generale</b>							
<i>tasso di ricovero</i>	32,25	24,78	29,11	27,19	24,28	31,42	30,68
<i>tasso di mobilità</i>	4,81	7,79	5,28	6,65	4,95	7,27	3,51
<b>Ortopedia</b>							
<i>tasso di ricovero</i>	31,23	25,18	29,11	25,98	25,36	33,75	27,32
<i>tasso di mobilità</i>	8,77	8,17	7,79	8,22	7,73	6,98	4,53
<b>Urologia</b>							
<i>tasso di ricovero</i>	16,15	14,31	14,10	11,96	11,91	17,17	9,20
<i>tasso di mobilità</i>	3,23	3,07	2,00	2,30	1,86	2,04	1,02
<b>Ostetricia Ginecologia</b>							
<i>tasso di ricovero</i>	24,98	28,38	25,83	24,77	29,38	29,10	27,17
<i>tasso di mobilità</i>	4,29	5,65	3,80	7,01	5,26	4,07	2,92
<b>Oncologia</b>							
<i>tasso di ricovero</i>	28,81	24,03	24,86	23,08	17,94	31,13	23,08
<i>tasso di mobilità</i>	4,78	7,11	3,16	4,59	3,56	4,07	3,36
<b>Gastroenterologia</b>							
<i>tasso di ricovero</i>	17,58	15,6	14,10	14,38	13,76	12,80	16,65
<i>tasso di mobilità</i>	25,52	4,22	1,48	2,78	1,70	2,04	2,98
<b>Day hospital</b>							
<i>tasso di ricovero</i>	28,89	23,79	27,11	26,22	24,43	27,35	27,47
<i>tasso di mobilità</i>	5,14	7,33	3,93	5,08	4,02	3,78	3,65
<b>Day Surgery</b>							
<i>tasso di ricovero</i>	36,66	30,03	30,98	28,76	28,30	39,57	28,78
<i>tasso di mobilità</i>	6,29	7,45	4,44	5,68	5,72	4,07	3,36

I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti.

Dall'esame dei dati riportati nella tabella emerge che i tassi di ricovero sono per tutti i comuni inferiori alla media provinciale, mentre la mobilità risulta più elevata rispetto al dato provinciale nei comuni di Cento e di Poggio Renatico. Per quanto riguarda le specialità prese in esame, se per alcuni Comuni si esclude un aumento della mobilità passiva, rispetto alla media provinciale, in Chirurgia, Ostetricia e Ginecologia, Oncologia e Day Hospital, gli altri dati confermano un consumo sia in ricoveri che in mobilità inferiore al dato provinciale.

### Consumi inerenti l'attività sanitaria erogata per comune del Distretto Ovest

	Provin- cia	Cento	Bondeno	Poggio Renatico	Sant' Agostino	Mirabello	Vigarano Mainarda
<b>Visita cardiologica + ECG</b>							
<i>tasso di consumo</i>	335,51	395,29	358,86	187,43	400,65	407,62	274,95
<i>tasso di mobilità</i>	22,25	24,00	18,93	31,78	12,68	9,89	7,74
<b>Visita oculistica/cataratta</b>							
<i>tasso di consumo</i>	11,16	8,20	8,18	8,22	8,97	9,31	12,56
<i>tasso di mobilità</i>	1,63	1,09	0,19	1,33	0,93	0,87	1,61
<b>Risonanza magnetica</b>							
<i>tasso di consumo</i>	74,76	63,00	62,47	59,21	56,60	73,03	73,78
<i>tasso di mobilità</i>	21,65	17,17	23,57	18,61	14,84	22,99	21,33
<b>Spesa farmaceutica procapite</b>	214,62	188,05	203,76	221,58	220,87	192,77	187,22
<b>Esenzione per invalidità</b>	55,24	41,86	57,00	58,01	37,42	55,28	69,10
<b>Malattie rare</b>	4,24	2,45	3,16	2,66	1,55	4,66	4,24
<b>Esenzione per patologia</b>	295,20	244,50	339,86	298,13	235,04	302,30	283,13

I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti.

Nella tabella sopra riportata, sono stati evidenziati i tassi di consumo relativi alla visita cardiologica con ECG, alla visita oculistica e alla risonanza magnetica nucleare, suddivisi per comune.

Il consumo di visite cardiologiche risulta essere elevato in quasi tutti i comuni del Distretto, mentre la mobilità passiva, se si escludono i comuni di Cento e di Poggio Renatico, risulta nettamente inferiore alla media provinciale. Per quanto riguarda la visita oculistica e la RMN, il consumo e la mobilità passiva risultano, nella quasi totalità dei comuni, inferiori alla media provinciale.

La spesa farmaceutica pro-capite è superiore alla media provinciale solamente nei comuni di Poggio Renatico e di Sant'Agostino.

I tassi relativi alle esenzioni per invalidità, malattie rare e patologie hanno, nel complesso, un andamento vicino alla media provinciale.

### Risultati 2005, aree di miglioramento e obiettivi 2006- 2007

Nel corso del 2005 è continuato il coinvolgimento dei medici di medicina generale in azioni volte al miglioramento del governo clinico, per una più appropriata risposta ai bisogni di salute dei cittadini. Le azioni messe in atto in questo campo hanno sempre coinvolto, nella fase progettuale ed esecutiva, i quattro coordinatori dei Nuclei di Cure Primarie e, nella maggior parte dei casi, si sono concretizzate nella realizzazione di specifici *audit* clinici, che hanno visto la partecipazione dei medici di medicina generale e degli specialisti operanti nel territorio del Distretto. Questi momenti di confronto hanno permesso di affrontare problemi clinici e organizzativi inerenti gli argomenti trattati, attivando conseguentemente percorsi di miglioramento sia dal punto di vista dell'appropriatezza che dell'accessibilità.

Sempre nel corso del 2005, nell'intento di favorire e semplificare i percorsi di cura dei cittadini, sono stati attivati i seguenti progetti, che proseguiranno anche nel corso del 2006:

**Progetto Telecardiologia**

Per problemi organizzativi, il progetto è stato attivato in via sperimentale, presso la Medicina di Gruppo di Vigarano Mainarda, solo dal novembre 2005.

Il progetto, che nasce dalla necessità di limitare il numero delle visite cardiologiche, consiste nell'esecuzione di elettrocardiogrammi presso lo studio del proprio medico curante, ottenendo la lettura del referto da parte dello specialista collegato in rete. L'attuazione di questo progetto comporta un maggiore controllo delle richieste da parte del medico curante, permettendo l'accesso alle prestazioni specialistiche solo nei casi di effettiva necessità.

**Progetto Terapia Anticoagulante Orale**

Questo progetto, che prevede un progressivo aumento dei pazienti in terapia anticoagulante orale (TAO), gestiti direttamente dal proprio medico di medicina generale, ha avuto completa realizzazione solo nel corso del 2006. Ciò ha garantito la semplificazione dei percorsi, con la presa in carico degli utenti da parte dei medici di medicina generale, dopo la necessaria fase di stabilizzazione del quadro clinico gestita dai centri specialistici.

La gestione del paziente, così come prevista nel progetto, prevede inoltre un utilizzo sempre più massiccio delle reti telematiche per la trasmissione dei dati per il monitoraggio, con un evidente vantaggio da parte dell'utente in termini di tempo, di vicinanza e di conoscenza delle problematiche legate alla propria condizione di salute e alla terapia.

**Protocollo di collaborazione fra il Dipartimento di Salute Mentale e i medici di medicina generale**

Il progetto ha come obiettivo una più stretta collaborazione fra il medico di medicina generale e il Centro di Salute Mentale distrettuale, per una gestione integrata del paziente con disturbi psichiatrici. Nel corso del 2005, è stato attivato un tavolo di confronto distrettuale a cui partecipano i coordinatori dei NCP, in rappresentanza dei medici di medicina generale, medici psichiatri operanti nel Centro di Salute Mentale Distrettuale e il Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie. Gli argomenti esaminati nel corso delle riunioni riguardano aspetti relativi all'accesso alle cure, alla gestione del paziente affetto da patologie psichiatriche minori, alla presa in carico delle patologie più gravi, ai percorsi e alle consulenze specialistiche. I risultati dei lavori saranno oggetto di uno specifico momento formativo a cui parteciperanno tutti i medici di medicina generale del Distretto Ovest

**Obiettivi dei Nuclei di Cure Primarie 2006-2007**

Prosecuzione della promozione delle vaccinazioni antinfluenzali. Considerato il contributo sostanziale e positivo al raggiungimento nella nostra Azienda dei risultati relativi alla campagna anti-influenzale dei medici di medicina generale, anche per il 2006/2007 è stata confermata la stessa strategia vaccinale;

sperimentazione di nuovi progetti assistenziali, ispirati al "modello di presa in carico del paziente cronico";

implementazione del progetto assistenziale per il "Trattamento Anticoagulante Orale" (TAO);

potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero: con assistenza domiciliare integrata, programmata, residenziale e semiresidenziale, cure palliative ai malati terminali;

sviluppo della continuità assistenziale (Guardia Medica), con integrazione dell'omonimo Servizio per garantire risposte nell'arco delle 24 ore ai bisogni non differibili della popolazione assistita;

sviluppo di sedi dei NCP per realizzare quell'offerta di servizi integrati che possono essere determinati dalla presenza, accanto al medico di medicina generale, anche del pediatra di libera scelta, dei medici di guardia, dei medici specialisti, degli infermieri, delle ostetriche e dei professionisti del Servizio Sociale;

sviluppo, completamento e consolidamento della rete informatica tra i medici e le strutture sanitarie provinciali di riferimento (Progetto SOLE - Sanità On LinE);

attivazione di una Medicina di Gruppo composta da medici di medicina generale operanti nel comune di Cento, con aumento dell'offerta in termini di prestazioni aggiuntive e prolungamento dell'orario di apertura al pubblico degli ambulatori condivisi.



### 3.1.2 Le Cure Domiciliari

Le cure domiciliari offrono al paziente l'opportunità di ricevere al proprio domicilio prestazioni qualificate in rapporto al tipo di patologia e alla complessità assistenziale richiesta. Questo con evidenti vantaggi in termini di permanenza del soggetto in un ambiente conosciuto e di rapporto di vicinanza con i famigliari.

Le cure domiciliari trovano la loro massima espressione nell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che è caratterizzata dall'integrazione fra varie figure sanitarie e sociali, al fine di garantire un adeguato livello assistenziale.

Nelle tabelle che seguono viene riportata l'attività dell'Assistenza Domiciliare negli 2004 e 2005.

#### Riepilogo Tipologia Assistenza Domiciliare (TAD) per comune e livello di intensità Anno 2004

	TAD MMG				Tot. TAD MMG	TAD Inf.	TAD Spec. e Vol.	TAD Sociale	Totale
	Liv. 1	Liv. 2	Liv. 3	AD P					
Bondeno	74	40	11	13	138	250	4	10	<b>402</b>
Cento	142	76	16	40	274	342	16	8	<b>640</b>
Mirabello	12	9	2	4	27	64	3	1	<b>95</b>
Poggio Renatico	27	12	13	31	83	53	5	0	<b>141</b>
S. Agostino	25	20	4	5	54	77	2	1	<b>134</b>
Vigarano Mainarda	29	10	0	50	89	48	7	0	<b>144</b>
Non residenti	3	1	1	3	8	12	1		<b>21</b>
<b>Totale Ovest</b>	<b>312</b>	<b>168</b>	<b>47</b>	<b>14-6</b>	<b>673</b>	<b>846</b>	<b>38</b>	<b>20</b>	<b>1.577</b>

	ADI MMG			ADP/R	VOLONTARIATO	A/ INF.	TAD Sociale	Totale
	LIV. 1	LIV. 2	LIV. 3					
Bondeno	90	43	12	9	1	246	7	408
Cento	192	89	12	38	6	374	5	716
Mirabello	18	10	0	3	2	44	0	77
Poggio Renatico	50	10	11	28	6	51	0	156
Sant'Agostino	27	22	2	5	3	68	1	128
Vigarano Mainarda	31	10	3	51	8	35	0	138
<b>Totale</b>	<b>408</b>	<b>184</b>	<b>40</b>	<b>134</b>	<b>26</b>	<b>818</b>	<b>13</b>	<b>1623</b>
Assistiti residenti in altri comuni della provincia*	6	4	2	8	0	5	1	26
Assistiti residenti fuori provincia	5	3	2	4	1	10	0	25
<b>Totale TAD Distretto Ovest</b>	<b>419</b>	<b>191</b>	<b>44</b>	<b>146</b>	<b>27</b>	<b>833</b>	<b>14</b>	<b>1.674</b>

Popolazione residente nei comuni al 31/12/05	Rapporto assistiti in totale ogni 1.000 abitanti	Rapporto assistiti dai MMG ogni 1.000 abitanti	Rapporto assistiti dal Servizio Infermieristico ogni 1.000 abitanti	Rapporto Assistiti con altre forme di A.D. per 1.000 abitanti
3.437	22,40	8,15	12,80	1,45
8.275	18,85	8,58	6,16	4,11
6.467	19,79	7,89	10,51	1,39
6.845	20,16	6,43	5,11	8,62
72.755	22,31	8,69	11,24	2,38

L'Assistenza Domiciliare Integrata nel Distretto Ovest è garantita per 12 ore diurne.

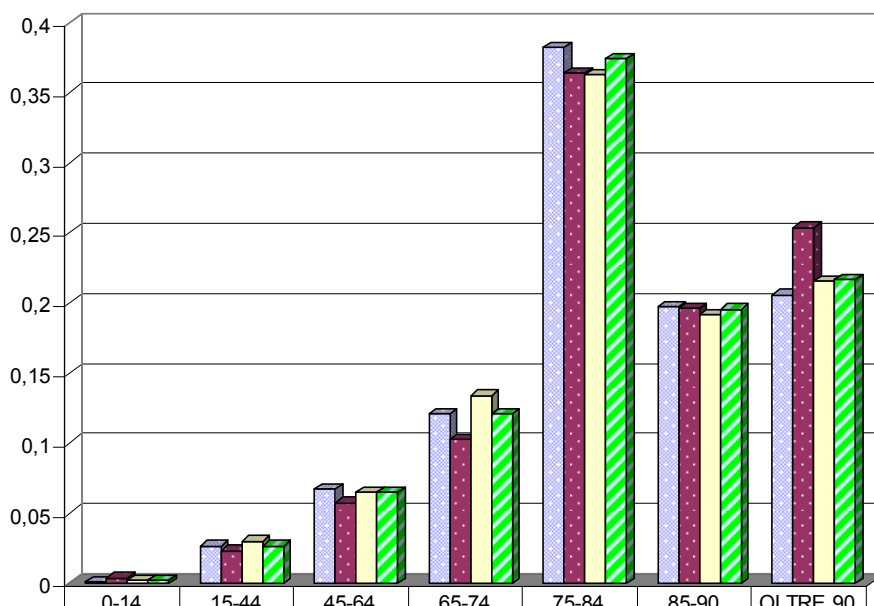
Nel corso degli ultimi anni, indipendentemente dalla presa in carico assistenziale dei pazienti residenti nei comuni di Poggio Renatico e di Vigarano Mainarda, è stato riscontrato un aumento progressivo degli assistiti. Nell'anno 2003 i pazienti assistiti residenti nei comuni del Distretto, con l'esclusione dei due comuni citati, sono stati 619; nel 2005 sono stati 800, con un aumento di circa il 25%. L'incremento ha riguardato soprattutto i pazienti di primo e di secondo livello, dimostrando ancora una volta una certa predilezione per gli interventi assistenziali a minore complessità.

Nella tabella e nel grafico seguenti vengono riportati i dati dell'Assistenza Domiciliare nei Distretti dell'Azienda USL di Ferrara, suddivisi per classi di età e relativi all'anno 2005.

#### Assistenza Domiciliare per Distretto e classi d'età

	0-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85-90	OLTRE 90
<b>DISTRETTO CENTRO NORD</b>	0,1%	2,6%	6,7%	12,0%	38,2%	19,7%	20,6%
<b>DISTRETTO OVEST</b>	0,4%	2,3%	5,7%	10,2%	36,4%	19,6%	25,4%
<b>DISTRETTO SUD EST</b>	0,2%	3,0%	6,5%	13,4%	36,2%	19,1%	21,5%
<b>Azienda UsI FERRARA</b>	0,2%	2,7%	6,5%	12,1%	37,4%	19,5%	21,7%

**Pazienti in Assistenza Domiciliare per classi di età e per Distretto  
Azienda USL di Ferrara  
- Anno 2005 -**



	0-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85-90	OLTRE 90
■ DISTRETTO CENTRO-NORD	0,00125	0,02645833	0,066875	0,12041667	0,38229167	0,19708333	0,205625
■ DISTRETTO OVEST	0,00395257	0,02305665	0,05731225	0,10210804	0,36363636	0,19631094	0,25362319
■ DISTRETTO SUD EST	0,00232019	0,03016241	0,0649652	0,13364269	0,36241299	0,19118329	0,21531323
■ AUSL FERRARA	0,00200637	0,02679098	0,06467603	0,12050041	0,37389354	0,19544435	0,2166883

classi di età

**Risultati 2005, aree di miglioramento e obiettivi 2006- 2007**

La permanenza del paziente a domicilio, garantendo nel contempo l'adeguatezza delle cure prestate, permette di utilizzare al meglio il valore aggiunto dato dal contesto familiare.

È importante, però, creare attorno al paziente una rete di servizi, non solo sanitari, in grado di rispondere sia alle esigenze del soggetto che alle necessità delle persone che lo assistono. L'aiuto rivolto alle persone che assistono al proprio domicilio soggetti malati deve comprendere aspetti concreti, quali: l'assistenza sostitutiva garantita in alcuni momenti della giornata; la possibilità di ricoveri di sollievo del malato per periodi lunghi; interventi di sostegno psicologico, come gruppi di auto-aiuto e di assistenza psicologica.

Il trattamento domiciliare ha una funzione importante anche nell'economia aziendale, in quanto consente di garantire un buon livello di efficienza con un uso ottimale delle risorse, riducendo i ricoveri ospedalieri nelle patologie di tipo cronico. Nel Distretto Ovest si è ritenuto di migliorare le cure domiciliari, intervenendo sull'Assistenza Domiciliare Integrata, sulle Dimissioni Protette e sulla Nutrizione Artificiale.

**Assistenza Domiciliare Integrata**

L'aumento della vita media ha conseguentemente determinato un aumento di tutte le patologie croniche che, assieme a una contrazione nella disponibilità di posti letto nelle strutture ospedaliere, ha costretto le aziende USL a creare idonee strutture per l'assistenza domiciliare di pazienti critici.

Si considerano pazienti critici quelli dimessi dalle strutture ospedaliere, quelli in fase terminale e quelli a rischio di istituzionalizzazione che rendono indispensabili interventi di tipo socio-sanitario a domicilio, con la collaborazione di varie figure professionali sociali e sanitarie. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un insieme coordinato di attività sanitarie integrate con interventi di

natura socio-assistenziale, diretti a curare, assistere e riabilitare a domicilio la persona ammalata.

I pazienti in ADI, in base ai loro bisogni sanitari, richiedono cure domiciliari di diverso livello di intensità, che vedono un diverso impegno in termini di risorse umane ed economiche impiegate. Normalmente i livelli di intensità dell'assistenza sanitaria domiciliare sono tre e in tutti i casi è importante la stretta collaborazione fra il medico di medicina generale e l'infermiera domiciliare.

Nel corso del 2005, nel Distretto Ovest si è mantenuto il trend di crescita complessivo del numero degli interventi, ricercando costantemente l'aumento di quelli a maggiore complessità assistenziale, per limitare il numero di ricoveri ospedalieri non strettamente necessari.

Il 2006 e il 2007 sono caratterizzati, in questo ambito, dall'acquisizione da parte dell'équipe territoriale del Distretto Ovest dell'assistenza domiciliare fornita ai pazienti residenti nei comuni di Poggio Renatico e di Vigarano Mainarda, attività che veniva ancora garantita dal personale infermieristico dell'ADI di Ferrara.

L'organizzazione prevede il potenziamento del gruppo di infermieri che fanno capo alla sede di Bondeno e un forte coinvolgimento dei medici di medicina generale dei due comuni, azioni che porteranno a un progressivo miglioramento della presa in carico dei pazienti.

### **Dimissioni Protette**

La deliberazione della Giunta Regionale del 29 dicembre 2005, n. 2314, promuove l'incentivazione di programmi di qualificazione e sviluppo dell'assistenza domiciliare per ciò che riguarda due obiettivi principali:

- lo sviluppo di attività di assistenza domiciliare per pazienti affetti da demenza, per il sostegno e l'accompagnamento familiare;
- il consolidamento e la qualificazione delle attività connesse alle dimissioni protette.

In riferimento al secondo obiettivo, al fine di agevolare lo svolgimento dei percorsi, è opportuno sviluppare iniziative che garantiscano una continuità assistenziale anche dopo un ricovero ospedaliero, perché questi interventi potrebbero ritardare la progressione della malattia e migliorerebbero la gestione e la qualità di vita dell'anziano e dei suoi famigliari. La dimissione protetta ha l'obiettivo di garantire continuità di cura e assistenza fra ospedale e territorio. Rappresenta, quindi, uno dei momenti prioritari a supporto della realizzazione della continuità delle cure, che risulta essere il punto nevralgico dei percorsi integrati ospedale-territorio. La condivisione di modalità operative, di criteri di individuazione e selezione delle situazioni a rischio, di modalità condivise di segnalazione, rappresentano elementi indispensabili per l'efficace costruzione di un'adeguata continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Le premesse metodologiche per una corretta attuazione della dimissione protetta sono le seguenti:

- valutazione dei bisogni: deve essere fatta al momento dell'ingresso in reparto o appena si abbia la percezione che la dimissione a domicilio può rappresentare aspetti problematici;
- individuazione delle necessità assistenziali;
- attivazione delle modalità operative della dimissione protetta.

Per una corretta ed efficace risposta ai bisogni nella dimissione protetta, verrà costituito un punto unico di attivazione all'interno delle strutture ospedaliere e verrà creata una figura specifica di riferimento con compiti organizzativi, che provvederà ad attivare e coordinare i servizi necessari a un'assistenza adeguata a livello domiciliare.

### **Nutrizione artificiale**

La nutrizione artificiale è una modalità assistenziale per il trattamento a domicilio di pazienti che necessitano di introduzione di alimenti per via parenterale e per effettuarla in modo adeguato è stata prevista l'attivazione e la realizzazione di un processo formativo, che ha interessato tutto il personale infermieristico dell'assistenza domiciliare per l'applicazione dei protocolli e delle linee guida predisposti dalla apposita Commissione Interaziendale.

L'applicazione di questa modalità assistenziale necessita del forte coinvolgimento del medico di medicina generale e della collaborazione dello specialista nutrizionista per la definizione delle diete più idonee per ciascun paziente.

Nel Distretto Ovest, nell'anno 2006 sono stati seguiti 14 pazienti in nutrizione artificiale.

## Obiettivi 2006-2007

- Aumentare le dimissioni protette, con l'applicazione del programma di gestione informatica denominato "Garsia";
- assistere i pazienti in nutrizione artificiale, favorendone la permanenza al domicilio;
- migliorare la presa in carico dei pazienti dei comuni di Poggio Renatico e di Vigarano Mainarda;
- migliorare le strategie comunicative e relazionali nei rapporti con l'utenza.

### 3.1.3 Le Cure Palliative

Nel territorio del Distretto Ovest sono attive diverse associazioni di volontariato che assicurano livelli adeguati di assistenza ai pazienti oncologici. L'attività di queste associazioni a supporto dell'assistenza domiciliare integrata è regolamentata da una convenzione con l'Azienda USL e permette di migliorare la rete delle cure palliative. Le associazioni di volontariato operanti nel Distretto sono ADO, ANT e Nelson Frigatti e hanno garantito l'assistenza a 25 pazienti nel 2004 e a 28 nel 2005.

Oltre all'assistenza domiciliare, ai pazienti che ne hanno necessità viene anche offerta la possibilità di essere ricoverati presso l'Hospice gestito dall'ADO a Ferrara o presso quello di Bentivoglio.

Nell'anno 2005, i pazienti del Distretto Ovest assistiti in convenzione presso l'ADO di Ferrara sono stati 2, mentre 13 sono stati quelli assistiti presso l'Hospice di Bentivoglio.

### 3.1.4 L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Nel nuovo modello organizzativo del Dipartimento di Cure Primarie, l'Assistenza Specialistica è stata scorporata dal resto dell'attività svolta in passato dal Servizio Assistenza Sanitaria di Base, ed è stata introdotta come modulo autonomo all'interno dell'Unità Operativa Servizi Sanitari.

Il modulo della Specialistica si occupa dell'offerta di prestazioni erogate nei Poliambulatori territoriali e negli ambulatori ospedalieri.

Il Responsabile del Modulo Organizzativo ha fra i suoi obiettivi il monitoraggio dei tempi di attesa e la predisposizione di azioni correttive, concordate con la Direzione del Dipartimento e del Distretto, per il governo delle liste di attesa.

#### Risultati anno 2005

Sono stati monitorati dalla Regione 18 aggregati di prestazioni specialistiche ambulatoriali, definite 'critiche' per i tempi di attesa e per la rilevanza sociale e medica: visita oculistica, visita urologica, visita fisiatrica, visita endocrinologica, visita neurologica, visita ortopedica, visita oncologica, visita cardiologia, colonscopia, gastroscopia, ecografia addome, EMG, ecocolordoppler, TAC del capo, TAC addome, risonanza magnetica (RMN) cerebrale, RMN addome, RMN colonna. Per ogni singola prestazione, oggetto del monitoraggio sono esclusivamente: la prima visita, la prima prestazione di diagnostica strumentale o terapeutica, la prestazione urgente.

Gli standard dei tempi di attesa sono relativi alle sole prestazioni programmabili (prima visita o prima prestazione di diagnostica) e gli standard a cui fare riferimento sono quelli ormai noti di:

- 7 giorni per le urgenze differite;
- 30 giorni per la prima visita;
- 60 giorni per la prima prestazione di diagnostica.

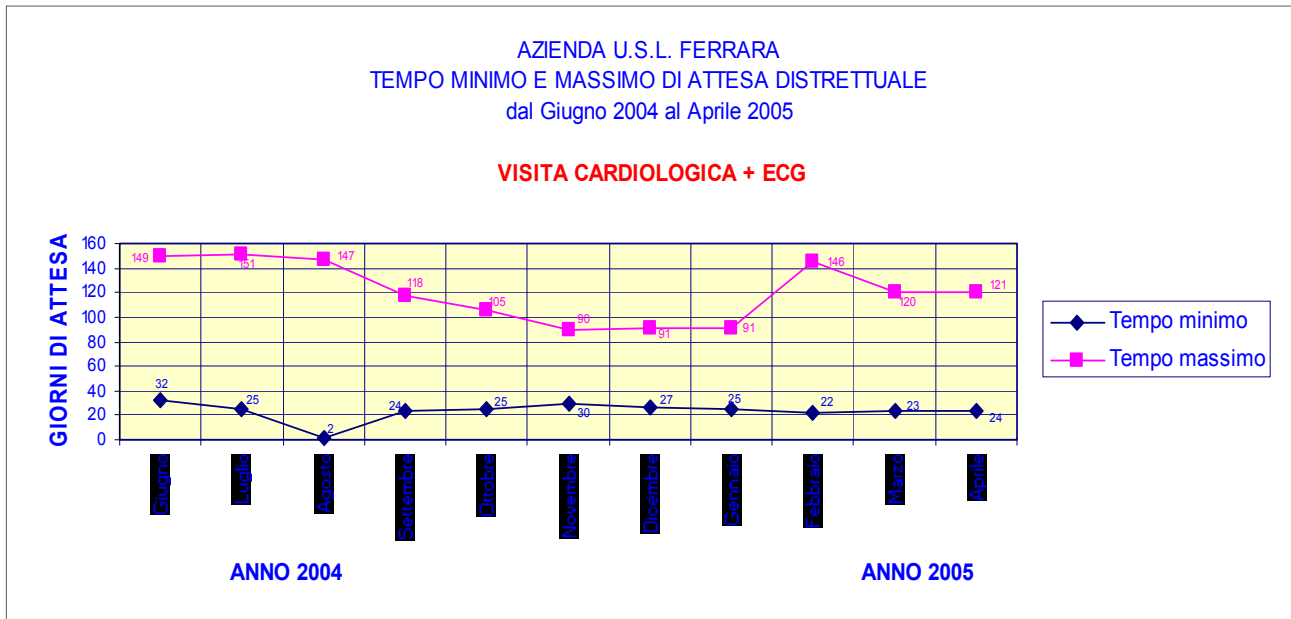
Tali standard dovranno essere garantiti ad almeno l'80% dei cittadini che effettuano la prenotazione.

Rispetto alle 18 prestazioni critiche che la Regione monitorizza, il Distretto Ovest ha presentato le maggiori inadeguatezze in: oculistica, endocrinologia, cardiologia, urologia. Tale andamento è, comunque, in linea con l'anno 2004.

Rispetto alle criticità sono stati presi specifici provvedimenti, i cui effetti positivi erano attesi nel corso del 2006. In particolare, per quanto riguarda le visite oculistiche, in accordo con i medici di medicina generale richiedenti, è stato predisposto un percorso di accesso differenziato per le prime visite e per i controlli, proponendo per questi ultimi l'autogestione, come da delibera regionale n. 1532/2006. Vengono, comunque, garantite le urgenze differite, nel rispetto dei tempi (7 giorni) previsti dalla delibera stessa, per tutte le branche specialistiche del Distretto.

Di seguito vengono presentati alcuni esempi di andamento dei tempi di attesa nell'anno 2004 per le branche definite critiche: visita cardiologica, visita endocrinologica, visita oculistica, a confronto con i tempi minimi e massimi aziendali da giugno 2004 ad aprile 2005.

Figura 1



**Tempo minimo e massimo di attesa distrettuale - anno 2006  
VISITA CARDIOLOGICA + ECG**

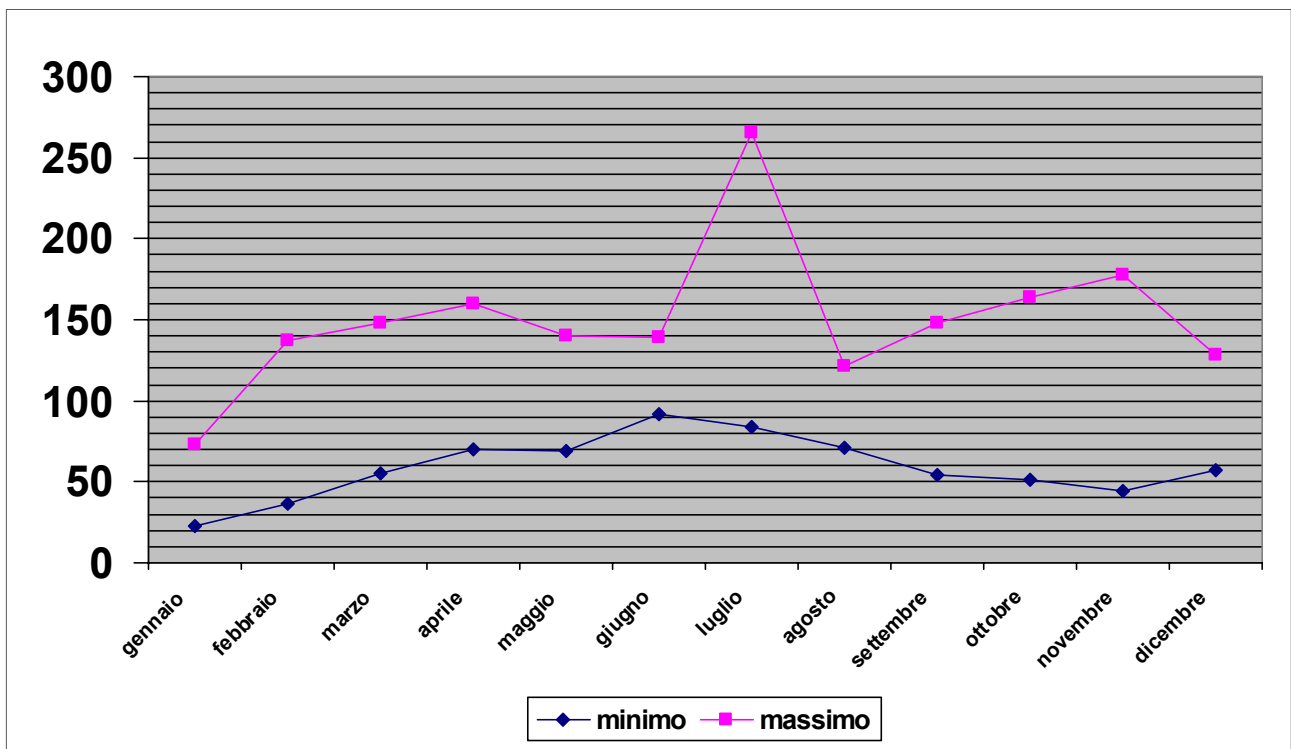
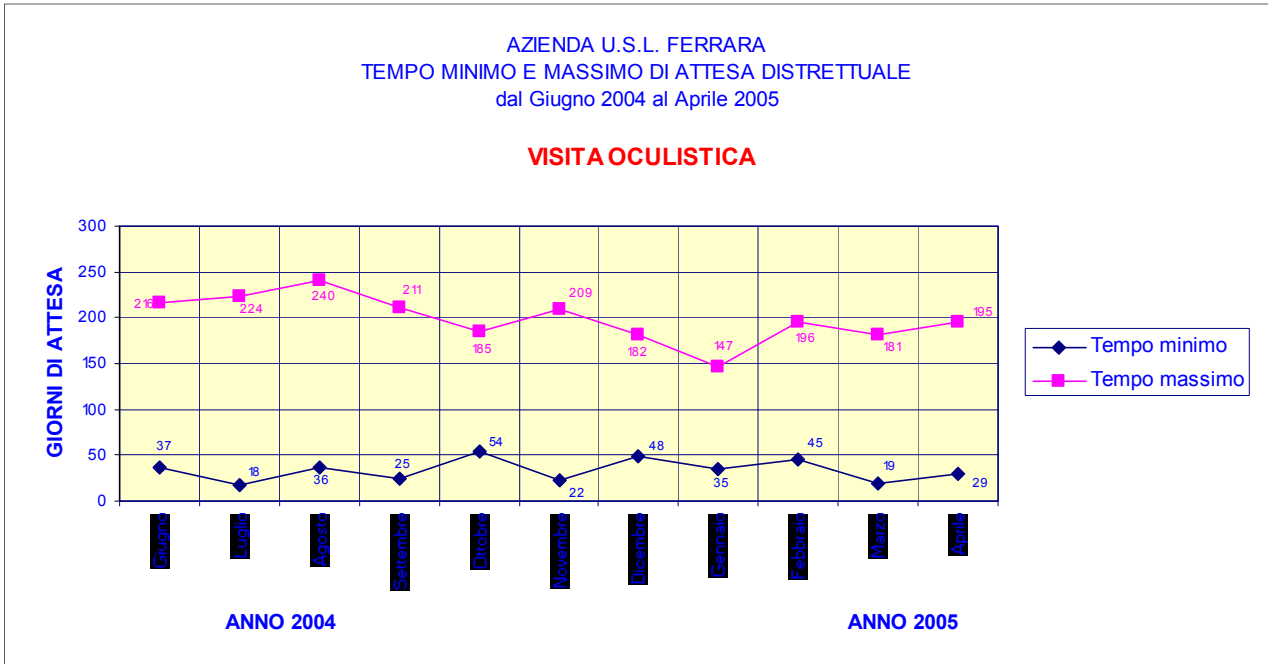


Figura 2



**Tempo minimo e massimo di attesa distrettuale - anno 2006  
VISITA OCULISTICA**

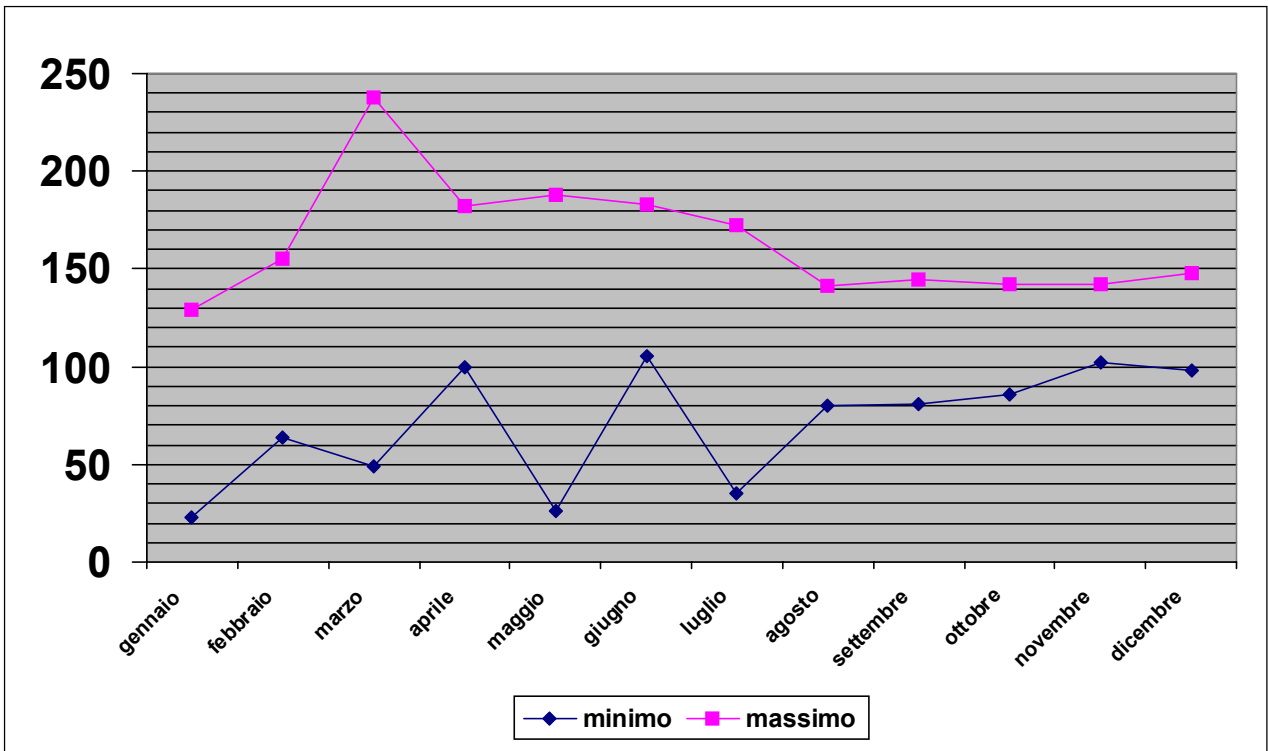
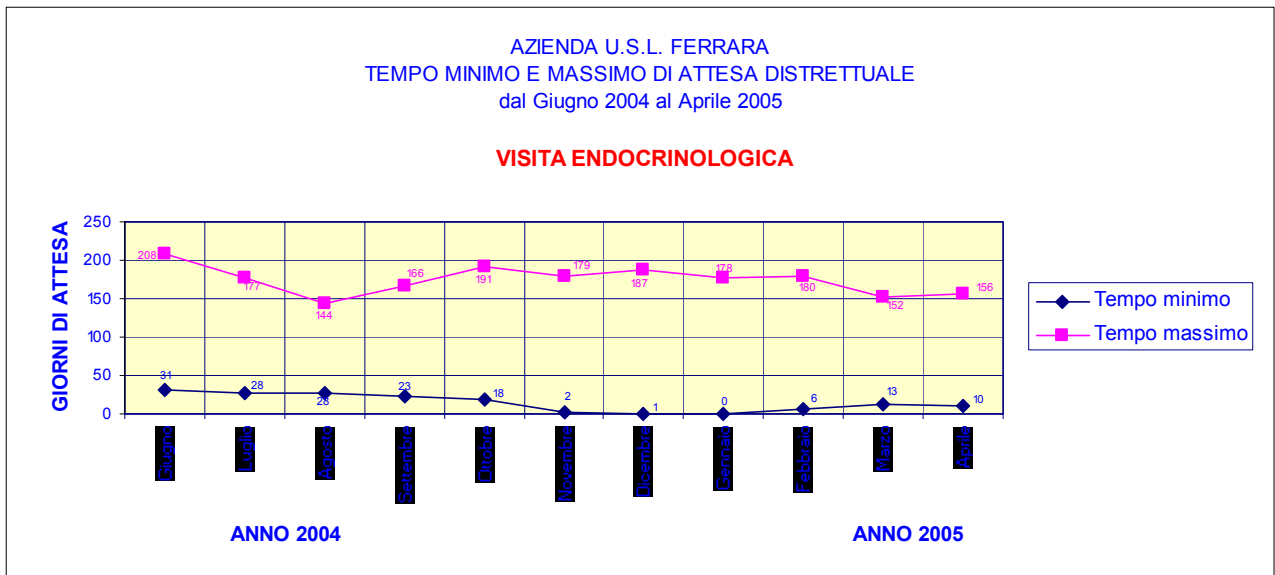
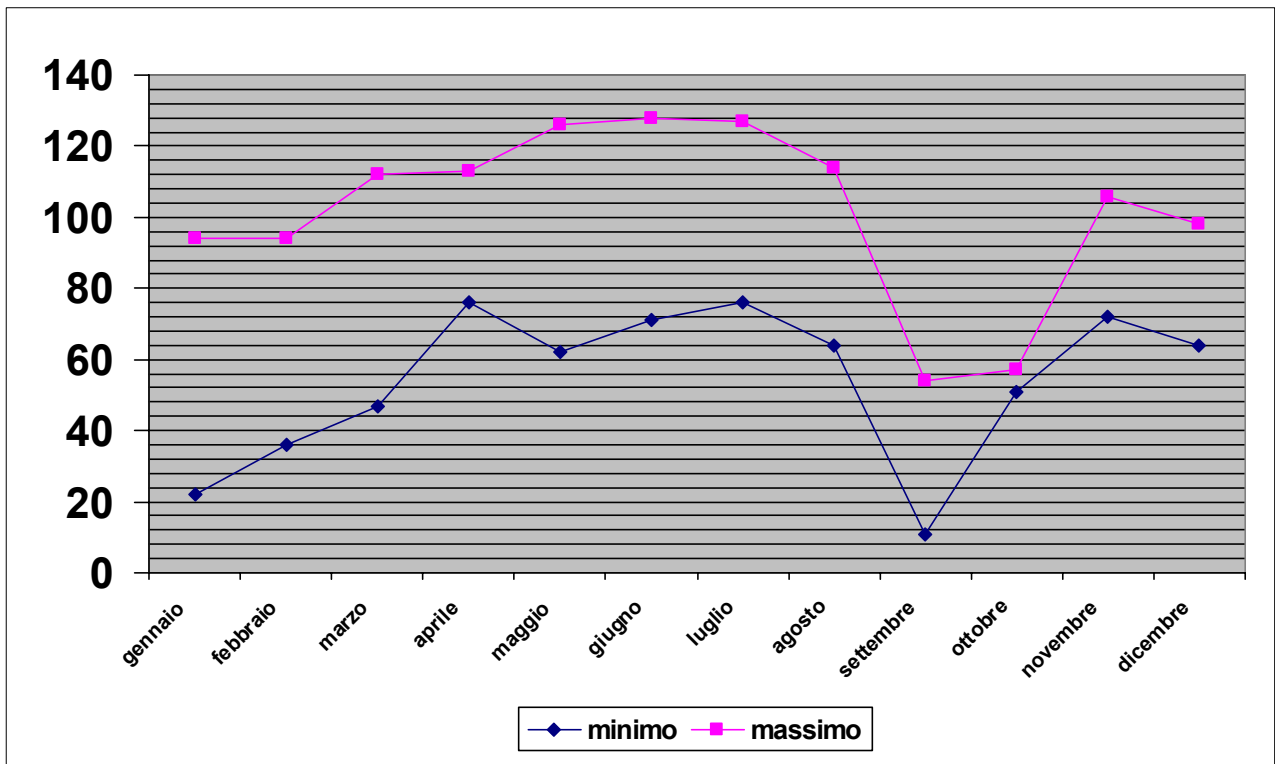


Figura 3



**Tempo minimo e massimo di attesa distrettuale - anno 2006**  
**VISITA ENDOCRINOLOGICA**



Dall'esame del grafico relativo ai tempi d'attesa per visita cardiologica più ECG (fig. 1) si evince che i tempi minimi presentano, almeno per quanto riguarda l'ultima parte dell'anno 2006, un andamento in linea con le rilevazioni effettuate a livello aziendale. Per contro, l'andamento presenta un'analogia stabilità anche per quanto riguarda i tempi massimi, fatto salvo un picco nei mesi estivi, coincidente con la contrazione dell'attività ambulatoriale legata alla programmazione delle ferie estive.



La figura 2 è riferita all'analisi comparativa del tempo di attesa della visita oculistica. L'andamento altalenante che si registra nei primi mesi del 2006 è soprattutto legato a un primo rimaneggiamento, con la relativa, temporanea chiusura, delle agende, al fine di separare le prime visite dai controlli. Il risultato è stato un lieve contenimento del tempo massimo negli ultimi mesi del 2006, pur restando comunque ampiamente al di sopra del limite massimo dei 30 giorni.

L'ultimo grafico a confronto rimane quello relativo alle visite endocrinologiche (fig. 3). Anche per questa branca sono state adottate alcune misure per il contenimento del tempo di attesa. È stato proposto e applicato un progetto di incremento di 4 visite alla settimana, a partire dalla metà del 2006. A ciò è seguita una contrazione del tempo di attesa, segnalato nel grafico nei mesi di agosto/settembre, pur comunque restando oltre i livelli massimi previsti dalla delibera regionale dei tempi di attesa.

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

Anche nell'anno 2006, per ridurre le criticità derivanti dai lunghi tempi di attesa, l'azienda ha inteso perseguire alcuni obiettivi prioritari. Nel breve/medio periodo, il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni che superano la soglia stabilita di 30/60 giorni, poteva essere perseguito mediante un'attenta revisione e diversa articolazione delle agende di prenotazione, secondo il criterio della prima prestazione, del controllo, dell'urgenza, senza trascurare l'esigenza di avere nel sistema del CUP tutto ciò che è prenotabile, e quindi erogabile, dalle Unità Operative. Un'attenta gestione delle agende di prenotazione evita, inoltre, la discontinuità nell'erogazione delle prestazioni, che si traduce nella chiusura e/o sospensione delle agende, con gli inevitabili allungamenti del tempo di attesa, o in performance ottimali, che però non corrispondono alla reale situazione.

Agevolando i percorsi di prenotazione, è importante implementare l'adozione del modello organizzativo di semplificazione all'accesso, finalizzato a garantire la continuità terapeutico-assistenziale e la presa in carico del paziente direttamente dall'ambulatorio specialistico.

I controlli non saranno più prenotabili presso il CUP, ma saranno gestiti direttamente dallo specialista in una fascia di attività autogestita per l'approfondimento diagnostico-terapeutico.

Successivamente, una volta terminato il percorso specialistico, seguirà la dimissione del paziente, con il ritorno alla completa gestione da parte del medico di medicina generale.

Di rilevanza fondamentale è la considerazione che, nonostante gli sforzi di adeguamento nel senso dell'aumento dell'offerta, non si sono avute ricadute positive in termini di riduzione dei tempi di attesa, se non nel breve termine.

Contestualmente è pertanto necessario affrontare la questione dell'introduzione dei requisiti dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche, per individuare le priorità di accesso. Quest'azione, infatti, si è spesso rivelata determinante ed efficace per il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione del tempo di attesa.

È stato implementato, ed è in via di completamento, il programma regionale di assistenza odontoiatrica, che garantisce la prevenzione e la terapia - compresa la fornitura dei manufatti - alle fasce più vulnerabili della popolazione.

È stato, inoltre, predisposto a livello aziendale un corso di formazione per tutti gli operatori che operano nel settore.

### 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 Ospedaliera, 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 all'omogeneizzazione della politica farmaceutica provinciale, territoriale e ospedaliera, per rendere più efficace la continuità 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 Dipartimentali coinvolte nel governo della spesa farmaceutica, principalmente Politica del Farmaco e Dipartimenti delle Cure Primarie.

Principali attività svolte:

- Allargamento dell'erogazione diretta. Tale attività, sancita dalla L. 405/2001, ha lo scopo di favorire la continuità terapeutica ospedale-territorio in ambito farmaceutico, migliorare l'appropriatezza prescrittiva e annullare i comportamenti dissociati tra medicina ospedaliera e servizi territoriali. In particolare, nell'anno 2005 è stata intensificata in quegli ambiti di continuità terapeutica, introdotti nel 2004, che coinvolgono i pazienti con scompenso cardiaco e con dislipidemie ed è stata estesa ai pazienti neuropatici e dializzati. In tale attività ha giocato un ruolo chiave la stretta collaborazione tra Azienda Ospedaliera 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-Universitaria 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 PTP 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 una campagna di educazione sanitaria, finalizzata al miglioramento dell'uso dei farmaci e alla promozione di corretti stili di vita.

### Farmaceutica Convenzionata

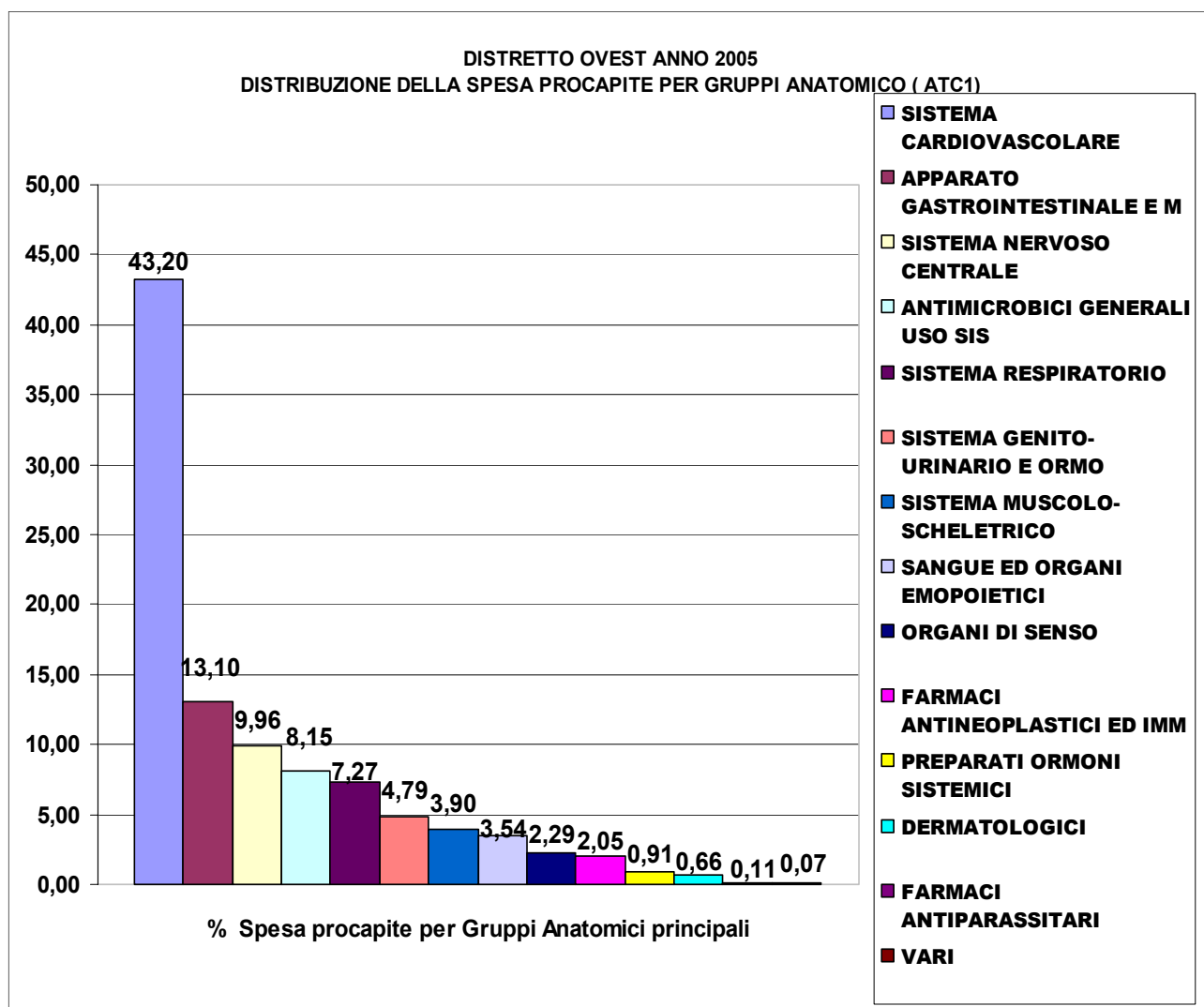
Nell'anno 2005, l'Azienda USL di Ferrara ha proseguito il trend positivo di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, grazie al mantenimento e all'ulteriore implementazione di azioni volte a un'attenta politica del farmaco.

Infatti, nonostante 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, si sia registrato 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 procapite è stata pari a 198,42 euro.

Nel Distretto Ovest, l'Assistenza Farmaceutica Convenzionata viene erogata da 23 Farmacie convenzionate presenti nel territorio distrettuale.

La spesa netta procapite del Distretto Ovest è stata pari a 185,98 euro, con un calo del 2,14% 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 inferiore del 6,27% rispetto all'Azienda USL.

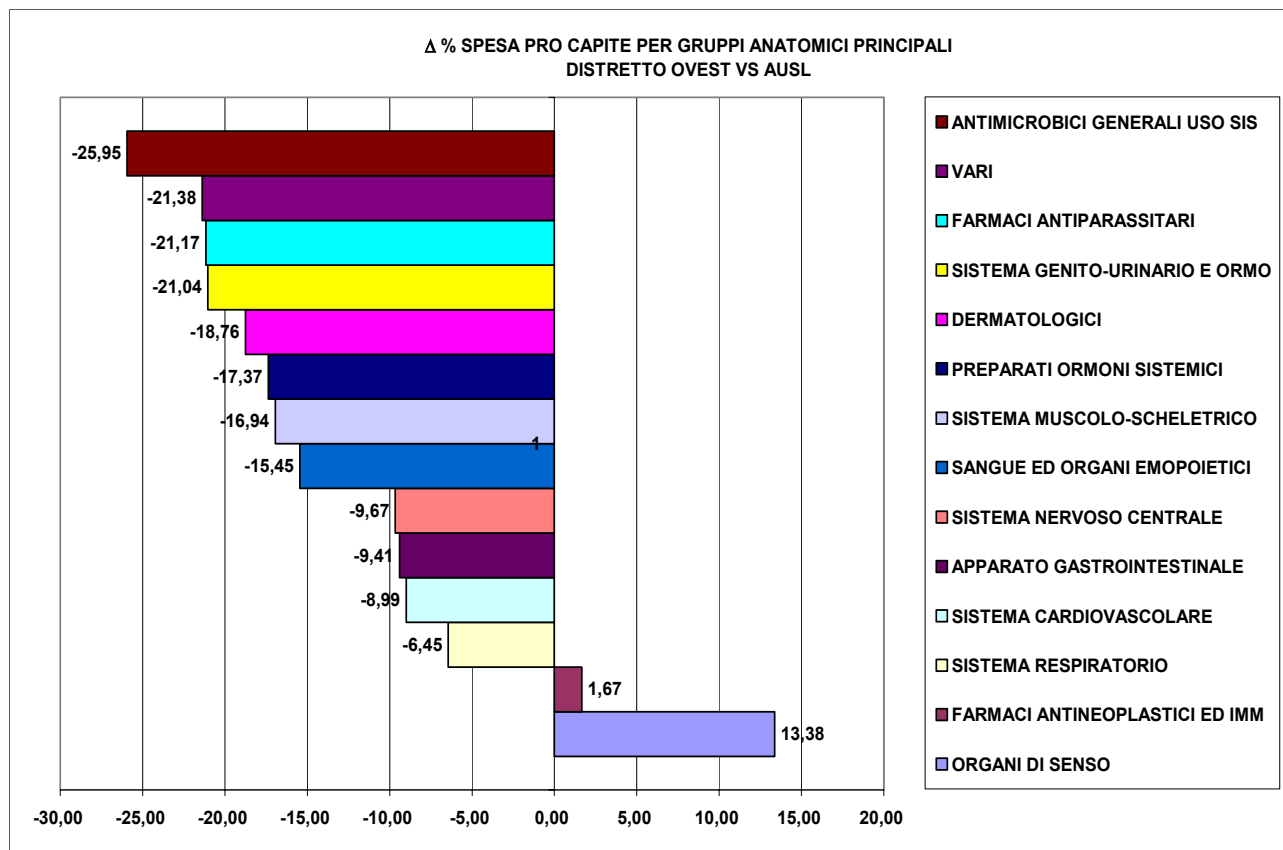
Per conoscere la tipologia dei farmaci prescritti nell'anno 2005 nell'intero Distretto dai medici di medicina generale, pediatri, specialisti ospedalieri e convenzionati, viene di seguito riportato il Grafico relativo alla distribuzione della spesa procapite per gruppi anatomici principali (ATC1), con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



Tra 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 43,20% della spesa farmaceutica territoriale, seguiti dai farmaci gastrointestinali (13,10%), dai farmaci del sistema nervoso centrale (9,96%), dagli antimicrobici sistemici (8,15%) e dai farmaci del sistema respiratorio (7,27%). Tale distribuzione della spesa farmaceutica è sovrapponibile a quella dell'intera Azienda USL.

Relativamente, invece, al valore della spesa procapite (importo in euro), sempre per gruppi anatomici principali, possiamo rilevare dal grafico sotto riportato che, ad eccezione dei farmaci degli organi di senso (+13,38%) e dei farmaci antineoplastici (+1,67%), il Distretto Ovest registra generalmente un importo di spesa procapite inferiore alla Azienda USL.

Viene di seguito riportata la tabella che evidenzia lo scostamento di spesa procapite del Distretto Ovest rispetto all'Azienda USL.

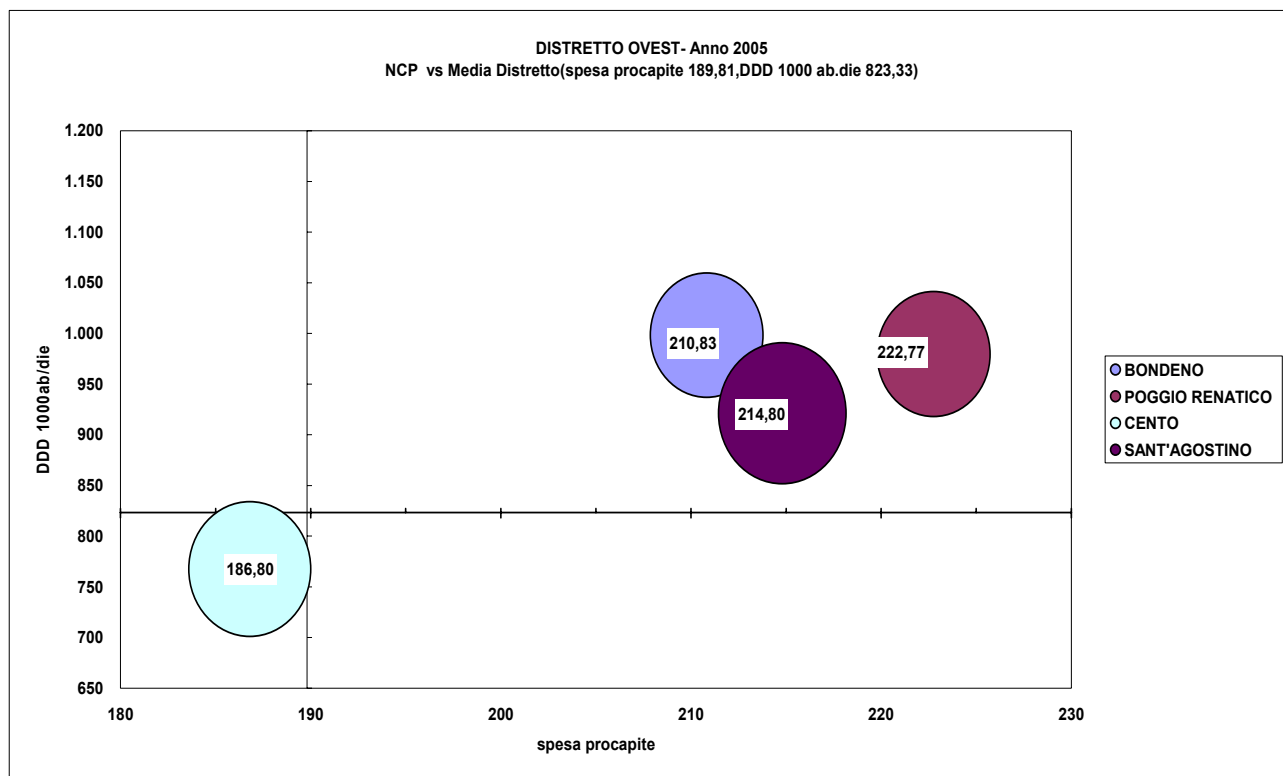


L'88,60% della spesa farmaceutica convenzionata distrettuale è determinata dalla prescrizione dei medici di medicina generale appartenenti ai quattro Nuclei delle Cure Primarie.

Viene di seguito rappresentata la prescrizione dei suddetti Nuclei, rispetto agli indicatori della spesa procapite e delle Dosi Definite Die DDD100ab.die (dosi quotidiane), indicatore di esposizione ai farmaci della popolazione.

La spesa procapite di ogni singolo Nucleo è evidenziata all'interno della rispettiva bolla.

I Nuclei presenti nel quadrante superiore destro hanno una spesa procapite e una prescrizione di farmaci superiore ai valori medi distrettuali, mentre quelli presenti nel quadrante inferiore sinistro hanno una spesa procapite e una prescrizione di farmaci inferiore ai valori medi distrettuali.



### 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, la fornitura di farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente, l'assistenza domiciliare integrata, 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 a +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.

## Prospetto economico erogazione diretta provincia di Ferrara

ANNO 2005 - Erogazione Diretta - Azienda USL								
	Erogato Anno 2004	Obiettivi 2005 - Az.USL	Erogato Anno 2005		Δ andamento vs. Obiettivi ANNO 2005	Δ %andamento vs. Obiettivi ANNO 2005	Δ andamento vs. Anno 2004	Δ%andamento vs. Anno 2004
	Costo al pubblico	Costo al pubblico	Risparmio	Costo al pubblico	Δ Costo al pubblico	Δ %Costo al pubblico	Δ Costo al pubblico	Δ %Costo al pubblico
<b>Totale</b>	<b>9.833.952</b>	<b>10.329.103</b>	<b>6.483.639</b>	<b>11.682.808</b>	<b>1.353.705</b>	<b>13,11</b>	<b>1.848.857</b>	<b>18,80</b>
ANNO 2005 - Erogazione Diretta - Azienda Ospedaliera								
	Erogato Anno 2004	Obiettivi 2005 -	Erogato Anno 2005		Δ andamento vs. Obiettivi ANNO 2005	Δ %andamento vs. Obiettivi ANNO 2005	Δ andamento vs. Anno 2004	Δ%andamento vs. Anno 2004
	Costo al pubblico	Costo al pubblico	Risparmio	Costo al pubblico	Δ Costo al pubblico	Δ %Costo al pubblico	Δ Costo al pubblico	Δ %Costo al pubblico
<b>Totale</b>	<b>10.233.472</b>	<b>10.504.592</b>	<b>6.052.503</b>	<b>11.346.555</b>	<b>841.963</b>	<b>8,02</b>	<b>1.113.083</b>	<b>10,88</b>
<b>TOTALE ausl+aosp</b>	<b>20.067.424</b>	<b>20.833.695</b>	<b>12.536.142</b>	<b>23.029.363</b>	<b>2.195.668</b>	<b>9,53</b>	<b>2.961.940</b>	<b>14,76</b>

Nel Distretto Ovest, nel 2005 si è avuto un incremento di erogazione diretta rispetto all'anno 2004, pari al +21,87%, con un conseguente risparmio sulla spesa farmaceutica convenzionata di circa 1.595.715,07 euro (24,61% rispetto all'Azienda USL).

DISTRETTO OVEST - EROGAZIONE DIRETTA 2005 vs 2004					
	Erogato 2004 OVEST	Erogato 2005 OVEST	Risparmio	Δ 2005 - 2004	Δ %
Farmaci alto costo D.H.	828.767,00	890.696,96	421.148,61	61.929,96	7,47
Farmaci alto costo Farmacia	303.629,00	446.636,19	202.443,92	143.007,19	47,10
Farmaci dopo dimissioni Ricovero	240.545,00	301.915,56	269.994,85	61.370,56	25,51
Farmaci dopo visita spec.ambulatoriale	965.535,00	1.088.301,03	581.615,05	122.766,03	12,71
ADI II	10.831,16	22.170,01	15.882,72	11.338,85	104,69
ADI I	17.055,00	134.093,00	104.629,92	117.038,00	686,24
Erogazione farmaci Strutture					
<b>Totale</b>	<b>2.366.362,16</b>	<b>2.883.812,75</b>	<b>1.595.715,07</b>	<b>517.450,59</b>	<b>21,87</b>
*Costo al pubblico					

Tale attività viene effettuata dai punti di erogazione diretta, gestiti dai farmacisti del Dipartimento Farmaceutico assegnati alle farmacie dell'Ospedale di Cento, oltre che direttamente dalle Unità Operative ospedaliere e territoriali.

Oltre che nella farmacia dell'Ospedale di Cento, dove viene effettuata attività di erogazione diretta in tutte le giornate lavorative, i farmacisti svolgono tale attività presso il presidio di Bondeno, i poliambulatori di Sant'Agostino e di Poggio Renatico. Inoltre, nel corso del 2006, oltre ad un ampliamento delle giornate di erogazione nelle sedi sopra riportate, è stato attivato un nuovo punto di erogazione presso il poliambulatorio di Vigarano Mainarda.

#### Tabella riassuntiva degli obiettivi 2006

	Titolo dell'Obiettivo	Tipologia di obiettivo
1	Erogazione diretta dei farmaci dagli ospedali e dalle strutture sanitarie dell'Azienda USL e dall'Azienda Ospedaliera, nelle modalità previste dalla L. 405/2001	L'obiettivo è trasversale
2	Presenza in carico del paziente cronico, diabetico, da Medicina di Gruppo	L'obiettivo è trasversale
3	Consolidamento dell'attività del farmacista di Distretto, per favorire la continuità ospedale-territorio e il governo della spesa farmaceutica	L'obiettivo è trasversale
4	Collaborazione alla predisposizione di raccomandazioni di impiego di farmaci inibitori di pompa protonica (PPI), nell'ottica dell'appropriatezza prescrittivi	L'obiettivo è trasversale
5	Educazione sanitaria finalizzata al corretto impiego di farmaci	L'obiettivo è trasversale
6	Diffusione delle raccomandazioni sul corretto uso di albumina umana e monitoraggio dell'osservanza	L'obiettivo è trasversale
7	Consolidamento della centralizzazione della gestione di prodotti farmaceutici in transito, per favorire l'omogeneizzazione dei prodotti farmaceutici utilizzati nei presidi ospedalieri e servizi dell'Azienda USL e il miglioramento dei processi di acquisizione	L'obiettivo è trasversale
8	Fornire un supporto informativo ai Dipartimenti Sanitari dell'Azienda USL per la definizione dei consumi di prodotti farmaceutici	L'obiettivo è trasversale

## Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica Programmazione 2007

### Assistenza Farmaceutica Ospedaliera

I dati di consumo rilevati anche dai flussi Assistenza Farmaceutica Ospedaliera (AFO) evidenziano un incremento della spesa attribuibile a terapie innovative di nuova immissione in commercio. I costi sostenuti per tali farmaci, generalmente soggetti a mobilità, hanno subito, nei tre anni precedenti il 2006, un grosso incremento (pari a circa il 60%). Ciò evidenzia, al di là di indicazioni recenti suggerite dalla letteratura scientifica, la necessità di governare il fenomeno attraverso criteri di indiscutibile appropriatezza.

Nell'anno 2006, al contrario degli anni precedenti, la mobilità per la provincia di Ferrara determinata dall'Azienda Ospedaliera ha avuto un incremento contenuto, pari a circa il 12%, raggiungendo quasi il risultato concertato e atteso per il 2006.

L'Azienda USL di Ferrara ha, infatti, realizzato nell'anno 2006 le seguenti azioni:

- inserimento di un tetto di spesa nell'accordo di fornitura 2006 con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, principale erogatore provinciale dei "farmaci ad alto costo";
- monitoraggio dell'andamento delle aree oggetto dell'accordo di fornitura da parte del Dipartimento Farmaceutico, con il coinvolgimento dei clinici prescrittori.

Nell'anno 2007, oltre alla definizione di uno specifico budget di spesa per tali farmaci, è stata strutturata un'attività specifica, comprendente una convenzione con il GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze). Questa convenzione supporta un'apposita Commissione Interaziendale per l'uso appropriato dei farmaci ad alto costo, soprattutto nei settori dell'Oncologia, della Reumatologia e dell'Ematologia, con l'implementazione di attività di *audit* clinico strutturato mirate a verificare la congruenza delle somministrazioni rispetto a protocolli concordati e validati dal gruppo, nel rispetto delle indicazioni AIFA, PRIER e CRF e della pratica della EBM.

Verrà, inoltre, valutato, per alcuni gruppi terapeutici, l'effetto induttivo delle diverse espressioni di assistenza farmaceutica: in particolare, si valuterà l'impatto della distribuzione diretta sulla farmaceutica territoriale dei farmaci oftalmologici, inibitori di pompa, antineoplastici (t. endocrina).

Strumenti fondamentali per contribuire a garantire la promozione dell'appropriatezza ed efficienza dell'assistenza farmaceutica sono rappresentati dai prontuari terapeutici e dalle Commissioni Terapeutiche. La Commissione Terapeutica Provinciale, costituita nel 2004 tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera di Ferrara, unitamente al Dipartimento Farmaceutico Interaziendale svolge la propria attività in un'ottica di standardizzazione della politica farmaceutica in ambito provinciale, con l'obiettivo di una maggiore qualificazione della spesa basata su criteri di qualità, sicurezza, efficacia, appropriatezza ed economicità.

Nel corso del 2004 e del 2005, tale Commissione ha definito un unico Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP), inserito sui siti web delle Aziende Sanitarie Provinciali e diffuso ai medici delle due Aziende. Nel corso dell'anno 2006, ha preso in esame, oltre alle richieste di inserimento di nuovi farmaci, l'elenco dei farmaci presenti nel PTP, per un confronto con ciò che è presente a livello regionale, ai fini di un allineamento.

La Commissione Terapeutica Provinciale opera seguendo i criteri esplicitati nel "Regolamento della Commissione Terapeutica della Provincia di Ferrara", basati essenzialmente su considerazioni cliniche di efficacia, sicurezza (EBM) e costo/terapia anche territoriale, in linea con i principi adottati dalla CRF nella selezione dei farmaci del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR).

In seguito alla Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Emilia-Romagna n. 1540 del 6/11/2006 ("Organizzazione del sistema preposto alla scelta dei farmaci da utilizzare nelle Strutture delle Aziende Sanitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico della Regione Emilia-Romagna"), si è proceduto a deliberare con atto formale la composizione della Commissione Provinciale del Farmaco come stabilito dalla delibera citata.

Nell'anno 2007 la Commissione Provinciale del Farmaco, applicando i criteri regionali stabiliti per



la selezione dei farmaci da utilizzare nelle strutture aziendali, revisionerà i farmaci del PTP (Prontuario Terapeutico Provinciale) ai fini dell'allineamento a quello regionale. La CPF, direttamente o tramite sottogruppi individuati, valuterà i diversi gruppi terapeutici ed elaborerà un elenco di Principi Attivi ordinati per ATC selezionati dal PTR. L'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera adotteranno il Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP) vincolante, con atto formale, entro l'anno 2007.

Verranno, inoltre, implementate *audit* con i clinici per la verifica di adesione al prontuario per alcuni farmaci di particolare rilevanza o soggetti a limitazioni, come ad esempio epoietine, teriparatide, omalizumab, anagrelide.

La costituzione del Dipartimento Farmaceutico e la conseguente "impostazione integrata e compatta" delle scelte farmaceutiche relative agli acquisti nell'ambito provinciale e la definizione e applicazione della metodologia di equivalenza terapeutica fra farmaci con diverso principio attivo impostata dalla Commissione Terapeutica, sono state il presupposto fondamentale per la realizzazione dei notevoli risultati economici. Questi risultati erano stati ottenuti già con la gara farmaci effettuata nell'anno 2005 e sono proseguiti nell'anno 2007 con l'adesione, in collaborazione con la Direzione acquisti e logistica, alla gara farmaci Area Vasta Centro Emilia.

Un aspetto importante nella prescrizione dei farmaci in ambito ospedaliero è la garanzia per il cittadino della corretta prescrizione alla dimissione, ai fini della gestione del rischio clinico, con l'obiettivo di garantire al cittadino la sicurezza d'uso dei prodotti farmaceutici.

Questo aspetto viene garantito attraverso la prescrizione informatizzata alla dimissione da parte delle Unità Operative che hanno il collegamento in rete.

È, inoltre, in corso l'implementazione della rilevazione dell'erogazione diretta tramite il flusso FED, che potrà consentire di avere poi dalla Regione Emilia-Romagna un ritorno informativo per valutazioni e confronti sui farmaci in erogazione diretta dalle diverse aziende sanitarie. Si potrà effettuare anche un incrocio con la prescrizione territoriale, per valutarne l'induzione e verificare la continuità terapeutica.

In linea con le indicazioni regionali che verranno eventualmente fornite, si potrà implementare con alcune Unità Operative e per pazienti cardiologici una lettera di dimissione contenente uno spazio dedicato alla terapia farmacologica, con tutte le informazioni atte a favorire la comunicazione fra lo specialista, il curante e il paziente.

Nel 2007, il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, con la collaborazione delle Direzioni Mediche delle due Aziende, procederà, partendo dalla procedura "madre" regionale, allo sviluppo di procedure locali organiche, comprensive di tutti gli aspetti rilevanti relativi alla gestione del farmaco e alla gestione delle soluzioni concentrate di potassio.

Si amplierà, inoltre, la formazione specifica dei farmacisti ospedalieri e territoriali sui temi legati alla gestione del rischio clinico farmacologico, tramite la partecipazione a corsi specifici che verranno attivati dalla Regione.

### **Assistenza farmaceutica convenzionata**

Nell'anno 2006, la spesa farmaceutica convenzionata netta dell'Azienda USL di Ferrara è incrementata rispetto all'anno precedente del +3,33%, mentre la spesa netta procapite pesata è stata pari a 189,07 euro, -0,39% rispetto alla media regionale. Tale incremento complessivo annuale è stato contenuto rispetto al primo semestre 2006, quando era pari a +9,55%, oltre che dalle Det. AIFA di revisione del prezzo dei farmaci, anche da azioni aziendali incentrate sull'appropriatezza prescrittiva e sul miglioramento dell'utilizzo delle risorse, quali il potenziamento dell'erogazione diretta, la sensibilizzazione e il coinvolgimento sulla prescrizione di farmaci a miglior rapporto costo/terapia rivolto a tutti i prescrittori medici di medicina generale e PLS, specialisti sia convenzionati che ospedalieri, l'implementazione di una nuova reportistica di monitoraggio della prescrizione dei medici di medicina generale, incentrata sull'evidenza delle maggiori criticità prescrittive, l'individuazione di nuovi obiettivi di qualificazione della prescrizione.

Tali azioni, implementate e/o potenziate nel secondo semestre del 2006, proseguono anche nell'anno 2007 e riguardano principalmente:

- il contenimento della spesa farmaceutica tramite la prescrizione del farmaco generico o dei principi attivi a minor costo DDD, nel rispetto dell'equivalenza terapeutica, sancita dalla letteratura scientifica e dalle risultanze di specifici tavoli tecnici, attivati già dal 2005, relativi all'assistenza al paziente con elevato rischio cardio-vascolare, alle malattie dell'apparato muscolo-scheletrico e all'uso appropriato degli inibitori di pompa protonica (farmaci antiulcera).

Tale azione viene sviluppata sia tramite informazioni mirate ai prescrittori circa i costi-terapia relativi alle terapie ad elevato impatto sociale, ipertensione, ulcera, ecc., sia tramite gli accordi con i medici di medicina generale (MMG), ove sono previsti obiettivi basati, ad esempio, sul costo DDD dei farmaci ad azione ipotensivante, che rappresentano il 30,76% della spesa farmaceutica convenzionata, o sulla spesa procapite pesata e/o costo DDD di altri gruppi terapeutici, come bifosfonati, antiulcera, ecc.

In collaborazione con l'Università di Ferrara è stato attivato il progetto ALARM (Adherence to Long-term therapies: Assessment and Real practice Management), il cui obiettivo è valutare i processi terapeutici applicati in pratica clinica per il trattamento di patologie croniche, sulla base di uno standard di riferimento prefissato, relativo alle migliori evidenze scientifiche. I trattamenti farmacologici presi in esame sono i farmaci per l'ipertensione arteriosa, gli ipolipemizzanti e gli antiaggreganti.

Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva tramite la promozione dell'informazione sul corretto uso del farmaco, sulle interazioni e le reazioni avverse da farmaci, ai medici prescrittori di medicina generale, specialisti e ospedalieri, favorita anche dall'attivazione di uno specifico sito di informazione aziendale attivo dal 2007.

In particolare vengono sviluppati i seguenti temi:

- informazioni sui farmaci e costi/terapia;
- diffusione degli aggiornamenti formativi relativi alla prescrizione farmaceutica;
- Prontuario Terapeutico Provinciale;
- farmaco-vigilanza;
- reportistica relativa alle prescrizioni farmaceutiche.

La promozione dell'informazione sul corretto uso dei farmaci ai cittadini, tramite lo sviluppo di azioni intraprese negli anni scorsi. In particolare, per il 2007 si prevede l'attivazione di una campagna di educazione sanitaria nei confronti dei cittadini, con il coinvolgimento di tutti i professionisti medici di medicina generale, farmacisti e specialisti, basandosi per la definizione dei contenuti e degli strumenti sui bisogni emersi dalle rilevazioni effettuate nel corso dell'anno 2006, e con una particolare attenzione alla promozione dell'uso dei farmaci generici al posto delle specialità farmaceutiche di riferimento.

La formazione dei farmacisti delle farmacie convenzionate e degli iscritti all'Ordine dei Farmacisti, attivata nel 2007, sui temi della farmaco-vigilanza e sul corretto esercizio farmaceutico.

Sull'attività di farmaco-vigilanza, nel corso del 2006, è stato potenziato il coinvolgimento dei segnalatori, sia tramite specifici corsi di formazione, sia attraverso l'invio da parte del responsabile di farmaco-vigilanza di informazione di ritorno ampiamente commentata. Questa azione di sensibilizzazione ha ulteriormente incrementato il tasso di segnalazione, collocando la provincia di Ferrara tra le prime in Italia per tasso di segnalazioni di ADR, con valori in linea con il Gold Standard fissato dall'OMS.

### **Continuità ospedale-territorio**

Nell'anno 2006 è stata potenziata l'attività di erogazione diretta, già peraltro ampiamente implementata negli anni precedenti, prevedendo l'attivazione sul territorio provinciale di nuovi punti di erogazioni gestiti dalle farmacie ospedaliere dell'Azienda USL, al fine di favorire l'accesso all'utenza anche in zone disagiate, lontane dai presidi ospedalieri.

La spesa procapite territoriale pesata della nostra Azienda USL è stata, nel 2006, pari a 222,44

euro, contro una media della Regione Emilia-Romagna di 221,61 euro. Tale spesa è derivante dalla spesa farmaceutica convenzionata (AFT), sommata alla spesa farmaceutica in erogazione diretta.

Relativamente all'anno 2007, per effetto del trascinarsi delle azioni intraprese nel secondo semestre 2006, dovrebbe incrementare l'attività di erogazione diretta con l'obiettivo di far rientrare la spesa farmaceutica territoriale sotto la media regionale.

Tra gli effetti positivi determinati dall'incremento dell'erogazione diretta si evidenzia un calo della spesa farmaceutica nel 2006 rispetto al 2005 per farmaci oggetto di tale erogazione, come gli antineoplastici terapia endocrina (-23,28%), i farmaci oftalmologici (-14,49%), gli stimolanti ovulazione e gli antiandrogeni (-6,35%).

### 3.1.6. Il Consultorio Familiare

Le finalità del Consultorio Familiare sono:

- garantire l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio, con l'adozione di un percorso integrato che assicuri la continuità dell'assistenza;
- perseguire azioni volte a realizzare "l'umanizzazione del parto";
- diffondere una cultura positiva dell'accoglienza e garantire il diritto alla salute della popolazione immigrata e in situazione di particolare disagio sociale;
- sostenere l'allattamento al seno e prolungarlo oltre il terzo mese di vita;
- tutelare la salute della donna in menopausa e nella terza età;
- promuovere ogni azione volta alla tutela della salute della fascia giovanile della popolazione;
- assicurare l'adesione ai programmi di screening per i tumori femminili da parte di tutta la popolazione target.

**Popolazione target** dei comuni del Distretto Ovest: Cento, Bondeno, Sant'Agostino, Mirabello, Poggio Renatico, Vigarano Mainarda.

Popolazione femminile dai 14 ai 65 anni: 23.894

#### Nuove sedi di erogazione dei servizi

Sono stati aperti nel 2005:

- Servizio Citologico di **Poggio Renatico**  
Piazza Castello, 1  
Orario di apertura: Martedì 9.00-12.00  
Tel.: 0532/829152
- Servizio Citologico di **Vigarano Mainarda**  
Via Argine Reno, 79  
Orario di apertura: il secondo e il quarto lunedì di ogni mese  
Tel.: 0532/437014

#### Percorso nascita

Il percorso nascita comprende:

- controlli ambulatoriali periodici della gravidanza;
- corsi di accompagnamento alla nascita;
- assistenza domiciliare al puerperio;
- servizio di promozione e sostegno all'allattamento al seno, tramite consulenza telefonica (Numero verde 800076640);
- consulenza ambulatoriale per l'allattamento;
- consulenza domiciliare per l'allattamento per le puerpere residenti nel Distretto Ovest.

Anno 2004		Anno 2005	
Corsi pre-parto	17	Corsi pre-parto	19
Incontri di preparazione attivati	187	Incontri di preparazione attivati	209
Gestanti	165	Gestanti di cui straniere	141 4
Incontri mamme e bambini	17	Incontri mamme e bambini	19

### Sostegno all'allattamento al seno

Favorire l'allattamento al seno e prolungarlo oltre il terzo mese di vita del lattante, in collaborazione con la divisione di Ostetricia e del Servizio Salute Infanzia.

Anno 2004		Anno 2005	
Consulenze telefoniche	50	Consulenze telefoniche	175
Consulenze ambulatoriali e telefoniche	540	Consulenze ambulatoriali e telefoniche	482

Nel Consultorio di Cento esiste uno spazio dedicato al sostegno all'allattamento materno e un numero verde (800076640) a cui le mamme possono rivolgersi per consulenze. Inoltre, l'allattamento al seno viene promosso e sostenuto dalle ostetriche durante il servizio di puerperio a domicilio, che nel Distretto Ovest è attivo dal 1989.

Nel 2005 si è avuto un incremento delle consulenze telefoniche, che da 50 sono passate a 175.

Nella consulenza telefonica le mamme si rivolgono al servizio per consigli e suggerimenti inerenti l'allattamento al seno.

Per quanto riguarda le consulenze ambulatoriali, vi accedono sia le mamme che hanno frequentato i corsi di preparazione alla nascita, sia quelle che si rivolgono personalmente al consultorio con il loro bambino, per le problematiche inerenti l'allattamento materno.

Il lieve calo delle consulenze ambulatoriali è dovuto all'aumento degli incontri dedicati al sostegno dell'allattamento materno nei corsi di accompagnamento alla nascita e agli incontri di gruppo nel periodo dopo il parto.

#### Controllo della gravidanza fisiologica

Il Servizio Salute Donna ha tra le sue competenze prioritarie quella di dedicare una particolare attenzione alla gravidanza delle donne immigrate e in condizioni di particolare disagio sociale.

Anno 2004		Anno 2005	
Gravidanze fisiologiche	287	Gravidanze fisiologiche	220
Donne in gravidanza immigrate	45	Donne in gravidanza immigrate	64
Donne in gravidanza in disagio sociale	36	Donne in gravidanza in disagio sociale	8

Da questi dati risulta evidente che il Consultorio Familiare è diventato un punto di riferimento importante per le donne straniere e in situazioni di disagio sociale.

Si rileva un lieve calo delle gestanti seguite dal nostro servizio nel percorso nascita e si evidenzia, comunque, l'incremento delle gravidanze delle donne straniere.

## Confronto dei dati di attività del Servizio 2004-2005

Anno 2004		Anno 2005	
Donne in gravidanza prese in carico	87	Donne in gravidanza prese in carico	220
di cui extracomunitarie	45	di cui extracomunitarie	64
Corsi di preparazione alla nascita	17	Corsi di preparazione alla nascita	19
Donne in gravidanza partecipanti ai corsi	165	Donne in gravidanza partecipanti ai corsi	141
Puerperio domiciliare	330	Assistenza al puerperio domiciliare	252
Sostegno all'allattamento	150	Sostegno all'allattamento	175
Pap-test eseguiti	3.589	Pap-test eseguiti	4.082
di cui per screenig	2.730	di cui per screening	3.530
Visite ginecologiche	2.083	Visite ginecologiche	2.145
Contraccezione	312	Contraccezione	188
Certificazioni IVG	24	Certificazione IVG	25
Assistenza alla menopausa		Assistenza alla menopausa	
Donne seguite	366	Donne seguite	487

Negli ultimi anni, è aumentato il numero delle donne che si rivolgono sempre ai medici di medicina generale per la prescrizione dei metodi contraccettivi. L'apertura dello "Spazio Giovani" ha fra i suoi obiettivi l'informazione e la prescrizione della contraccezione a una fascia d'età che fino ad oggi, per vari motivi, si è scarsamente rivolta ai servizi consultoriali. Si ipotizza, quindi, nel futuro un aumento delle prestazioni inerenti la contraccezione nell'ambito dello "Spazio Giovani".

### Considerazioni sui risultati 2005 e aree di miglioramento

Gli obiettivi del 2006 sono in parte compresi all'interno di progetti condivisi a livello provinciale: percorso nascita, sostegno allattamento al seno e creazione di uno spazio dedicato alla fascia di età 14-24 anni ("Spazio Giovani").

In parte, sono progetti a carattere locale: apertura degli ambulatori citologici per lo screening del cervico-carcinoma nei Comuni di Poggio Renatico e di Vigarano Mainarda.

#### "Spazio Giovani-Distretto Ovest"

Fra gli impegni maggiori dell'equipe del Consultorio Familiare per l'anno 2005 vi è stata l'apertura di uno spazio dedicato alle tematiche giovanile (target di età: 14-24 anni).

L'equipe del servizio è costituita da un medico ginecologo, un'ostetrica, uno psicologo e un educatore professionale. All'occorrenza si avvale anche della collaborazione di esperti e professionisti esterni.

L'accesso è senza appuntamento e gratuito per ragazzi e ragazze di età compresa tra i 14 e i 19 anni.

Per i ragazzi dai 20 ai 24 anni l'accesso è sempre diretto, ma è previsto il pagamento del ticket.

Lo "Spazio Giovani" del Distretto Ovest ha la peculiarità di avere due sedi di erogazione:

#### Prestazioni sanitarie

Giovedì dalle 13.30 alle 16.30  
 c/o Consultorio Via Cremonino, 10 - Cento  
 Tel.: 051/6838431 e numero verde 80007640  
 Operatori presenti: ginecologa e ostetrica

#### Punto d'ascolto

Lunedì e Giovedì dalle 13.30 alle 16.30  
 c/o Centro polifunzionale "Pandurera" Via XXV Aprile, 11 - Cento  
 Cell.: 335.7974343  
 Operatori presenti: psicologa, educatrice professionale

Fra le attività dell'equipe sono previsti interventi di prevenzione e tutela della salute, rivolti alla popolazione giovanile, nell'ambito dei contesti di appartenenza: scuola, associazioni e gruppi giovanili.

Inoltre, lo "Spazio giovani" collabora attivamente con gli altri servizi presenti sul territorio e impegnati nell'area giovanile: Ser.T., Servizio sui disturbi alimentari, Pediatria ospedaliera e di comunità e Servizi Sociali.

Gli operatori hanno partecipato attivamente agli incontri sui Piani Sociali di Zona per gli adolescenti e i giovani.

### **Obiettivi 2006-2007**

Consolidamento del progetto "Donne immigrate". Progetto in comune con il reparto d'Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Cento e con il Servizio Salute Infanzia;

sviluppo triennale dello "Spazio Giovani" avviato nell'anno 2005 nel Distretto Ovest;

potenziamento degli interventi rivolti ai singoli e ai piccoli gruppi d'adolescenti e degli interventi effettuati negli istituti scolastici del Distretto ovest;

per l'anno scolastico 2006-2007 si è strutturata un'integrazione con il Ser.T., per l'educazione sanitaria nelle scuole;

la stretta collaborazione con il Ser.T. prevede inoltre, presso il "Punto d'ascolto giovani", l'accoglienza degli adolescenti a rischio di abuso di sostanze, ma non ancora definibili 'tossicodipendenti'.

### 3.1.7 La Pediatria di Comunità

Le finalità della Pediatria di Comunità sono:

- la tutela della salute della popolazione 0–17 anni, attraverso la promozione di stili di vita corretti, la prevenzione delle malattie infettive, la tutela dei soggetti in condizioni di rischio socio-sanitario, la tutela della genitorialità;
  - la garanzia dell'informazione corretta, chiara e completa sull'accesso, le funzioni e le prestazioni a livello collettivo e individuale;
  - l'integrazione con altri servizi sanitari e sociali e il coordinamento degli interventi, al fine di rispettare la globalità della persona e della famiglia e di definire percorsi facilitati nella risposta ai bisogni individuali;
- la consulenza e la collaborazione con altri servizi (scuola, Servizio Sociale, ecc.), nell'ambito delle funzioni di tutela della salute psico-fisica.

**Popolazione target = 0–17 anni**

**Popolazione 0 – 17 anni al 31/12/2005**

**Distretto Ovest** (Comuni di Cento, Bondeno, Poggio Renatico, Mirabello, Sant'Agostino, Vigarano Mainarda) = **10133**

**Attività avviate nel 2005 e 2006:**

- Conclusione della ricerca regionale sull'allattamento al seno "Dall'evidenza alla prassi", tendente a evidenziare le cause dell'abbandono precoce dell'allattamento al seno. Nel 2005 si è collaborato all'elaborazione dei dati provinciali raccolti nel 2004. Nel 2006 i dati sono stati presentati in un convegno e, in base alla criticità evidenziate, verrà impostato un piano di implementazione dell'allattamento al seno specifico per il Distretto Ovest.
  - Applicazione del protocollo di assistenza al bambino con patologia cronica a due casi del Distretto Ovest ad alta complessità assistenziale.
- Applicazione del nuovo calendario nazionale e regionale delle vaccinazioni, con promozione attiva dei vaccini contro pneumococco (a tutti i nati dopo il 1/1/2006) e contro meningococco (a tutti i nati dopo il 1/1/2005 e agli adolescenti al 16° anno d'età).

**Dati di attività 2005 e confronto col 2004**

**Coperture vaccinali nella popolazione infantile**

**VACCINAZIONI OBBLIGATORIE (polio, difterite, tetano, epatite B)**

**VACCINAZIONI FACOLTATIVE: PERTOSSE**

Anno	Al 12° mese	Al 24° mese
2005	99,2%	99,4%
2004	99,6%	99,4%

Anno	Al 12° mese	Al 24° mese
2005	99,2%	99,2%
2004	99,4%	99,1%

**VACCINAZIONI FACOLTATIVE: EMOFILO**

Anno	Al 12° mese	Al 24° mese
2005	99,2%	99,4%
2004	99%	98,1%



**VACCINAZIONI FACOLTATIVE: MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA**

Anno	Al 24° mese	Al 13° anno
2005	97,1%	95,8%
2004	94,7%	93,5%

Secondo il Piano Sanitario Nazionale, l'obiettivo è quello di raggiungere, a 24 mesi d'età, coperture vaccinali del 95% per difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, emofilo, morbillo, parotite, rosolia, e coperture del 90% nelle altre classi d'età per morbillo, parotite e rosolia.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità dà come obiettivo la copertura del 99% a 24 mesi per morbillo, parotite e rosolia. La campagna nazionale del Ministero della Salute del 2004 per l'eliminazione del morbillo e della rosolia dà come obiettivi per il 2006 una copertura per morbillo, parotite e rosolia del 95% fino a 15 anni. Le coperture vaccinali del Distretto Ovest sono sovrapponibili a quelle provinciali, superiori a quelle regionali e molto superiori a quelle nazionali. Nelle tabelle sopra illustrate risulta evidente che le coperture raggiunte sono superiori a quelle raccomandate. In base a queste considerazioni si può affermare che gli obiettivi nazionali sono stati ampiamente raggiunti.

**Denunce di malattie infettive, in minori, soggette a vaccinazione universale**

	polio	difterite	tetano	epatite B	morbillo	parotite	rosolia	pertosse	emofilo
Dal 1/1/2000 al 30/6/2003	0	0	0	1	1	215	8	3	0
Dal 1/7/2003 al 31/12/2005	0	0	0	0	0	3	0	0	0

Periodo 1/1/2000 – 30/6/2003: i casi segnalati di morbillo, rosolia e pertosse si riferiscono a soggetti non vaccinati per malattie contratte occasionalmente e al di fuori del nostro territorio; il caso di epatite B è di un minore immigrato, che ha contratto la malattia nel paese d'origine; i numerosi casi di parotite si riferiscono a un'epidemia avvenuta nel 2000, che ha colpito soggetti non vaccinati o vaccinati con un vaccino poco efficace, ora non più usato.

Periodo 1/7/2003 – 31/12/2005: vi sono state tre denunce di parotite: un bambino non vaccinato per rifiuto e due bambini vaccinati con una sola dose.

**Assistenza ai bambini affetti da malattie croniche :**

Anno	Numero prestazioni
2005	39
2004	40

Nei due anni considerati non vi sono sostanziali differenze nel numero e nella tipologia di prestazioni a bambini affetti da patologie croniche in collettività.

**Prestazioni a minori extracomunitari:**

Anno	N. extracomunitari	% sulla popolazione 0-17 anni	N. prestazioni*
2005	722	9,18%	751
2004	546	7,04%	744

\* = visite per patologia; bilanci di salute; visite pre-vaccinali; vaccinazioni di routine e anti-epatite A; controlli e profilassi per la tubercolosi, meningite meningococcica e malaria; visite domiciliari, controlli per malattie

Il numero di minori extracomunitari è in costante aumento da diversi anni. Nel 2005 si è verificata un'impennata di ben 176 soggetti, con relativo incremento di prestazioni e impegno del Servizio di Pediatria di Comunità.

Anno	N. visite
2005	3015
2004	2681

**Visite pre-vaccinali:**

L'aumento di visite pre-vaccinali nel 2005 è legato all'incremento della natalità degli ultimi anni e all'introduzione di nuovi vaccini.

**Sorveglianza igienico-sanitaria nelle collettività infantili:**

Anno	Controlli
2005	29
2004	34

I controlli igienico-sanitari nelle collettività, per razionalizzare le risorse, sono stati limitati agli asili nido e scuole materne.

**Refezioni scolastiche:**

Anno	Controlli
2005	58
2004	54

I controlli igienico-sanitari e quelli delle mense scolastiche sono previsti dal DPR 1518/67 e dalla LR 1/2000. Vengono garantiti nei nidi e nelle materne e, al bisogno, nelle scuole elementari e medie.

**Tabelle dietetiche approvate dalla Pediatria di Comunità:**

Anno	Tabelle approvate
2005	59 su 59 refezioni
2004	55 su 55 refezioni

Tutte le tabelle dietetiche delle nostre scuole sono state approvate e controllate come previsto dalla LR 1/2000.

**Malattie infettive in collettività:**

Anno	Interventi	Soggetti controllati	Inchieste epidemiologiche	Riammissioni in collettività
2005	55	512	1	131
2004	31	210	2	38

Nel 2005 vi sono stati più episodi infettivi in collettività; in particolare, sono molto aumentati i casi di pediculosi.

**Diete speciali in collettività prescritte:**

Anno	Diete
2005	59
2004	159

Nell'anno 2005 sono state conteggiate solo le diete speciali per bambini che usufruivano della mensa scolastica. Nel 2004, oltre a queste, sono state conteggiate le prescrizioni per prodotti prima infanzia (latte, alimenti per lo svezzamento e pannolini) per bambini di famiglie indigenti, in base ai sussidi concessi dal Servizio Sociale. Questa attività prescrittiva è cessata a causa di una riorganizzazione del Servizio Sociale.

**Consulenze per allattamento materno:**

Anno	Consulenze
2005	1168
2004	331

Le consulenze per allattamento materno sono effettuate dai due pediatri di comunità durante i controlli neonatali in reparto di Ostetricia, nei consultori pediatrici e telefonicamente. Sono rivolte a tutte le mamme che ne fanno richiesta. L'attività è in notevole incremento, concordemente ai buoni dati di prevalenza di allattamento al seno nel Distretto.

**Vaccinazioni eseguite:**

Anno	Vaccinazioni
2005	5671
2004	4865

L'incremento è legato all'introduzione e diffusione di nuovi vaccini (pneumococco e meningococco) e all'incremento di popolazione.

**Attività legata alla presa in carico dei Comuni di Vigarano Mainarda e Poggio Renatico**

Al 31/12/2005, la popolazione da 0 a 17 anni dei comuni di Vigarano Mainarda e di Poggio Renatico era di 2053 abitanti. Nel 2005 i nati di Poggio Renatico sono stati 75 e quelli di Vigarano Mainarda 53.

**Criticità rilevate**

La Pediatria di Comunità del Distretto Ovest non ha ancora in carico i comuni di Poggio Renatico e di Vigarano Mainarda (questo passaggio era un obiettivo del 2005, ma non è stato realizzato per carenza di risorse umane). Pertanto i dati di attività si riferiscono ai quattro comuni del vecchio Distretto di Cento.

Tra i dati più significativi emerge:

- un aumento importante della popolazione pediatrica, soprattutto di extracomunitari, e delle prestazioni relative (n. di vaccinazioni e di consulenze per allattamento);
- un aumento importante di infezioni in collettività (soprattutto pediculosi), ma non di infezioni prevenibili con vaccinazioni (gli elevatissimi livelli di copertura vaccinale hanno quasi azzerato le denunce di malattie infettive evitabili con i vaccini che rientrano nel Piano Sanitario Regionale).

Gli obiettivi 2005 sono stati raggiunti, con l'eccezione della presa in carico dei Comuni di Poggio Renatico e di Vigarano Mainarda.

**Obiettivi per il 2006-2007**

- Presa in carico dei casi di patologia cronica a elevato impegno assistenziale, secondo procedure definite nel 2005 nell'ambito del lavoro di gruppo interservizi "Il bambino con malattia cronica" (prodotti del DCP);
- somministrazione attiva e gratuita del vaccino antimeningococco C al 50% dei nati residenti del 2005, al 30% degli adolescenti (coorte dei nati del 1990 e parzialmente del 1991), al 50% dei nati del 2006, in occasione degli accessi vaccinali già programmati per altri vaccini. Somministrazione attiva e gratuita del vaccino antipneumococco al 50% dei nati residenti del 2006 in occasione degli accessi vaccinali già programmati per altri vaccini;
- produzione di linee guida nutrizionali per la redazione di un dietetico e di menù validati per le mense di tutte le collettività infantili pubbliche e private del Distretto.

**Obiettivi per il 2007**

- Attivare momenti d'incontro tra pediatri di comunità e pediatri di libera scelta per una condivisione delle informazioni risultanti dall'utilizzo degli strumenti adottati (bilancio di salute, libretto di salute, cartella clinica per bambini con patologia cronica o in condizione di disagio psicosociale). Ciò consentirà di valutare meglio i bisogni assistenziali, programmare adeguati e tempestivi interventi, controllare il percorso assistenziale per le patologie di più rilevante interesse sanitario e sociale. Sono previsti quattro incontri tra i pediatri con la presidenza del Direttore del DCP;
- attivare Piani Assistenziali Integrati (PAI), al fine di migliorare la continuità assistenziale in bambini affetti da patologie croniche e/o rare. Proseguire e aggiornare i due PAI avviati sperimentalmente nel 2006 con almeno due riunioni tra gli operatori sanitari coinvolti e almeno dieci prestazioni dirette della Pediatria di Comunità;
- assicurare la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo conseguenti. Eseguire la profilassi della bronchiolite da virus respiratorio sinciziale a tre bambini ad alto rischio del Distretto Ovest.
- garantire il mantenimento dei livelli di copertura vaccinale per l'infanzia già raggiunti, compresi i gruppi a rischio. I livelli di copertura vaccinale per il 2007 non dovranno essere mediamente inferiori a quelli del 2006 per oltre l'1%.

### 3.1.8 Le dipendenze patologiche

#### Popolazione target del Distretto Ovest

Il Ser.T. si occupa di tutti gli aspetti legati alle patologie correlate all'uso e abuso di sostanze psicoattive. In particolare, affronta i problemi della tossicodipendenza e della disintossicazione da sostanze stupefacenti legali e illegali, attraverso programmi specifici sia farmacologici che psicoterapeutici.

Per valutare i tassi di prevalenza e incidenza e correlarli in modo omogeneo, viene utilizzata la "Popolazione Target", che per i **tossicodipendenti** è di **15-54 anni**, per gli **alcolisti** di **15-64 anni**.

#### Popolazione target Distretto Ovest 38.274

UTENTI TOSSICODIPENDENTI	Totale utenti residenti		Tasso di Prevalenza (‰)		Nuovi utenti residenti		Tasso di Incidenza (‰)	
	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004
Cento	53	44	3,05	2,59	18	19	1,03	1,12
Sant'Agostino	4	6	1,14	1,74	1	1	0,29	0,29
Mirabello	4	6	2,26	3,43		1	0,00	0,57
Bondeno	38	31	4,98	4,00	11	9	1,44	1,16
Poggio Renatico	7	6	1,61	1,41	2	1	0,46	0,24
Vigarano Mainarda	15	13	4,14	3,67	2	4	0,55	1,13
<b>Distretto Ovest</b>	<b>121</b>	<b>106</b>	<b>3,16</b>	<b>2,81</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>0,89</b>	<b>0,93</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 31-12 di ciascun anno di riferimento.

La popolazione target è aumentata, in quanto l'età massima è stata spostata da 44 a 54 anni a causa dell'invecchiamento della popolazione tossicodipendente.

Il **potenziamento** del Servizio (un'educatrice e una psicologa part-time) ha permesso una migliore accoglienza, portando all'aumento degli utenti tossicodipendenti, in controtendenza con il resto della provincia che registra, invece, una leggera flessione.

#### Popolazione target 15-64 Distretto Ovest: 47.488

UTENTI ALCOLDIPENDENTI	Totale utenti residenti		Tasso di Prevalenza (‰)		Nuovi utenti residenti		Tasso di Incidenza (‰)	
	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004
Cento	29	27	1,35	1,29	9	13	0,42	0,62
S. Agostino	6	6	1,41	1,42	1	2	0,23	0,47
Mirabello	4	1	1,79	0,45	4	1	1,79	0,45
Bondeno	7	8	0,72	0,81	2	4	0,21	0,41
Poggio Renatico	4	2	0,75	0,38	2	0	0,37	0,00
Vigarano Mainarda	8	6	1,77	1,35	2	2	0,44	0,45
<b>Distretto Ovest</b>	<b>58</b>	<b>50</b>	<b>1,22</b>	<b>1,06</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>0,42</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 31-12 di ciascun anno di riferimento.

Gli utenti alcol dipendenti sono ulteriormente aumentati, passando da 50 a 58 e mantenendo un andamento che era stato anche più evidente negli anni scorsi: questo conferma che l'incremento del personale ha permesso una risposta maggiormente adeguata ai bisogni della popolazione.

#### **Ambiti di prestazioni del servizio:**

##### Attività di valutazione diagnostica

Visite mediche, accertamenti clinici e di laboratorio, esami tossicologici, colloqui psicologici individuali e familiari, psicodiagnosi, colloqui sociali ed educativi, mirati alla valutazione della situazione giuridica, lavorativa, sociale ed economica.

##### Attività di cura

Disintossicazioni in regime ambulatoriale, in struttura residenziale, trattamenti farmacologici con farmaci sostitutivi e/o antagonisti, trattamenti farmacologici delle principali patologie correlate alle sostanze di abuso (alcol, stupefacenti, tabacco), colloqui di sostegno psicologico individuali, di coppia, della famiglia, psicoterapie individuali, gruppi di sostegno per tabagisti.

E' stato quasi ultimato il processo di integrazione pubblico-privato, che vede una stretta relazione tra le comunità terapeutiche della provincia e i Ser.T., convergenti nel "**Sistema dei Servizi**". Questo comporta una maggiore offerta e, quindi, una maggiore efficacia nella cura anche dei nuovi fenomeni legati all'abuso di sostanze.

##### Attività di prevenzione

Educazione sanitaria, vaccinazioni, screening antitubercolare, distribuzione di profilattici, gestione di macchine scambia siringhe nei territori di Cento e Casumaro, interventi nelle scuole, attraverso i progetti "...e sai cosa bevi" e "**Lasciateci puliti**", rispettivamente su alcol e fumo, associati ai **PPS**. Inoltre, è partito il progetto di integrazione tra **Ser.T. e Spazio Giovani**, con l'intento di offrire un ascolto e un sostegno ai ragazzi adolescenti, sia per le problematiche relazionali che di disagio non ancora riconducibili a una vera e propria tossicodipendenza.

Per quanto concerne i **Piani di Zona**, è iniziato il progetto "**Sport e Doping**", che vede coinvolti i comuni di tutto il Distretto Ovest attraverso le scuole medie inferiori e superiori (classi terze delle scuole medie inferiori e seconde delle scuole medie superiori).

##### Attività riabilitativa

Inserimenti lavorativi, affiancamento nella ricerca del lavoro, interventi di sostegno economico, interventi educativi, sostegno in area giudiziaria, segretariato sociale, orientamento nei contatti con le istituzioni, reinserimento attraverso la permanenza in C.T.

UTENZA TOTALE	Cento	
	2005	2004
<b>Utenti Tossicodipendenti</b>	<b>95</b>	<b>81</b>
nuovi utenti	31	36
utenti già in carico	64	45
<b>Utenti Alcolisti</b>	<b>46</b>	<b>36</b>
nuovi utenti	21	17
utenti già in carico	25	19
<b>Tabagisti</b>	<b>71</b>	<b>59</b>
nuovi utenti	27	44
utenti già in carico	44	15
<b>Totale Utenti</b>	<b>212</b>	<b>176</b>

## Risultati 2005, aree di miglioramento e obiettivi 2006-2007

Il territorio del Distretto Ovest, precedentemente caratterizzato da una bassa incidenza e prevalenza di tossicodipendenti da droghe illegali, ha avuto un fortissimo **incremento**, passando da 176 a 212 utenti in carico, pari al 20,5% in più. In questo anno, il lavoro del Ser.T. ha prodotto un risultato in netta controtendenza rispetto al resto del territorio provinciale, che ha invece registrato una flessione. Questo fenomeno è da considerare coerente con l'aumento della risposta dovuta alla collaborazione di una psicologa, che va ad affiancare l'educatrice, già presente.

La prevenzione dell'uso e abuso di droghe legali, quali alcol e tabacco, continua a far registrare un significativo aumento del numero dei trattamenti.

Importante è stata anche la scelta di orientare il lavoro sulla prevenzione, spesso in collaborazione con altri servizi territoriali quale Salute Infanzia, Salute Donna, Privato Sociale ed enti esterni, quali i Comuni del Distretto. Questa situazione di accordo ha garantito una maggiore copertura dei bisogni e una migliore omogeneità negli interventi realizzati.

È interessante notare come anche la collaborazione con altri enti e servizi interni all'Azienda USL abbia contribuito a far aumentare l'afflusso di utenti al Ser.T.

Importante, da questo punto di vista, l'accordo con il reparto di Medicina dell'Ospedale di Cento, per la segnalazione e il trattamento di pazienti alcolisti.

Nel corso del 2006 si ritiene utile consolidare i risultati ottenuti e sviluppare l'attività sul versante della prevenzione e del trattamento, migliorando i percorsi assistenziali e favorendo l'accesso di utenti multiproblematici.

Grazie alla collaborazione con il servizio di Pediatria di Comunità, verrà garantita una maggiore copertura degli interventi nelle scuole medie inferiori e superiori del Distretto. Per questi progetti è prevista anche la collaborazione di associazioni di volontariato operanti nella zona.

I temi trattati dalle attività di prevenzione riguardano l'uso e l'abuso di droghe legali e illegali, con particolare attenzione per le sostanze comunemente definite "nuove droghe", che sembrano esercitare una forte attrazione fra i giovani, i quali sempre più spesso ne fanno un uso pericolosamente ricreativo.

L'accordo con la Medicina Ospedaliera consente di intercettare gli alcolisti che vengono in contatto con il Sistema Sanitario per patologie correlate all'abuso di sostanze alcoliche, ma che non hanno ancora preso coscienza della loro condizione. Il contatto in ambiente sanitario favorisce l'inizio di un processo che può portare a cure specifiche e favorire il superamento delle forme di dipendenza in essere. L'accordo con il reparto di Chirurgia consente di aumentare in modo sensibile queste possibilità.

È prevista, infine, l'applicazione del Protocollo Provinciale per il trattamento di pazienti Doppia Diagnosi fra Ser.T. e Dipartimento di Salute Mentale.

Con la guida dell'Osservatorio Provinciale per le Tossicodipendenze, tutti i Ser.T. aziendali, dopo aver ultimato il processo di certificazione della qualità al terzo anno di applicazione, stanno procedendo all'accreditamento del Programma Dipendenze Patologiche.

Entrambe queste azioni sono volte a integrare il Sistema dei Servizi, obiettivo del Programma stesso.

I Ser.T. stanno inoltre ultimando il passaggio dalla modalità "Gias" a "Sister", che si propone un miglioramento del sistema di rilevazione dati.

	Titolo dell'Obiettivo	Descrizione
1	Implementazione della continuità terapeutica degli assistiti in inserimento o dimissione dalle CC.TT;	Per contenere le ricadute da parte degli utenti nella fase di accesso o dimissione, i percorsi sono stati modificati, in accordo con le CC.TT. Queste modifiche sono state descritte nel manuale di integrazione Ser.T.-CC.TT., parte integrante della documentazione per l'accREDITAMENTO del Sistema dei Servizi, conclusosi positivamente;
2	Coerenza interna nella programmazione dei PdZ-PAT-PpS.	Il percorso di integrazione è ancora in corso, in quanto i PdZ sono finanziati fino al 2008. Le azioni già sviluppate sono: incontri nelle scuole del territorio con tutti i ragazzi delle prime superiori e delle terze medie inferiori; individuazione di un punto di ascolto per ragazzi anche nel comune di Bondeno; integrazione già operativa con il Servizio di Prossimità "Spazio Giovani" (vedi pubblicazione nel Rapporto Annuale sulle Tossicodipendenze a cura dell'Osservatorio);
3	Qualità: portale Web per quanto di competenza dei Ser.T.	La pagina Web è stata attivata alla fine del 2006, ma non abbiamo ancora la possibilità di valutarne i costi e, comunque, il progetto è trasversale e tutti i Ser.T., guidati dall'Osservatorio;
4	Progetto "Sister" della Regione Emilia-Romagna, per la messa in rete dei dati informativi dei Ser.T.	"Sister" viene già usato integralmente ed è già in rete tra tutti i Ser.T. La fase di formazione e messa a regime è già conclusa



### 3.1.9 Gli anziani

Gli anziani rappresentano, all'interno della popolazione distrettuale, la parte che necessita più di altre di un'attenzione particolare, riguardante aspetti sia di tipo sanitario che di tipo sociale. E', pertanto, all'interno del Modulo Organizzativo Socio-Sanitario del Dipartimento delle Cure Primarie che trova posto l'organizzazione e la gestione delle attività necessarie a rispondere alle richieste provenienti da quest'area.

I servizi che vengono erogati alla popolazione anziana sono oggetto di un accordo di programma fra il Distretto e i Comuni e questo rappresenta il livello della programmazione della gestione integrata e della risposta ai bisogni.

A livello distrettuale è presente una rete di servizi che permette di dare risposte adeguate a tutti i tipi di bisogno espressi dalla popolazione anziana, dalle strutture residenziali e semiresidenziali alle strutture di ricovero e riabilitazione, all'assistenza domiciliare. L'attività svolta all'interno dei vari servizi della rete risponde alle seguenti finalità:

- 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 all'erogazione di forme assistenziali integrate.

#### Popolazione target

##### Anno 2004

<65 anni: 16.441, pari al 23,09% della popolazione residente

<75 anni: 7.990, pari al 11,20% della popolazione residente

##### Anno 2005

<65 anni: 16.995, pari al 22,95% della popolazione residente (+554 unità)

<75 anni: 8.227, pari al 11,31% della popolazione residente (+237 unità)

La popolazione target è aumentata come quantità, pur mantenendo la stessa proporzione rispetto alla popolazione residente, anch'essa in aumento.

#### Dati di attività (2004/2005)

Attività e/o Progetti	Numero Differenza prestazioni 2005	prestazioni 2004	Numero
Consulenza geriatrica ambulatoriale	176	138	+38
Unità di valutazione Geriatria (UVG)	195, di cui 104 in Strutture	181, di cui 82 in Strutture	+ 14
Assistenza Sanitaria in RSA	63 ricoveri per 6.330 giorni di degenza	51 ricoveri per 6.373 giorni di degenza	+ 12
Coordinamento Sanitario delle Strutture Protette	2 verifiche annuali per C.P. + 1 accesso mensile per C.P.	2 verifiche annuali per C.P. + 1 accesso mensile per C.P.	

Fonte dati: Servizio Amministrativo Unità Operativa Socio-Sanitaria Modulo Anziani-Handicap Adulto

**DATI DI ATTIVITÀ  
CASE PROTETTE E CENTRI DIURNI  
Distretto Ovest  
ANNO 2003/2004**

<b>CASE PROTETTE convenzionate</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Case protette	8	8*
Posti letto	221	221
Persone presenti al 1° giorno del trimestre/anno	204	213
Nuovi ingressi	71	83
Pazienti dimessi	3	9
Utenti deceduti	68	66
Totale giornate di degenza	72.995	76.490
Giornate di ricovero ospedaliero	1.383	1.362
Ricoveri ospedalieri	157	144
<b>Centri diurni convenzionati</b>		
Centri diurni	2	3**
Posti	17	21
Nuovi ingressi	11	11
Totale giornate di presenza	3.721	4.018

Fonte dati: Servizio Amministrativo Unità Operativa Socio-Sanitaria Modulo Anziani-Handicap Adulto

\* La struttura protetta "La Residence " di Ficarolo ha un contratto di fornitura di prestazioni e di oneri a rilievo sanitario, con graduale rientro dei posti in ambito distrettuale.

\*\* Il centro diurno presso la struttura protetta "Opera Pia Galuppi" di Pieve di Cento ha il medesimo contratto di fornitura, con graduale rientro dei posti in ambito distrettuale.

L'incremento delle giornate di ricovero ospedaliero è da mettere in relazione alla tipologia degli ospiti delle strutture protette, a maggior grado di disabilità e ad elevato carico sanitario.

	<b>2005</b>	<b>2004</b>	<b>Differenza</b>
N. R.S.A.	1	1	-
Posti letto effettivi/attivati	20	20	-
Presenti al 1° giorno del trimestre/ anno	17	14	<b>+3</b>
Nuovi ingressi	63	51	<b>+12</b>
Totale giornate di degenza	6.330	6.373	<b>+43</b>
Giornate di ricovero ospedaliero	250	78	<b>+72</b>
Ricoveri ospedalieri	18	12	<b>+6</b>
Utenti totali	81	65	<b>+16</b>
Dimessi	52	38	<b>+14</b>
Utenti deceduti	8	8	-

Fonte dati: Servizio Amministrativo U.O. Socio-Sanitaria Modulo Anziani-Handicap Adulto

L'aumento del numero dei ricoveri può essere messo in relazione all'incremento dei trasferimenti dalle lungodegenze postacuzie e dai reparti per acuti nell'ambito del progetto aziendale per le "dimissioni difficili".

L'incremento del numero di giornate di ricovero ospedaliero è da attribuire alla gravità dei casi giunti in RSA, con patologie che necessitano di assistenza sanitaria continuativa. Nel contempo, l'incremento dei nuovi ingressi ha permesso un maggiore *turn over* dei pazienti nella struttura.

## Attività del Centro delegato Malattia di Alzheimer presso la Casa Protetta Plattis di Cento (2004/2005)

COMUNE	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA Anno 2005	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA Anno 2004
Cento	61	86
Bondeno	31	22
Mirabello	8	3
Poggio Renatico	34	22
Sant'Agostino	10	15
Vigarano Mainarda	20	21
<b>TOTALE</b>	<b>164</b>	<b>169</b>

Fonte dati: Servizio Amministrativo Unità Operativa Socio-Sanitaria Modulo Anziani-Handicap Adulto

### Risultati 2006, aree di miglioramento e obiettivi 2007

Il principale obiettivo delle strutture che si occupano di assistenza alla popolazione anziana è quello del mantenimento del soggetto in ambito familiare, garantendo un adeguato supporto assistenziale e, per quanto possibile, la presenza di un certo grado di autonomia. Un altro aspetto importante è il supporto alla creazione e al mantenimento di strutture socializzanti, in quanto la partecipazione e il coinvolgimento a iniziative comuni è da considerarsi un momento indispensabile per riempire di contenuti la vita di queste persone e per migliorarne conseguentemente la funzionalità complessiva. È evidente la necessità di creare e mantenere una collaborazione con tutti i servizi presenti, per fornire un'adeguata assistenza agli anziani disabili o a rischio di disabilità grave.

Nel corso del 2006, attraverso la valutazione multidimensionale, la formulazione di piani assistenziali individualizzati e la loro revisione dinamica, si è favorito il recupero o il mantenimento del miglior grado di autonomia per la persona anziana.

L'erogazione dell'assegno di cura e i ricoveri temporanei di sollievo in RSA e in casa protetta hanno favorito la permanenza al domicilio di anziani non-autosufficienti, ritardandone il più possibile l'istituzionalizzazione definitiva. Per il Distretto Ovest, i ricoveri di sollievo sono garantiti presso la RSA/CP del Polo Socio-Sanitario di Bondeno. Nell'ottica di migliorare la cura dell'anziano con disabilità grave, nel corso del 2005 è aumentata l'attività ambulatoriale rivolta soprattutto all'individuazione precoce dei soggetti affetti da demenza o da altre malattie fortemente invalidanti, facilitandone l'inserimento nella rete assistenziale secondo progetti personalizzati. Tale incremento di attività è stato mantenuto anche per l'anno 2006, e continuerà per il 2007.

È stata implementata l'attività di coordinamento relativo all'aspetto sanitario delle strutture residenziali e semiresidenziali, per favorire un omogeneo incremento dei livelli qualitativi nell'assistenza socio-sanitaria dell'utenza istituzionalizzata e per favorire la prescrizione appropriata e la formulazione del piano terapeutico per i farmaci antipsicotici atipici.

In sintonia con le criticità verificate, con le aree di miglioramento individuate e con i Piani per la Salute e i Piani di Zona, gli obiettivi 2006-2007 si svilupperanno nelle seguenti aree:

- sostegno ai *caregivers*;
- miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria;
- promozione della salute;

- progetti e sperimentazione di stimolazione cognitiva;
- appropriatezza della prescrizione degli ausili.

### **Sostegno ai caregivers**

È evidente l'importanza della figura del *caregiver* - nella quasi totalità dei casi un familiare -, nel mantenimento del soggetto presso il proprio domicilio. È, però, rilevante la possibilità di fornire un adeguato supporto all'attività assistenziale eseguita da queste persone, in accordo con i contenuti del Piano per la Salute e il protocollo aziendale per i ricoveri di sollievo (trasferimento temporaneo del soggetto disabile presso le strutture assistenziali del territorio), per permettere al familiare un periodo di riposo o il ristabilimento di adeguate condizioni di salute.

### **Miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria**

Il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali si realizza attraverso la definizione di protocolli relativi al nursing geriatrico, con l'innalzamento della qualità delle prestazioni erogate. Su indicazione della Regione Emilia-Romagna, sono stati individuati specifici protocolli sanitari (monitoraggio delle infezioni delle vie urinarie, prevenzione delle lesioni da pressione, monitoraggio del rischio di caduta) e socio-assistenziali (attività di animazione), che saranno oggetto di verifica da parte del Coordinamento Sanitario Distrettuale delle strutture protette.

### **Stimolazione cognitiva**

Nei pazienti affetti da patologie degenerative e/o vascolari cerebrali, con deficit cognitivo lieve-moderato, saranno individuati percorsi di progettazione e sperimentazione di stimolazione cognitiva, con l'individuazione di piccoli gruppi omogenei per il deficit cognitivo e di percorsi adatti alle stesse capacità cognitive. L'individuazione di questi gruppi sarà fatta tra gli ospiti con tale tipo di patologia della RSA di Bondeno.

### **Promozione della salute**

In collaborazione con i centri anziani presenti in tutti i comuni del Distretto e con i Servizi Sociali, proseguiranno gli incontri incentrati soprattutto sul mantenimento della memoria. Questi incontri permetteranno di coinvolgere i soggetti anziani in aspetti relativi alla promozione della salute e alla prevenzione delle patologie tipiche dell'età.

### **Prescrizione ausili per anziani non autosufficienti**

In analogia a quanto già sperimentato per il Distretto Centro Nord, verrà progettata la presa in carico della prescrizione domiciliare degli ausili, sia per gli utenti a domicilio che per gli utenti delle strutture protette, per garantire una maggiore appropriatezza attraverso l'attività specialistica geriatrica, volta anche al miglioramento dei tempi di attesa.

	<b>Titolo dell'obiettivo</b>	<b>Tipologia di Obiettivo</b>
1	Predisposizione di azioni per facilitare il percorso delle dimissioni protette	Trasversale
2	Sostegno ai <i>caregivers</i> : programma di supporto alla dimissione dalla RSA e ricoveri di sollievo	Trasversale e PPS
3	Monitoraggio dei protocolli sanitari e socio-assistenziali nelle strutture protette	Trasversale
4	Promozione della salute in collaborazione con i centri sociali per anziani	Distrettuale
5	Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione degli ausili	Distrettuale

### 3.1.10 I disabili adulti

**La programmazione** per l'area disabili adulti è oggetto di accordo di programma tra Azienda Sanitaria e comuni ed è supportata dal tavolo di programmazione provinciale "Gruppo Provinciale per l'Integrazione socio-sanitaria in area disabili", composto da: Direzione aziendale, dirigenti dell'Amministrazione provinciale, dirigenti dei Comuni capi-zona, una rappresentanza delle organizzazioni sindacali e rappresentanti delle associazioni.

Il tavolo risponde alla necessità di dare alla rete dei servizi per disabili una programmazione di respiro triennale, per superare la frammentazione delle risposte sia nella programmazione che nella gestione, definendo strumenti e azioni in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei soggetti con disabilità e alle loro famiglie.

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

**Le finalità** dell'area disabili adulti sono:

- Promuovere la salute, la tutela e la valorizzazione dei disabili adulti;
- individuare e trattare, secondo progetti personalizzati, i disabili adulti a rischio di disabilità severa, funzionale e/o cognitiva (UVAR);
- facilitare i processi educativi e l'inserimento nei centri socio-riabilitativi;
- mettere in atto iniziative di aiuto e di sostegno alle famiglie per incentivare la domiciliarità;
- coordinare l'aspetto sanitario delle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili, per favorire un maggior livello qualitativo nell'assistenza socio-sanitaria.

#### Popolazione target

**Adulti** di età compresa tra i 18 e 64: 45.927 (63,13%)

I destinatari del Servizio Disabili Adulti sono utenti di varia età. La valutazione degli utenti fino a 25 anni di età è eseguita dall'Unità Operativa di NPEE, mentre gli altri utenti sono in carico al Modulo Operativo Servizi Sanitari e Socio-Sanitari Integrati, che afferisce al Dipartimento Cure Primarie del Distretto.

#### Ambiti di attività

- Gestione delle convenzioni con le strutture convenzionate esistenti sul territorio (centri diurni, laboratori protetti);
- Valutazione multidimensionale attraverso l'**UVAR** (Unità di Valutazione delle Attività Residue) degli utenti disabili, per l'inserimento nei servizi della rete, con la stesura dei Piani Educativi Individuali e periodiche revisioni degli stessi;
- verifiche periodiche presso le strutture convenzionate per disabili da parte di una Commissione Socio-Sanitaria, al fine di monitorare e controllare il buon funzionamento delle strutture e il rispetto delle convenzioni sottoscritte.

L'offerta di servizi per disabili nel Distretto Ovest è costituita da due **Centri Socio-riabilitativi semiresidenziali** in convenzione a retta giornaliera: l'"Airone" di Bondeno, gestito dalla Cooperativa Serena, e il Centro "Pilacà", gestito dalla Fondazione Zanandrea. L'onere a carico dell'Azienda USL è pari al 75% dei costi globali, mentre la quota a carico dei Comuni è rappresentata dal 25%. Lo stesso onere viene sostenuto per eventuali ricoveri in altri distretti o addirittura fuori provincia, per particolari e ben definite situazioni.

Per l'area degli adulti esiste, inoltre, un **laboratorio protetto** ("Gruppo Verde", vedi tabella relativa ai posti convenzionati presenti nell'area del Distretto Ovest), gestito dal Servizio Sociale dell'Associazione dei Comuni e rimborsato al 60% dal Servizio Sanitario. Altri interventi sono gli **inse-  
rimenti lavorativi** e gli **assegni di cura per disabili**, gestiti degli Enti locali.

## Attività 2004/2005

ATTIVITÀ UVAR	2005			2004		
	SEDUTE UVAR 12			SEDUTE UVAR 20		
	TOTALE	di cui minori	di cui adulti	TOTALE	di cui mi- nori	di cui adulti
Utenti valutati complessivamente	30	4	26	30	4	26
Primi casi	-	-	-	2	1	1
Nuove ammissioni C.S.R.	2	-	2	2	1	1
Dimessi con progetto assistenziale	1	-	1	-	-	-
Invio ad altro servizio	1	-	1	-	-	-
Inserimento in struttura residenziale	1	0	1	1	1	-

Fonte dati: Servizio Amministrativo Unità Operativa Socio-sanitaria Modulo Anziani-Handicap Adulto

## Strutture area disabili Anno 2004/2005 Distretto Ovest

Denominazione Centro	Tipologia Servizio	Gestore	Posti 2004	Utenti 2004	Posti 2005	Utenti 2005
Gruppo Verde	Laboratorio Protetto	Associazione Comuni	15	12	15	12
Pilacà	C.S.R. Diurno	Fondazione Zanandrea	12	12	12	12
Airone	C.S.R. Diurno	Coop. Serena	12	12	12	12

Fonte dati: Servizio Amministrativo U.O. Socio-Sanitaria Modulo Anziani-Handicap Adulto

## Risultati 2005

È tuttora in corso un approfondimento, attraverso gruppi di lavoro specifici, per il miglioramento delle azioni a sostegno delle persone disabili. Gli obiettivi perseguiti dall'Azienda USL di Ferrara relativamente ad attività e interventi rivolti a soggetti portatori di handicap durante l'età evolutiva e durante l'età adulta intendono incentivare la qualità e mantenere l'articolazione delle strutture residenziali e semiresidenziali della rete dei Servizi, nonché degli interventi tra loro coordinati di natura sanitaria, sociale ed educativa, in risposta alla globalità dei bisogni degli stessi portatori di handicap e delle loro famiglie.

In questa ottica, al fine di rispondere in maniera chiara e fattiva alle sopra richiamate esigenze, sono attivi tre gruppi di lavoro, così denominati:

- Valutazione multidimensionale – Accesso – Revisione Scheda UVAR;
- Caratteristiche, tipologia dei Servizi della rete – Carta dei Servizi;
- Rapporto con Aree di Confine – SMRIEA – C.S.M. – Rete informale.

Questi gruppi hanno coinvolto numerosi operatori dell'Azienda USL e delle Amministrazioni comunali, con il preciso compito di approfondire, valutare e formulare proposte in merito a tali tematiche.

## Aree di miglioramento e obiettivi 2006-2007

- Monitoraggio delle attività assistenziali ed educative nei CSR convenzionati, attraverso l'utilizzo di schede già elaborate;
- maggiore integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale;
- attivazione dell'EVOD, a superamento dell'UVAR;
- continuità nel passaggio in cura tra SMRIA e handicap adulto;
- incontri con i familiari degli ospiti dei CSR.

I gruppi di lavoro descritti continueranno le riunioni per aggiornare e socializzare i contenuti di settore per il miglioramento delle azioni a sostegno.

La loro attività è proseguita nel corso dell'anno 2005, e nell'anno 2006 si è proceduto a ulteriori momenti di confronto e di verifica sull'effettiva realizzazione e sul perseguimento degli obiettivi dichiarati.

In previsione del superamento della frammentazione delle risposte, sia nella programmazione che nella gestione, e attesa la diversità di modalità gestionali dei centri semiresidenziali e residenziali che si è determinata nel corso dell'ultimo decennio, si rende necessario tendere all'adozione di modalità gestionali che perseguano la stabilità dei servizi e la professionalizzazione degli operatori superando, laddove sia più conveniente sul piano funzionale ed economico, le gestioni miste e/o in appalto delle strutture per disabili.

Il "Gruppo Provinciale per l'integrazione socio-sanitaria in area disabili", formalmente composto dalla Direzione dell'Azienda, da dirigenti dei Servizi Sociali, da dirigenti dei Comuni, da una rappresentanza delle OO.SS e da rappresentanti del mondo dell'associazionismo ferrarese, ha costituito un risultato importante per la programmazione su tutta la rete dei servizi, interventi e azioni per rispondere ai bisogni degli utenti.

Il tavolo permanente di confronto risponde alla necessità di dare alla rete dei servizi per i soggetti con disabilità una programmazione di respiro triennale, definendo strumenti e azioni in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei soggetti con disabilità e alle loro famiglie.

Anche per il biennio 2006-2007 sono stati previsti alcuni progetti integrati tra Azienda USL, Comuni, Associazioni di volontariato e di familiari.

### **Monitoraggio delle attività assistenziali ed educative nei CSR convenzionati, attraverso l'utilizzo di schede già elaborate**

La verifica costante delle attività svolte e del raggiungimento degli obiettivi prefissati e concordati è certamente un indice di buona qualità nell'erogazione dell'assistenza. Per fare ciò, sono state elaborate delle schede che permettono, attraverso una verifica della qualità delle prestazioni, il monitoraggio delle attività assistenziali ed educative svolte all'interno dei CSR convenzionati.

### **Maggiore integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale**

Gran parte delle persone con grave disabilità presentano anche patologia del tutto o in parte di pertinenza psichiatrica. Per migliorare la cura di questi soggetti, è evidente l'importanza di una stretta collaborazione fra il medico della struttura e i medici del Centro di Salute Mentale territorialmente competente. Nel corso del biennio 2006-2007, verranno favoriti e implementati momenti di confronto fra i professionisti coinvolti, in accordo con quanto specificatamente previsto dai protocolli di intesa fra il Dipartimento di Salute Mentale e il referente dell'Area Handicap Adulti; questo per permettere la maggiore integrazione e facilitare la presa in carico e il passaggio in cura nelle aree evolutive di confine.

## I DISABILI ADULTI

	<b>Titolo dell'Obiettivo</b>	<b>Tipologia di obiettivo</b>
1	Monitoraggio delle attività assistenziali ed educative nei CSR come garanzia di governo clinico	Trasversale
2	Maggiore integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale al fine di migliorare la qualità delle cure	Trasversale
3	Superamento dell'UVAR con attivazione dell'EVOD	Trasversale
4	Continuità nel passaggio in cura tra SMRIA e Handicap Adulto	
5	Incontri con i familiari degli ospiti dei CSR	



## 3.2 L'integrazione socio-sanitaria

L'integrazione progettuale sviluppata nel confronto attorno ai tavoli di discussione dei Piani di Zona ha permesso di sviluppare la collaborazione e l'integrazione sociale e sanitaria nel Distretto.

Nell'area che riguarda i giovani, si è consolidato il progetto di **Spazio Giovani**. Il consultorio dedicato a giovani e adolescenti ha svolto attività di trattamento di tipo sanitario e di sostegno psicologico, oltre a momenti di informazione e di educazione alla salute rivolti agli studenti, in accordo con le Direzioni Scolastiche. Si prevede di sviluppare le sinergie con altri servizi aziendali e dei Comuni.

Il Servizio Salute Donna del Distretto Ovest è impegnato nei progetti rivolti alle donne immigrate, per favorirne l'integrazione e l'inserimento nei percorsi di sorveglianza delle gravidanze, in modo da ridurre i rischi legati alla mancanza di controlli. Inoltre, vi è la partecipazione attiva al tavolo provinciale per le donne immigrate, a cui concorrono l'Azienda USL, i Comuni e il volontariato.

Per quanto riguarda l'area minori, vi è una partecipazione significativa alle spese per inserimenti in strutture dedicate a minori problematici.

In sede provinciale si è definito un protocollo di lavoro che coinvolge la **Psicologia Clinica e i Servizi Sociali**, per affrontare in modo tempestivo i problemi di minori che non hanno ancora sviluppato patologie definite. Si tratta di un intervento in chiave preventiva, che migliora il livello di attenzione nei confronti di quelle forme di malessere o devianza che possono divenire, col tempo, più difficilmente controllabili.

È stato costituito un gruppo di lavoro per la realizzazione dello **Sportello socio-sanitario**, che ha lo scopo di integrare le informazioni fornite dall'Azienda USL e quelle fornite dai Comuni, per favorire l'accesso dei cittadini ai servizi.

Attualmente è in corso la formazione congiunta degli operatori dei servizi sociali e dei punti informativi dei Comuni del Distretto Ovest assieme agli operatori dell'Ufficio Relazioni col Pubblico aziendale.

Il progetto è in corso di implementazione e si svilupperà nel 2007, per realizzare lo "sportello sociale".

### Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Nel 2005 e in parte del 2006, è stata utilizzata una prima quota, di entità limitata, del Fondo per la Non Autosufficienza, che ha consentito di programmare e di effettuare una serie di interventi a sostegno delle situazioni più gravi e difficili da gestire. Si è trattato soprattutto della messa in atto di piani personalizzati, rivolti a salvaguardare la permanenza delle persone anziane al proprio domicilio in condizioni di sicurezza e di protezione adeguate.

In accordo con i Servizi Sociali, sono stati rilevati i bisogni degli anziani, con la formulazione di piani personalizzati per i casi che necessitano di ulteriore incremento dell'assistenza di base a domicilio, e la formulazione di piani personalizzati (ex DRG 1378/99) per gli anziani che sono ospitati temporaneamente in strutture non convenzionate con l'Azienda USL.

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, implementato dalla Regione Emilia-Romagna attraverso la fiscalità generale, ha prodotto, per la provincia di Ferrara, un finanziamento aggiuntivo di 8,7 milioni di euro, di cui 986mila per il distretto Ovest. Esso rappresenta uno dei punti più importanti attorno ai quali si sviluppa il percorso dell'integrazione sociale e sanitaria, e prevede l'implementazione delle reti, forme di supporto anche finanziario alle famiglie, e progetti innovativi per rafforzare il sistema solidaristico a favore delle persone non autosufficienti. Sarà così possibile migliorare le condizioni dei cittadini in stato di bisogno e dei loro congiunti con interventi mirati, a carico del Fondo. In sintonia con la pianificazione indicata dalla Regione Emilia-Romagna, verrà istituito il Tavolo di piano, mentre è già operativo un gruppo di lavoro costituito da operatori dell'area sociale e sanitaria, allo scopo di programmare gli interventi per il 2007.

In questa direzione, si è attivata la convenzione con il centro per gravi disabilità "la Coccinella

gialla” ed è stato pianificato l’inserimento in struttura di minori disabili.

Nello stesso ambito è prevista la costituzione di gruppi di auto mutuo aiuto, allo scopo di sostenere i famigliari delle persone disabili nel lavoro di cura.

Con la scuola sono stati presi accordi specifici per l’inserimento di alunni disabili e sono stati previsti programmi personalizzati per i più gravi, con l’affiancamento di insegnanti di sostegno.

Il Fondo consentirà di realizzare anche programmi di adattamento delle abitazioni, per favorire la permanenza al proprio domicilio delle persone fragili, di formazione per il personale di assistenza attraverso l’adesione al progetto Aspasia, e infine progetti personalizzati a favore di anziani o disabili che necessitano di percorsi assistenziali specifici, non standardizzati.

La programmazione delle **attività a sostegno della popolazione anziana e ai disabili** viene effettuata in forma integrata con i Comuni ed è oggetto di un accordo di programma, che rappresenta il livello di integrazione socio-sanitaria distrettuale.

Le attività intraprese dalla Direzione Distrettuale sono in accordo con i Piani di Zona e con i Piani per la Salute e si estrinsecano su tre obiettivi principali: a) sostegno al *caregiver*; b) protocolli per le dimissioni protette; c) utilizzo del Fondo per la Non Autosufficienza a favore delle famiglie, in collaborazione con i Comuni afferenti al Distretto sanitario.

### **Sostegno ai caregivers**

È evidente l’importanza della figura del *caregivers*, quasi sempre un familiare, nel mantenimento del soggetto presso il proprio domicilio. E’ rilevante, però, la possibilità di fornire un adeguato supporto all’attività assistenziale eseguita da queste persone, in accordo con i contenuti del Piano per la salute e con il protocollo aziendale per i ricoveri di sollievo (trasferimento temporaneo presso le strutture assistenziali del territorio), per permettere al familiare un periodo di riposo o il ristabilimento di adeguate condizioni di salute.

### **Promozione della salute**

In collaborazione con i centri anziani presenti in tutti i Comuni del Distretto e con i servizi Sociali, proseguiranno gli incontri incentrati soprattutto sul mantenimento della memoria. Questi incontri permetteranno di coinvolgere i soggetti anziani in aspetti relativi alla promozione della salute e alla prevenzione delle patologie tipiche dell’età.

### **Protocolli per le dimissioni protette**

La dimissione di pazienti ospedalizzati con problematiche di scarsa tenuta a domicilio è stata oggetto di revisione e di formulazione di un nuovo programma di assistenza domiciliare che prevede, in relazione a specifici obiettivi regionali, l’istituzione della nuova figura del *case manager*, che espleta funzioni di raccordo fra il medico di medicina generale, il servizio infermieristico domiciliare e la famiglia, onde consentire l’invio a domicilio del paziente.

Il **Progetto Bullismo** continua e si sviluppa, per garantire una copertura adeguata delle scuole che hanno richiesto l’intervento. È compreso all’interno del progetto provinciale e rientra, quindi, nella programmazione sostenuta anche da fondi direttamente erogati dall’Amministrazione provinciale.

Il **Progetto Doping** è gestito dal Ser.T. del Distretto Ovest in accordo con il Comune di Bondeno e si svolgerà coinvolgendo le organizzazioni sportive locali, allo scopo di intraprendere programmi di prevenzione dell’uso di sostanze atte a migliorare le performance sportive, ma dannose per la salute.

Sempre all’interno dell’Area delle Dipendenze, è stata stanziata una quota che viene gestita per gli inserimenti lavorativi di persone tossicodipendenti in fase di riabilitazione e di reinserimento sociale.

Un progetto specifico, adottato su scala provinciale, è rivolto alla prevenzione dell’uso di alcol fra i minori di 16 anni e coinvolge i baristi e i gestori di locali pubblici.

## 3.3 La Sanità Pubblica

### 3.3.1. 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 la collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, 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;
- 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 il 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 tramite 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.

### 3.3.2 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.

### 3.3.3 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.

### 3.3.4 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).

SINTESI DELLE ATTIVITÀ 2005			
Attività	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest
Corsi di formazione alimentaristi (ex libretto sanitario)			
Corsi attivati	21	32	56
Totale persone coinvolte	504	556	1.127
Totale aziende controllate (industrie, laboratori artigianali, mense collettive, ristoranti, ecc.)	1.471	1.129	373
Totale ispezioni per controllo alimenti	1.853	1.465	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	1.217	433	316
Visite dietologiche e controlli dietoterapici	5.533	3.180	4.092

PREVISIONE DELLE ATTIVITÀ 2006- 2007			
Attività	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest
Numero di corsi di formazione alimentaristi (ex libretto sanitario)			
Corsi programmati	35	60	115
Previsione n. persone coinvolte	870	1.050	2.300
Totale aziende controllate (industrie, laboratori artigianali, mense collettive, ristoranti, ecc.)	1.711	1.287	338
Totale ispezioni per controllo alimenti	2101	1.544	437
Campioni di alimenti e controlli micologici	1.441	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	5.000	3.000	4.000

### 3.3.5 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 – 2007

- 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.

### 3.3.6 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
<b>Unità Locali controllate</b>	276	425	203	904
<b>Lavoratori addetti</b>	4.685	1.0821	1.018	16.524
<b>Tasso di infrazione</b>	17,6%	31,4%	16,7%	25,2%
<b>Atti autorizzativi</b>	509	922	416	1.847
<b>Visite mediche</b>	323	1.194	940	2.457
<b>Lavoratrici madri</b>	47	126	53	226
<b>Inchieste infortuni e M.P.</b>	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	AUSL 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.

### 3.3.7 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 2006/2007

### 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 sul 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.

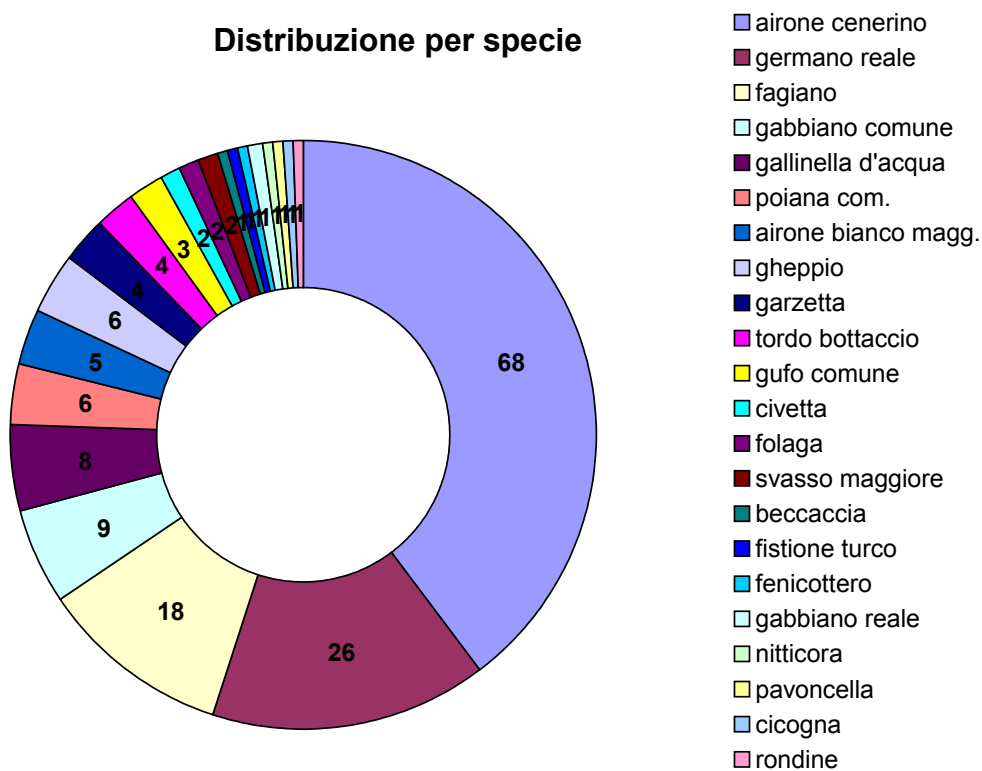
Sono previste nel 2006/2007 esercitazioni sull'emergenza rientranti in un Piano regionale al quale parteciperà l' Unità Operativa del Dipartimento di Salute Pubblica

- *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.

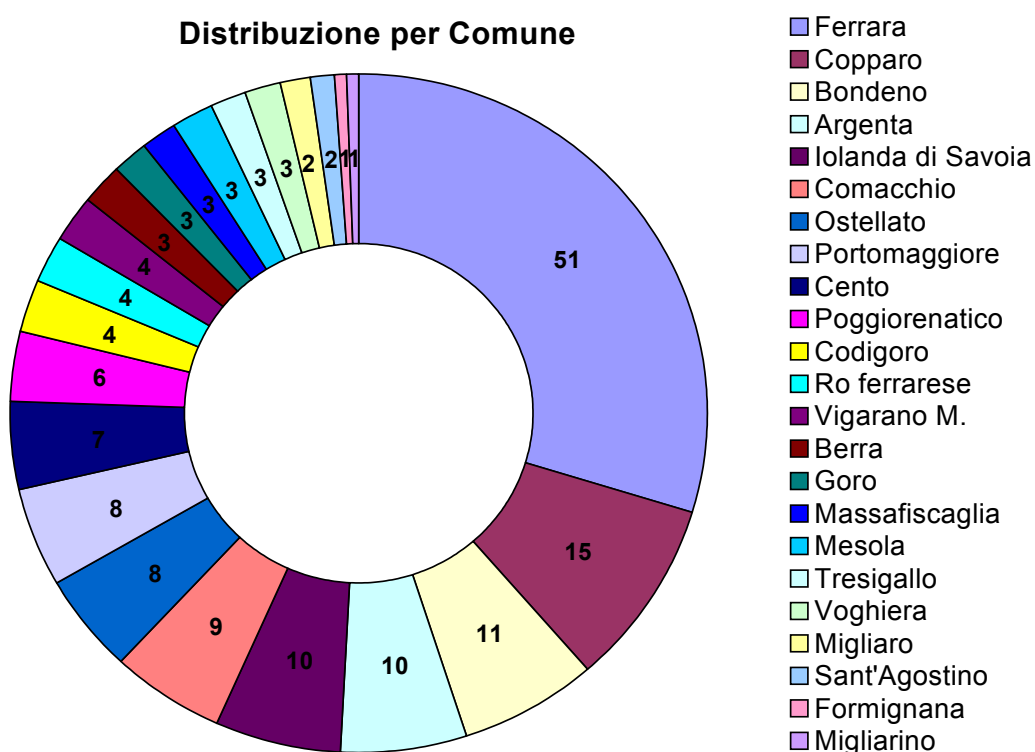
A tal l'Unità Operativaveterinaria, dopo avere promosso attività di sensibilizzazione e informazione della popolazione tramite comunicati stampa e il coinvolgimento delle Amministrazioni Comunali, ha predisposto un programma di controllo degli allevamenti rurali posti vicino agli allevamenti intensivi (entro un raggio di 3 km) allo scopo di ridurre 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



Distribuzione per Comune



## 3.4 La Salute Mentale

### Il livello distrettuale

#### Area Adulti

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

Maggiore/Uguale 18 anni: 62.662

Da Maggiore/Uguale 18 anni a Maggiore/Uguale 64 anni: 45.927

#### Osservazioni

- Il Centro di Salute Mentale del Dipartimento di Salute Mentale nel Distretto Ovest presenta un lieve decremento del tasso di incidenza rispetto all'anno precedente che, però, è in incremento nella serie storica; mantiene in incremento il tasso di prevalenza rispetto agli anni precedenti, recuperando in analogia al livello dipartimentale, anche se entrambi i tassi si mantengono inferiori al dato provinciale sia nel totale che per entrambi i sessi.
- Si conferma che, anche se in incremento, il tasso di prevalenza dei pazienti seguiti nel corso dell'anno è inferiore dello 0,6% circa rispetto al dato atteso. Ciò significa che più di 300 persone con patologia psichiatrica grave non ricevono ancora le cure specialistiche presso il Dipartimento di Salute Mentale.
- Il tasso d'incidenza dei ricoveri in casa di cura si mantiene stabile, pur essendo la popolazione di Cento lontana geograficamente dai punti di ricovero dipartimentali.
- È interessantissimo osservare che il tasso di incidenza dei Trattamenti Sanitari Obbligatori è nettamente inferiore rispetto a quello aziendale, addirittura dimezzato rispetto all'anno precedente. Tale dato viene confermato anche dall'andamento storico nel triennio.
- È in progressivo incremento anche l'utilizzo terapeutico-riabilitativo dei sussidi e delle borse lavoro, oltre che l'impegno nei progetti di vita per i pazienti lungo assistiti in struttura.
- Il Dipartimento di Salute Mentale ha ottenuto l'accreditamento istituzionale regionale nell'anno 2006, per tutte le proprie strutture operative.

#### Integrazioni esistenti

Sono confermate le integrazioni già rappresentate nel PAT 2005, con i miglioramenti di seguito riportati:

Con l'**Ospedale di Cento**: tramite le consulenze strutturate

Con il **Dipartimento di Cure Primarie**: in particolare, è in corso di attuazione il protocollo con il **Ser.T.** e anche il CSM di Cento partecipa al **Programma regionale G. Leggieri** con i **medici di medicina generale**

Con il reparto di **Lungodegenza Post Acuzie dell'Ospedale di Bondeno**, tramite un protocollo concordato per l'inserimento di pazienti ultrasessantacinquenni.

Queste integrazioni sono state tutte formalizzate attraverso protocolli e procedure che hanno permesso l'accreditamento del Dipartimento di Salute Mentale.

1 – All'attività ambulatoriale del Centro di Salute Mentale del Distretto Ovest non fanno ancora riferimento i cittadini dei Comuni di Poggio Renatico e di Vigarano, anche se vi afferiscono territorialmente.

Pertanto, i dati di attività non sono stati scorporati, anche perchè strettamente collegati al funzionamento generale delle equipe che li producono.

2 - Sebbene la popolazione target sia calcolata per la fascia di età 18-64 anni, le Strutture Complesse di Psichiatria Adulti del Dipartimento di Salute Mentale si occupano di tutta la popolazione maggiore di 18 anni.

**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.**

<b>Molto positiva</b>	<b>Abbastanza positiva</b>	<b>Giudizio incerto</b>	<b>Abbastanza negativa</b>	<b>Molto negativa</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
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, con leggere differenziazioni per i familiari e gli operatori.

## Attività territoriale e di ricovero nel CSM del Distretto Ovest

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TERRITORIALE	OVEST 2005	% sul DSM	DSM 2005	OVEST 2004	Diff. %	Poggio Renatico	Vigarano Mainarda
<b>Prime visite (pazienti residenti)</b>	<b>325</b>	16,18%	<b>2.009</b>	<b>343</b>	-5,25%	37	23
tasso d'incidenza per 100m abitanti Età >=18	518,99		649,60	562,41		522,60	384,17
<b>maschi</b>	<b>114</b>	15,68%	<b>727</b>	<b>136</b>	-16,18%	19	5
tasso d'incidenza per 100m abitanti Età >=18	375,05		496,51	462,62		554,42	175,07
<b>femmine</b>	<b>211</b>	16,46%	<b>1.282</b>	<b>207</b>	1,93%	18	18
tasso d'incidenza per 100m abitanti Età >=18	654,75		787,26	655,29		492,75	574,90
<b>Totale accessi</b>	<b>16.226</b>	16,66%	<b>97.405</b>	<b>14.309</b>	13,40%	995	768
<b>Totale prestazioni</b>	<b>26.085</b>	17,71%	<b>147.330</b>	<b>23.319</b>	11,86%	1299	2266
<b>Totale pazienti seguiti nel periodo</b>	<b>881</b>	17,27%	<b>5.101</b>	<b>775</b>	13,68%	82	59
tasso di prevalenza per 100m abitanti Età >=18	1.406,85		1.649,39	1.270,76		1.158,19	985,47
<b>Accessi ambulatoriali</b>	<b>15.154</b>	17,72%	<b>85.538</b>	<b>13.318</b>	13,79%	929	693
<b>Accessi domiciliari</b>	<b>290</b>	6,79%	<b>4.273</b>	<b>338</b>	-14,20%	23	20
<b>Accessi in altre sedi</b>	<b>782</b>	16,47%	<b>4.747</b>	<b>720</b>	8,61%	43	55

RICOVERI	OVEST 2005	% sul DSM	DSM 2005	OVEST 2004	% sul DSM	DSM 2004
<b>Ricoveri in TSO</b>	<b>8</b>	10,26%	<b>78</b>	<b>16</b>	17,0%	<b>94</b>
tasso d'incidenza per 100m abitanti Età >=18	12,78		25,22	26,24		30,59
<b>RICOVERI TOTALI</b>	<b>123</b>	11,18%	<b>1.100</b>	<b>129</b>	11,8%	<b>1.094</b>
<b>CASE DI CURA</b>	<b>35</b>	25,00%	<b>140</b>	<b>35</b>	25,2%	<b>139</b>
tasso d'incidenza per 100m abitanti Età >=18	55,89		45,27	57,39		45,23
<b>Costi rette n. 9 non ex OP al 31/12/05</b>	<b>199.311</b>	20,34	<b>979.890</b>	<b>103.748</b>	11,9%	<b>872.408</b>
<b>Costi per sussidi al 31/12/05</b>	<b>61.412</b>	12,76	<b>481.141</b>	<b>55.683</b>	11,4%	<b>486.533</b>



## Andamento tasso di incidenza e tasso di prevalenza per l'attività ambulatoriale tasso di incidenza Trattamento Sanitario Obbligatorio e ricoveri in Casa di Cura

Anni 2003 - 2004 - 2005

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
Incidenza prime visite	432,88	562,41	518,99
Prevalenza pazienti in cura	1.257,65	1.270,76	1.406,85
Incidenza T.S.O.	34,2	26,24	12,78
Incidenza ricoveri Case di Cura	51,1	57,39	55,89

### Area minori

#### Popolazione target

I bambini e gli adolescenti minori di 18 anni: 9.292

Nota: Anche nel 2004 non sono stati fatti cambiamenti per allineare i Servizi alle nuove definizioni territoriali dei Distretti. Pertanto, i dati riferiti a patologie e prestazioni sono da mettere in relazione all'assetto precedente. È stato possibile ridefinire esclusivamente i parametri epidemiologici di prevalenza e incidenza secondo la nuova territorialità distrettuale.

#### Utenti su popolazione target (prevalenza)

Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
7,7	7,7	7,38

#### Nuovi utenti su popolazione target (incidenza)

Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
2,5	2,7	2,34

#### Dati prestazioni

Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
11.310	11.350	10.569

Sostanzialmente c'è una stabilità del Distretto, con lieve flessione di prevalenza, incidenza e prestazioni, causate da diminuzione delle ore effettivamente disponibili per attività sanitaria.

Non vengono riportate le due tabelle che riassumono le principali categorie diagnostiche, la prima relativa a tutte le patologie che comportano una permanenza nel servizio per più di cinque anni (*hard*), la seconda inerente le altre (*soft*), in quanto le variazioni che si possono registrare di anno in anno sono pochissime. Per questo aspetto si rimanda a quanto pubblicato nei PAT precedenti.

La disomogeneità tra Distretti nella diagnosi e trattamento delle patologie *soft* è stata affrontata già da anni attraverso la stesura di protocolli diagnostici su alcune patologie (Disturbi di apprendimento, DDAI, Disturbi dell'umore, Disturbi transitori motori); questo rimane uno degli obiettivi principali anche per i prossimi anni.

Per le caratteristiche proprie della disciplina, il servizio distrettuale di Neuropsichiatria Età Evolutiva ha consolidato, in questi ultimi anni, i rapporti con le scuole di ogni ordine e grado, basati sia sull'attività di routine, come indicato dalla legge 104/92, sia su attività di formazione comuni. Nel Distretto Ovest, risultano certificati come alunni diversamente abili per la Legge 104/92 n. 148 bambini per una percentuale su popolazione target pari a 1,4%.

Gli inserimenti in strutture psichiatriche residenziali di minori con patologie severe e non più sostenibili da parte delle famiglie sono al momento assenti, mentre esiste un solo inserimento in struttura per handicap grave.

**Psicologia clinica a tutela dell'infanzia e dell'adolescenza**

Nel Distretto Ovest, continua il lavoro di stretta collaborazione con le municipalità sul progetto di intervento a favore di tre bambini non vedenti, con disabilità associate, finanziato dal Comune di Cento, dove risiedono i tre bambini.

Il rapporto limitazione del danno/prevenzione, in quanto a numero di utenti, è del 44%/56%, mentre per le prestazioni è 55%/45%.

Questo dato, dissimile da quello degli altri ambiti territoriali, è stabile da molti anni.

**Quadro sinottico attività PCIA nell'ambito territoriale del Distretto Ovest**

anni	2002	2003	2004	2005
Utenti	188	226	222	172
Pop. targ.	7.105	7.237	7.466	7.759
Prevalenza	2,6	3,122	2,97	2,21
Casi nuovi	56	100	96	73
Incidenza	0,78	1,38	1,28	0,9
Prestazioni	761	802	796	649
id. x ut.	4,04	3,54	3,58	3,77
Un. psicol.	1	1	1	1
Prest. x psicol.	761	802	796	649

## Aree di miglioramento e obiettivi per il 2006 2007

### Progetti trasversali comuni a tutti i Distretti

- Definire il **nuovo regolamento del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale**
- Consolidare i rapporti tra le **Strutture Complesse del DSM e i Distretti**
- Proseguire la **partecipazione ai progetti per la salute mentale nei Piani per la salute**
- Ottenere l'**accreditamento istituzionale** di tutte le strutture operative del DSM
- Sostenere e promuovere l'**attività del gruppo permanente per la Salute Mentale dei Comitati Consultivi Misti**
- Implementare la sperimentazione scaturita al **tavolo Amministrazione prov.le per affido – abusi – adozione**
- Sostenere e implementare **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 Servizio Mentale Riabilitazione Infanzia e Adolescenza e i Servizi Sociali distrettuali
- Sviluppare e potenziare gli interventi in tema di coordinamento e omogeneizzazione dei **comportamenti clinici**, anche tramite la predisposizione di **procedure integrate:**
  1. attivazione di **percorsi di continuità ospedale/territorio** per l'autismo, gli aspetti cognitivo-linguistici, le patologie psichiatriche e i ricoveri in emergenza-urgenza in età adolescenziale (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e Servizio Psichiatrico Orientamento Diagnostico);
  2. costruzione di un **protocollo** di rivalutazione e cura integrato **delle cefalee nell'infanzia e nell'adolescenza;**
- sperimentazione e implementazione dei protocolli terapeutici per i **DSA, DDAI, PCI** e linee guide diagnostiche per **disturbi psichiatrici** in infanzia e adolescenza.
- Sviluppare l'interconnessione tra i **Nuclei delle Cure Primarie e Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza** per le **patologie oncologiche e celiache**
- Mantenere e potenziare la **distribuzione diretta dei farmaci** nelle attività specialistiche ambulatoriali e di Day Hospital
- Migliorare i protocolli e le istruzioni operative che regolano i **rapporti in rete tra tutte le strutture che dispongono di posti letto psichiatrici, all'interno e all'esterno del DSM.**

### Azioni specifiche per il distretto Ovest

**Nel DSM:** monitoraggio quali-quantitativo dell'attività e dei ricoveri psichiatrici **nel Centro Salute Mentale** del Distretto Ovest, finalizzato all'elaborazione di una proposta per l'individuazione di una nuova sede.

### Salute Mentale e Cure Primarie:

- 1) ulteriore sviluppo del **programma regionale "Leggieri"**, finalizzato alla realizzazione di un percorso di cura condivisi con i medici di medicina generale e rivolti a pazienti di età adulta, affetti da disturbi psichiatrici o da disagi psicologici clinicamente rilevanti;
- 2) integrazione con i pediatri di libera scelta, tramite incontri concordati per la discussione di casi clinici comuni di particolare interesse e complessità;
- 3) integrazione con **Lungodegenza Post Acuzie di Bondeno:** sviluppo operativo del protocollo **LPARE/DSM;**
- 4) verifica dell'applicazione del **protocollo Sert.T. DSM**, tramite attivazione di audit clinici con gli operatori dei due servizi;
- 5) attivazione del **programma di psiconcologia** presso i presidi ospedalieri e territoriali del Distretto Ovest.

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

- Sperimentazione dell'Agenda 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.

### 3.5 L'Assistenza Ospedaliera

#### 3.5.1 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 e Moduli Operativi Operative 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 **Dipartimento 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 state 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 persegue una politica di integrazione con le 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 delle 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 un'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 all'emergenza-urgenza, nella nostra provincia, rispetto a 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 raggruppamento 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 mirati alla stabilizzazione del paziente e trasporto ad altra struttura ospedaliera in grado di fornire prestazioni specialistiche sotto il coordinamento della Centrale Operativa dell'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 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, con una viabilità non sempre adeguata. La distribuzione dei mezzi di soccorso nella Provincia di Ferrara è rappresentata nella Figura 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 la 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: formulare una diagnosi corretta e tempestiva, trattare in modo adeguato con monitoraggio degli effetti avversi, prevenire il contagio e sorvegliare i 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 aggregate 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.

### 3.5.2 Distretto Ovest

#### Localizzazione Territoriale

Nel Distretto

#### Localizzazione Territoriale

Nel Distretto Ovest sono attivi due stabilimenti ospedalieri, il “SS Annunziata” di Cento e il “F.lli Borselli” di Bondeno, per un numero complessivo di 235 posti letto, di cui 201 ordinari e 33 di Day-Hospital e Day-Surgery, così distribuiti nelle due sedi e per specialità:

OSPEDALE DI CENTO			
Unità Operative Ospedale di Cento:	Posti letto ordinari	Posti letto Day Hospital	Posti letto Totali
CHIRURGIA	23	1	<b>24</b>
DEA (Degenza Elevata Assistenza)	4	-	<b>4</b>
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	28	1	<b>29</b>
OSTETRICA E GINECOLOGIA	19	2	<b>21</b>
MEDICINA	59	5	<b>64</b>
UROLOGIA	13	1	<b>14</b>
PEDIATRIA	-	2	<b>2</b>
CARDIOLOGIA	11	1	<b>12</b>
RIABILITAZIONE	-	-	-
UTIC	4	-	<b>4</b>
<b>TOTALE</b>	<b>161</b>	<b>13</b>	<b>174</b>

OSPEDALE DI BONDENO			
Unità Operative Ospedale di Bondeno:	Posti letto ordinari	Posti letto Day Hospital	Posti letto Totali
MEDICINA	-	5	<b>5</b>
LUNGODEGENZA	34	-	<b>34</b>
Day Hospital RIABILITAZIONE	-	6	<b>6</b>
GERIATRIA	6	-	<b>6</b>
PEDIATRIA	-	2	<b>2</b>
D.H. POLISPECIALISTICO	-	8	<b>8</b>
<b>TOTALE</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>61</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 Ovest e i dati relativi all'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture di ricovero.

Vengono qui presentati i dati relativi ai primi 20 DRG<sup>1</sup> prodotti in regime di ricovero ordinario e ai primi 10 DRG prodotti in regime di Day Hospital e Day Surgery da tutte le Unità Operative presenti rispettivamente negli Ospedali di Cento e Bondeno.

<sup>1</sup>DRG, in italiano ROD: Raggruppamenti omogenei di diagnosi. È un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali, che attualmente viene utilizzato anche in Italia come base per il finanziamento delle Aziende Ospedaliere. Tale sistema si basa su alcune informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

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

DRG	Descrizione DRG	DIMESSI		
		residenti	Mobilità Attiva	Totale
391	Neonato normale	362	277	639
373	M - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	239	198	437
127	M - Insufficienza cardiaca e shock	284	83	367
209	C - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	136	98	234
139	M - Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC	127	44	171
359	C - Interventi su utero e annessi non per neopl.maligne, senza CC	80	45	125
88	M - Malattia polmonare cronica ostruttiva	88	23	111
371	C - Parto cesareo senza CC	69	37	106
116	C - Impianto di pacemaker cardiaco perm.con altre patologie	79	21	100
311	C - Interventi per via transuretrale, senza CC	81	19	100
231	C-Esciss. locale rimoz.mezzi fis.intramidollare no anca e femore	79	20	99
324	M - Calcolosi urinaria, senza CC	68	24	92
15	M - Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	57	31	88
183	M-Esofag.,gastroen,miscel.malattie app.digerente età >17 no CC	59	27	86
323	M - Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	60	21	81
494	C- Colectomia laparosc.senza esploraz. dotto bil. no CC	51	28	79
122	M-Malattie cardiovascolari con IMA no compl.cardiovasc.vivi	63	15	78
379	M - Minaccia di aborto	45	31	76
14	M - Malattie cerebrovasc. specifiche no TIA	52	22	74
140	M - Angina pectoris	57	9	66
395	M - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	45	21	66

<b>Anno 2005</b>				
<b>Primi 10 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Cento</b>				
<b>Day Hospital</b>				
DRG	Descrizione DRG	DIMESSI		
		residenti	Mobilità Attiva	Totale
364	C-Dilataz.e raschiamento, conizzazione no neoplasie mal.	170	90	260
410	M-Chemiot. non associata a diagn. second.di leucemia acuta	128	39	167
384	M-Altre diagnosi parto no complicazioni mediche	69	70	139
162	C-Interventi per ernia inguinale e femorale > 17 no CC	86	34	120
503*	C - Int. sul ginocchio no diag. Princ.di infez.	58	35	93
360	C - Interventi su vagina, cervice e vulva	53	23	76
359	C - Int. su utero e annessi non per neopl. maligne, no CC	40	30	70
381	C - Aborto con dilataz .e raschiam., mediante aspiraz.o isterot.	41	27	68
158	C - Interventi su ano e stoma, senza CC	33	29	62
229	C - Int. su mano o polso no int. maggiori su articolaz., no CC	42	15	57

DRG 503 sostituisce DRG 222

Anno 2005				
Primi 20 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Bondeno				
Ricoveri Ordinari				
DRG	Descrizione DRG	DIMESSI		
		residenti	Mobilità Attiva	Totale
127	M - Insufficienza cardiaca e shock	40	1	41
209	C - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	18	1	19
12	M - Malattie degenerative del sistema nervoso	13	1	14
429	M - Disturbi organici e ritardo mentale	13		13
14	M - Malattie cerebrovas. specifiche eccetto TIA	9	2	11
395	M - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	11		11
15	M - Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	9	1	10
210	C - Int. anca e femore, no articol. maggiori, aa > 17 con CC	10		10
82	M - Neoplasie dell'apparato respiratorio	9		9
89	M - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	7	1	8
467	M - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	8		8
88	M - Malattia polmonare cronica ostruttiva	7		7
90	M - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	6	1	7
203	M - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	6	1	7
217	C - Sbrigl. Fer. e trap. cute no mano, per M. del sist. musc/schel e T	7		7
249	M - Ass riab per M del sistema muscolo-scheletrico e del Tes. Con.	7		7
403	M - Linfoma e leucemia non acuta con CC	7		7
23	M - Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	6		6
87	M - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	6		6
130	M - Malattie vascolari periferiche, con CC	6		6
211	C - Int. su anca e femore, no articol. maggiori, aa > 17 no CC	6		6
463	M - Segni e sintomi con CC	6		6

## Considerazioni sui risultati 2005 e obiettivi 2006

### 1- Interventi strutturali e riorganizzativi avvenuti nel 2005

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

- l'aggiornamento tecnologico della TAC realizzazione, che ha dotato l'Ospedale di Cento di una fondamentale, ulteriore risorsa tecnologica, che determinerà un evidente miglioramento dell'offerta radiologica in termini qualitativi e di sofisticazione dei percorsi diagnostici.

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

- l'attivazione di percorsi facilitati per diversi tipi di patologie;
- l'attivazione del percorso di trattamento ambulatoriale della fibrillazione atriale;
- l'attivazione del percorso "angioplastica primaria" per casi selezionati di infarto miocardio.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Bondeno, gli interventi strutturali e i miglioramenti funzionali sono stati:

- la ristrutturazione degli ambulatori;
- vari interventi di messa a norma della struttura.

### 2- Interventi previsti nel 2006

Per l'Ospedale di Cento sono stati previsti nel 2006 interventi strutturali tesi al miglioramento del comfort di alcuni servizi esistenti e la predisposizione di nuove attività. Essi riguardano:

- l'attivazione della nuova camera mortuaria e del nucleo servizi;
- l'avanzamento della progettazione dello schema direttore complessivo dell'Ospedale;
- la ristrutturazione dei servizi del reparto di Urologia;

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

- la riorganizzazione dell'attività chirurgica complessiva, con l'informatizzazione del blocco operatorio;
- il miglioramento organizzativo tra Pronto Soccorso e Ortopedia, con l'applicazione di linee guida condivise, per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e i percorsi diagnostici;
- il miglioramento organizzativo tra Pronto Soccorso e Radiologia, per evitare secondi accessi impropri al Pronto Soccorso e ridurre i tempi di fruizione delle prestazioni diagnostiche da parte degli utenti;
- l'implementazione del percorso di angioplastica primaria, che consentirà l'intervento immediato a domicilio del paziente o già in ambulanza per i casi di infarto miocardico;
- l'apertura di un servizio ambulatoriale chirurgico nel comune di Poggiorenetico;
- l'avvio dell'attività diagnostica della TAC multistrato.

Presso l'Ospedale di Bondeno è previsto:  
 il completamento della ristrutturazione degli ambulatori per l'attività intra-moenia;  
 la centralizzazione della preparazione dei farmaci antiblastici;  
 l'inizio dei lavori per la realizzazione della nuova camera mortuaria.

**Obiettivi programmazione 2006 del Presidio Unico Ospedaliero (PUO)  
 di interesse aziendale**

	<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 PUO di interesse distrettuale - Distretto Ovest

	Titolo dell'Obiettivo	Strutture coinvolte
1	Riorganizzazione del piano del buon uso del sangue e del plasma	Dipartimento Emergenza
2	Collaborazione per la costruzione di un percorso ambulatoriale per la gestione dei pazienti con scompenso	Dipartimento di Medicina
3	Miglioramento tempi di attesa: <= 30 giorni per gli esami strumentali cardiologici	Dipartimento di Medicina Dipartimento Cure Primarie
4	Riduzione delle presentazioni erogate in regime di DH favorendo l'utilizzo di PAC	Dipartimento Chirurgico Dipartimento Cure primarie
5	Estensione ad almeno 2 nuclei di cure primarie del Distretto di Cento del livello di assistenza ai pazienti in TAO del modello attualmente applicato ad Argenta e al Delta, con trasmissione telematica dei risultati	Dipartimento di Laboratorio Analisi
6	Appropriato uso dei DH; assenza di ricoveri in DH a parte DRG oncologici Protocollo Osservazione breve funzionale	Dipartimento di Medicina
7	Riorganizzazione dei percorsi diabetologici secondo progetto SOLE. Attivazione formale del Day Service per pazienti in fase diagnostica; Completamento dell'attivazione formale dei PAC e dei PAF per pazienti cronici	Dipartimento di Medicina Dipartimento Cure Primarie
8	Controllo complicanze ed eventi avversi durante il ricovero	Dipartimento di Medicina
9	Applicazione di un percorso condiviso per la dimissione di pazienti in nutrizione artificiale	Dipartimento di Medicina
10	Trasformazione DRG a bassa complessità da DH a percorso ambulatoriale complesso	Dipartimento di Chirurgia
11	PAC per la valutazione della gravidanza con patologia: ipertensione, diabete gestazionale, epatopatia, distiroidismi.	Dipartimento Materno Infantile
12	Isteroscopia diagnostiche da ricovero in D.H. a regime ambulatoriale, con attivazione del relativo PAC	Dipartimento Materno Infantile
13	Analisi appropriatezza delle indagini Tc della colonna cervicale e lombare e articolari eseguite nel 2005. Condivisione con i referenti NCP, Div. ortopedica, Neurologia e PS di LG per il ricorso efficace e appropriato a tale tipo di indagini	Dipartimento Diagnostica per Immagini Dipartimento Cure Primarie
14	Definizione e formalizzazione dei protocolli di effettuazione delle indagini RM della mammella e delle modalità di accesso a tale tipo di prestazione; avvio dell'attività clinica	Dipartimento Diagnostica per Immagini
15	Definizione e formalizzazione dei protocolli di effettuazione delle indagini angio-TC di diversi distretti corporei e delle modalità di accesso a tale tipo di prestazione; avvio dell'attività clinica	Dipartimento Diagnostica per Immagini
16	Individuazione di un gruppo di medici di medicina generale con i quali concordare un percorso strutturato di prenotazione informatica diretta di prestazioni di diagnostica per immagini e invio telematico del relativo referto	Dipartimento Diagnostica per Immagini Dipartimento Cure Primarie

## Obiettivi della programmazione 2007 del Presidio Unico Ospedaliero di interesse aziendale e distrettuale

	Titolo dell'obiettivo	Strutture coinvolte
1	Partecipazione ai progetti di identificazione e successiva valutazione dell'innovazione clinica e organizzativa in corso di realizzazione in ambito cardiovascolare, oncologico, sulla prevenzione monitoraggio e controllo delle infezioni	Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Materno Infantile
2	Monitorare l'applicazione delle linee guida (rispetto degli indicatori) relativamente a Ecodoppler TSA e arti inferiori, TAO, PET in oncologia. MOC, Laboratorio Analisi, Lombalgia (TAC e RMN)	Dipartimento Diagnostica per Immagini Dipartimento di Laboratorio
3	Azioni per la riduzione del tasso di ospedalizzazione	Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Emergenza Dipartimento Materno Infantile
4	Adattamento Aziendale della Procedura regionale di gestione clinica dei farmaci	Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Emergenza Dipartimento Farmaceutico
5	Utilizzo sistematico dei servizi applicativi realizzati in SOLE da tutti gli operatori interessati Allacciamento Informatico a SOLE degli ambulatori dei medici di medicina generale Diffondere l'utilizzo del catalogo SOLE per prescrizioni degli specialisti e supportare i MMG/PLS al suo corretto impiego	Dipartimento Cure Primarie ICT Dipartimenti Ospedalieri
6	Implementare lo sviluppo e l'utilizzo della refertazione informatizzata in tutte le discipline specialistiche	Dipartimento Cure Primarie ICT Dipartimenti Ospedalieri
7	Implementare lo sviluppo della lettera di dimissione informatizzata.	Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Materno Infantile
8	Mantenimento/consolidamento dei database clinici già operativi e loro costruzione ex novo negli ambiti individuati come rilevanti, prestando attenzione ai problemi posti dall'integrazione di questi nuovi strumenti nel contesto dei sistemi informativi.	Dipartimento Cure Primarie ICT Dipartimenti Ospedalieri
9	Consolidamento del database clinico relativo alla condivisione ed applicazione di una procedura informatica per la "Gestione informatizzata delle liste di attesa, intervento chirurgico, nelle Unità Operative di Ortopedia (Ospedale di Cento, Lagosanto, Argenta)	ICT Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Emergenza
10	Gestione contratti appalto servizi: partecipazione all'istruzione del sistema di controllo e monitoraggio.	Dipartimento Economato e Provveditorato
11	Effettuare l'analisi informatica/informativa delle linee guida per la gestione integrata diabete, finalizzata allo scambio bidirezionale medici di medicina generale - CD dei dati inerenti le variabili monitorate e il referto	Dipartimento di Medicina

## Obiettivi programmazione 2007 del PUO di interesse distrettuale - Distretto Ovest

**L'Ospedale di Bondeno** sarà coinvolto in un processo di riadeguamento organizzativo e strutturale dell'offerta di servizi socio-sanitari, soprattutto nella prospettiva di programmare il ruolo dell'Ospedale "Fratelli Borselli" nella rete ospedaliera provinciale, 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, nella logica di costituire una struttura sanitaria con le caratteristiche dell'Ospedale di Comunità.

Le azioni da promuovere si possono riassumere in:

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

Il modello della chirurgia di giorno ha modificato profondamente le attività delle Unità Operative di Chirurgia generale e specialistica, e l'evoluzione delle tecniche e delle tecnologie conduce progressivamente a soluzioni chirurgiche meno invasive. La sfida, quindi, ora si è spostata dalla Chirurgia diurna alla Chirurgia ambulatoriale. Il modello di attività chirurgica ambulatoriale (della quale si evidenzia una crescente richiesta, documentata da corpose liste di attesa) consente di essere svolto in strutture che non devono rispondere a requisiti strutturali e organizzativi troppo onerosi e, quindi, insostenibili per piccole strutture sanitarie. Le collaborazioni professionali potranno essere garantite da tutte le Unità Operative complesse, sia dell'Azienda USL che dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, in relazione a logiche di razionale costruzione di percorsi e di efficiente distribuzione delle risorse. Risulta, perciò, sostenibile (sia sul piano del rischio clinico che dell'efficienza gestionale) prevedere un Servizio di chirurgia ambulatoriale di livello complesso (**Day-Service**). Si colloca in una posizione intermedia fra l'attività di Day-Surgery e l'attività ambulatoriale semplice.

### **Rimodulazione della rete di Lungodegenza**

L'evoluzione naturale dell'Unità Operativa di LPA di Bondeno orienta verso livelli di bassa complessità clinica, con una forte integrazione territoriale e con il Servizio di Riabilitazione, tale da sviluppare un'attività di Country Hospital, che coinvolge in percorsi assistenziali della cronicità il medico di medicina generale, in ambito di assistenza domiciliare, ma anche di temporaneo supporto a pazienti con plurimorbosità cronica, non altrimenti gestibile al domicilio, con opportunità di percorsi, anche in degenza, di ambito geriatrico.

La sfida di un tale modello integrato, che si propone quale risposta locale alle crescenti esigenze di perdita dell'autonomia, consiste nel mantenimento di livelli di appropriatezza, occupando lo spazio intermedio tra assistenza domiciliare e ricorrente accesso all'assistenza ospedaliera per acuti.

### **Sviluppo di una vocazione geriatria**

Nella rete ospedaliera provinciale, l'Ospedale di Comunità rappresenta il punto convergente di una serie di attività di postacuzie e di gestione territoriale dedicata alla terza età, sia in conseguenza della concentrazione su poche strutture ospedaliere specialistiche dei percorsi diagnostico-terapeutici per acuti, sia per soddisfare la necessità di offrire servizi dedicati alla fasce deboli di popolazione su sedi decentrate, al fine di facilitare l'accesso e la fruibilità.

Per tale ragione, l'Ospedale di Bondeno, mettendo a disposizione le competenze di LPA, integrate da un nucleo di otto posti letto geriatrici (trasformando i sei letti per acuti a bassa complessità), e sviluppando le attività ambulatoriali di geriatria, opportunamente affiancate da attività ambulatoriali dedicate alle demenze (ambulatorio Alzheimer), completa un percorso geriatrico a valenza sia territoriale che residenziale, con la collaborazione dei medici di medicina generale.

La garanzia della gestione di un alto profilo clinico della vocazione geriatrica dell'Ospedale di Bondeno e della sua capacità di integrarsi sempre di più con le risorse del territorio (medici di medicina generale; attività specialistica distrettuale; assistenze domiciliari) è data dalla previsione di strutturare una responsabilità medica di livello primario.

### **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.

Tale stato di fatto ha indotto la necessità di costituire sistemi di risposta alternativa, quali l'istituzione di ambulatori per codici bianchi e verdi gestiti (con area di osservazione breve) 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 Bondeno è prevedibile l'istituzione di tale livello di integrazione, utile a dare risposte qualificate e mirate, in tempi brevi, ad oltre il 90% degli attuali accessi in urgenza, e lasciando così, come già accade, la gestione di maggiore complessità al sistema dell'emergenza 118.

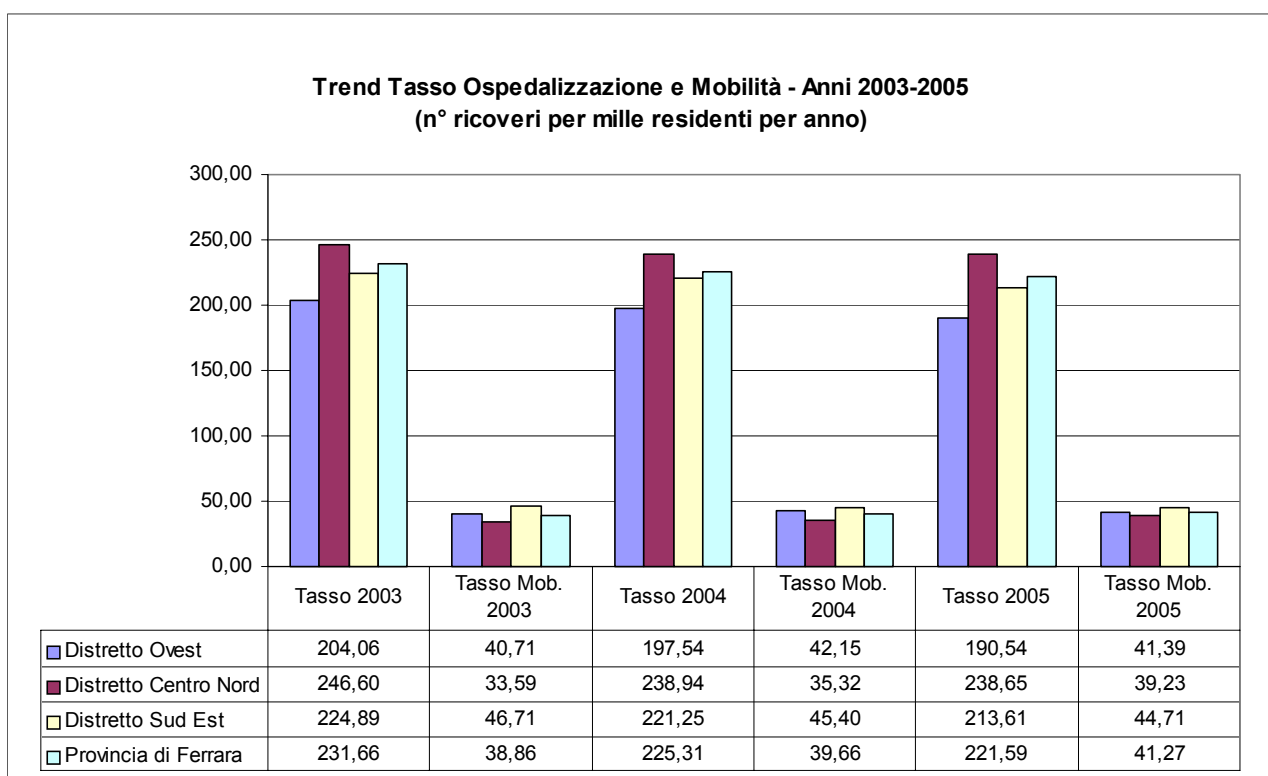
### **Ulteriore integrazione delle rete di diagnostica ambulatoriale**

La rete della diagnostica ambulatoriale necessita di una profonda revisione secondo due linee convergenti: l'utilizzo appropriato di indagini e l'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. La recente ristrutturazione del poliambulatorio di Bondeno offre opportunità di accessibilità e accoglienza qualificate che, congiuntamente alla collaborazione di professionisti di eccellenza e di accessi secondo indicazioni appropriate, può costituire un modello di servizio efficace e gradito al cittadino. Attraverso le diverse collaborazioni con Unità Operative specialistiche aziendali e interaziendali, è possibile prevedere lo sviluppo quali-quantitativo dell'offerta.

## 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.



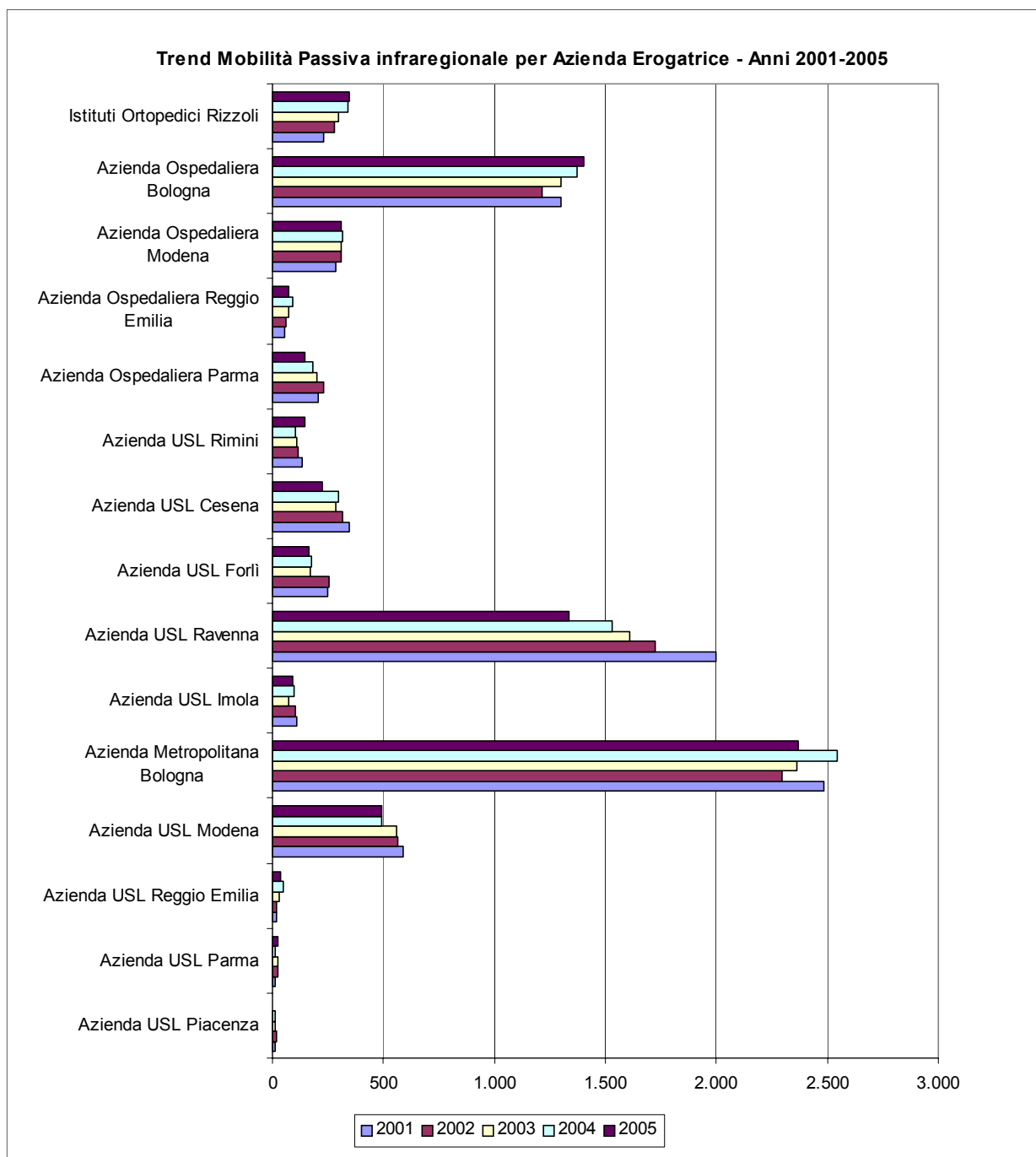
Le differenze rilevate nei consumi delle prestazioni di ricovero tra le diverse province all'interno della regione, ma anche tra i diversi Comuni malgrado la standardizzazione per età e sesso, rimangono molto significative e sembrano essere più intimamente legate a differenze comportamentali piuttosto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

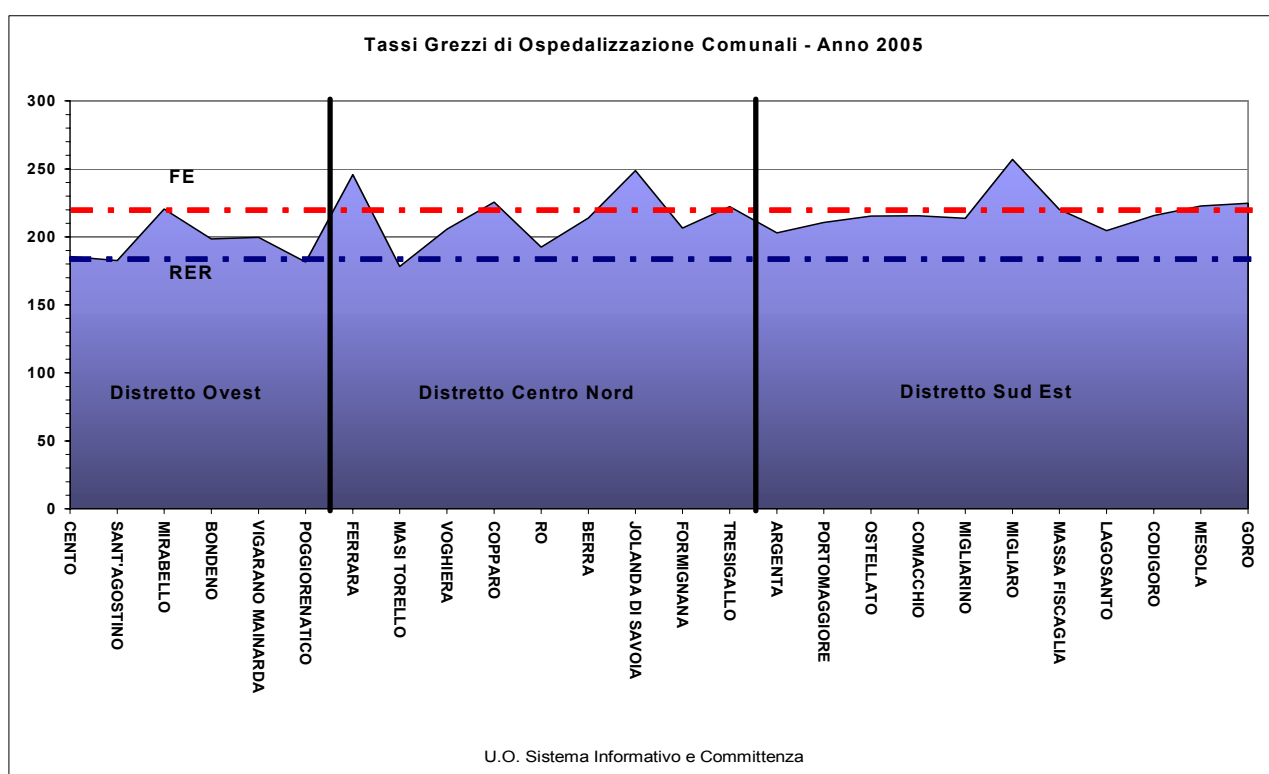
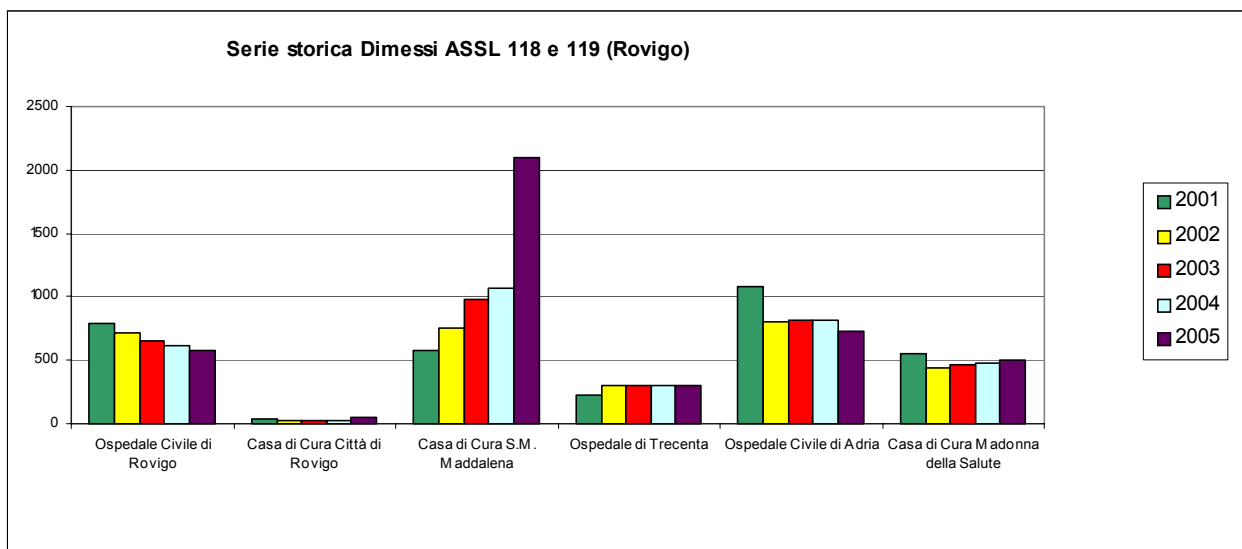
Ai fini programmatori si è utilizzato il metodo della valutazione dei consumi attraverso l'esame delle matrici di posizionamento che analizza il rapporto tra tasso di ospedalizzazione del singolo Comune del Distretto raffrontato con la mobilità sanitaria.

Una riflessione particolare merita la valutazione complessiva della mobilità sanitaria.

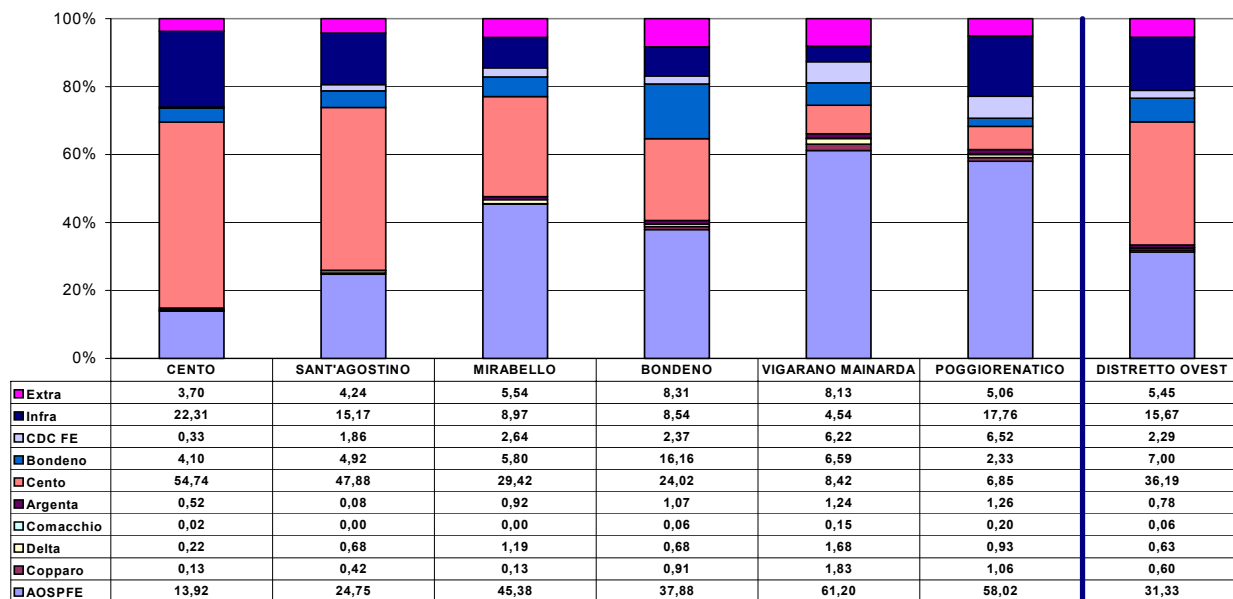
**Mobilità Sanitaria**

- 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.





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



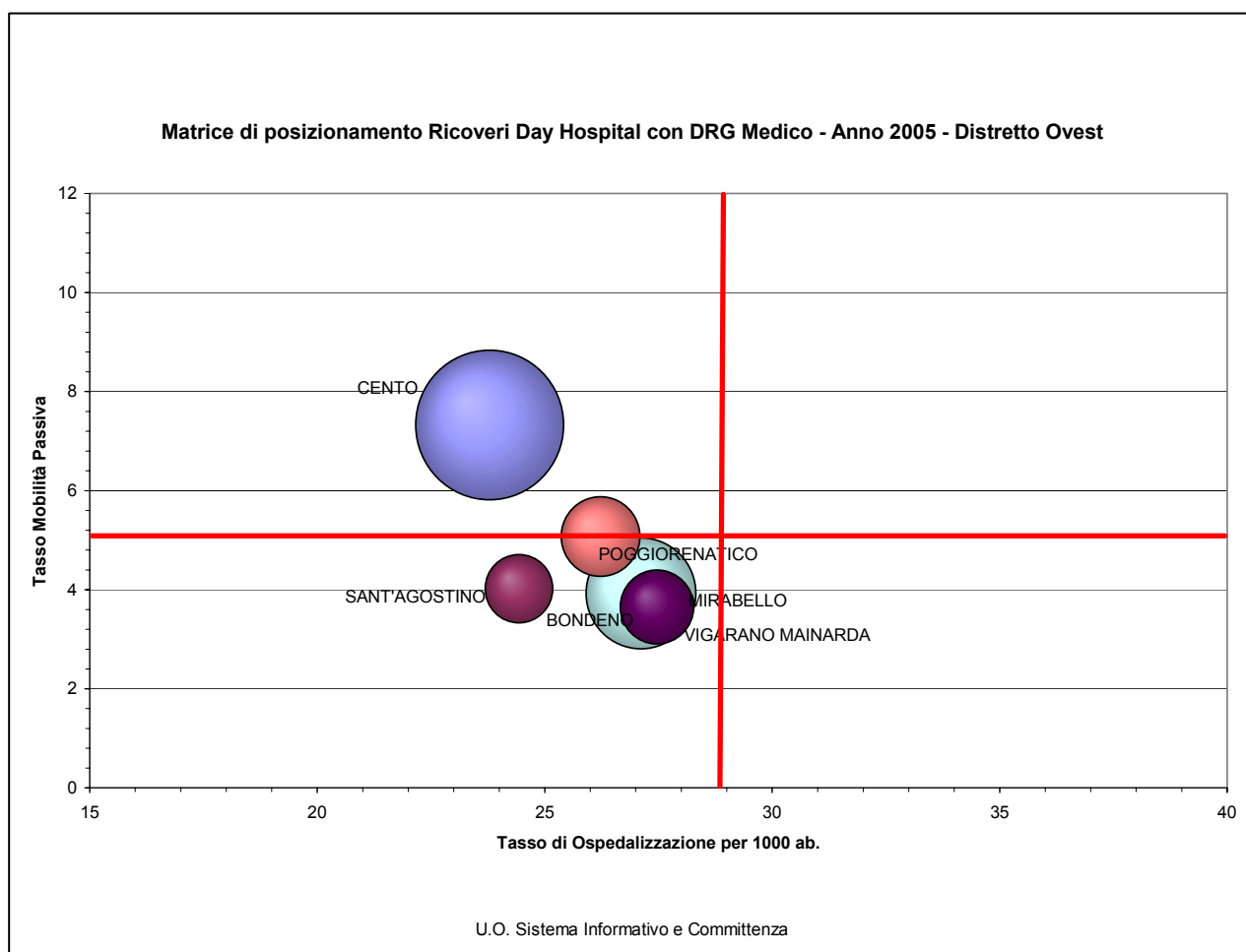
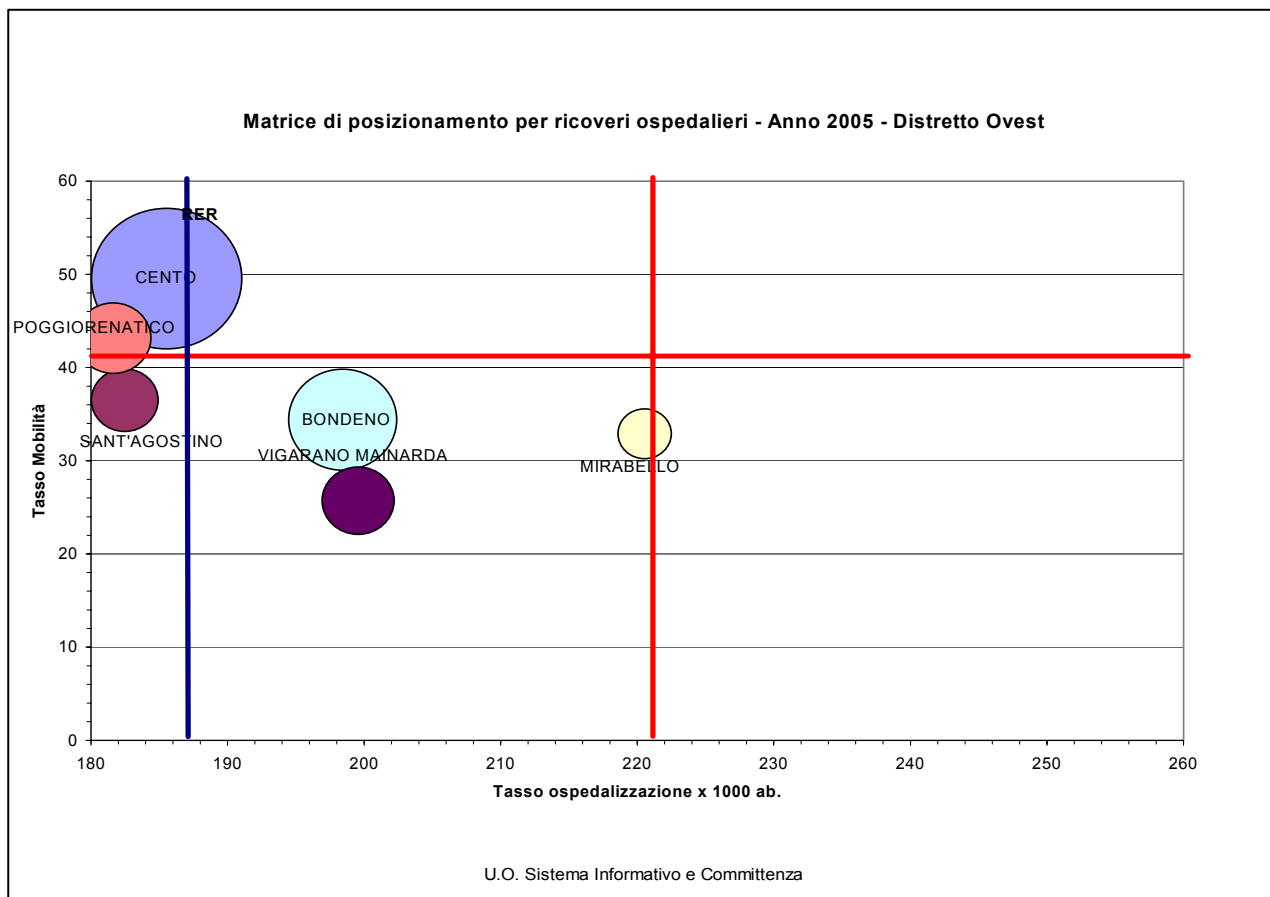
U.O. Sistema Informativo e Committenza

I tassi grezzi di ospedalizzazione della provincia di Ferrara sono molto elevati, al di sopra di 34 punti dalla media regionale (221 contro 187 ricoveri per mille abitanti).

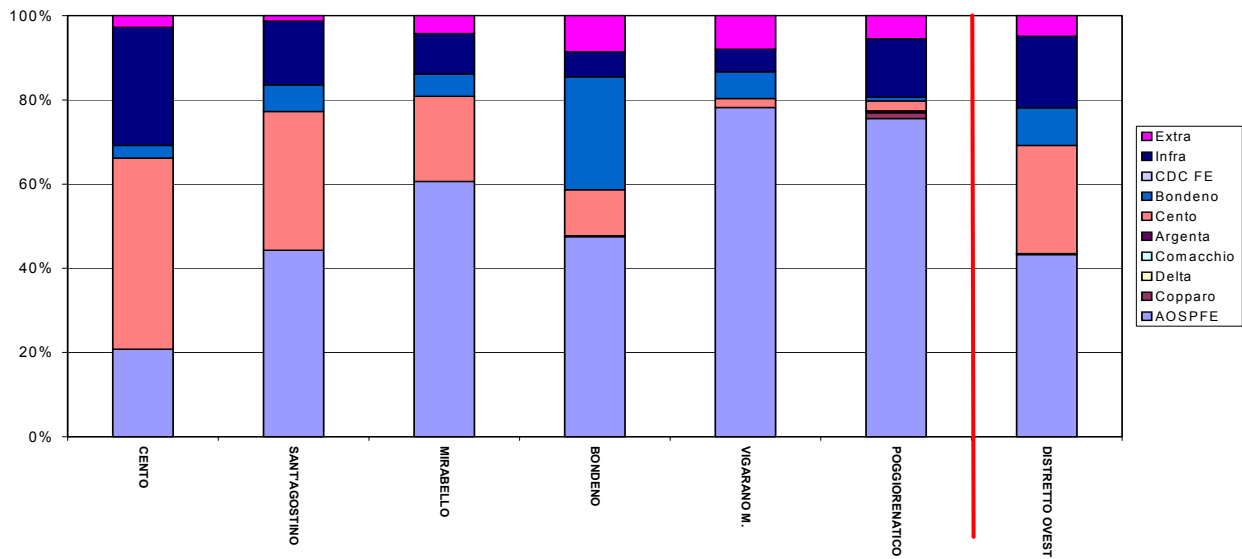
Nel Distretto Ovest, il tasso di ospedalizzazione è, nel complesso, inferiore alla media provinciale e per alcuni comuni (Cento, Sant' Agostino e Poggio Renatico) risulta attorno alla media regionale.

La popolazione del Distretto ha come riferimento le strutture ospedaliere presenti nel territorio provinciale. In particolare, i cittadini dei comuni della fascia che circonda l'Ospedale di Cento hanno come riferimento quello stesso stabilimento ospedaliero e in sottordine l'Ospedale Sant'Anna di Ferrara, mentre nei comuni più vicini al capoluogo di provincia la preferenza nei ricoveri risulta invertita.



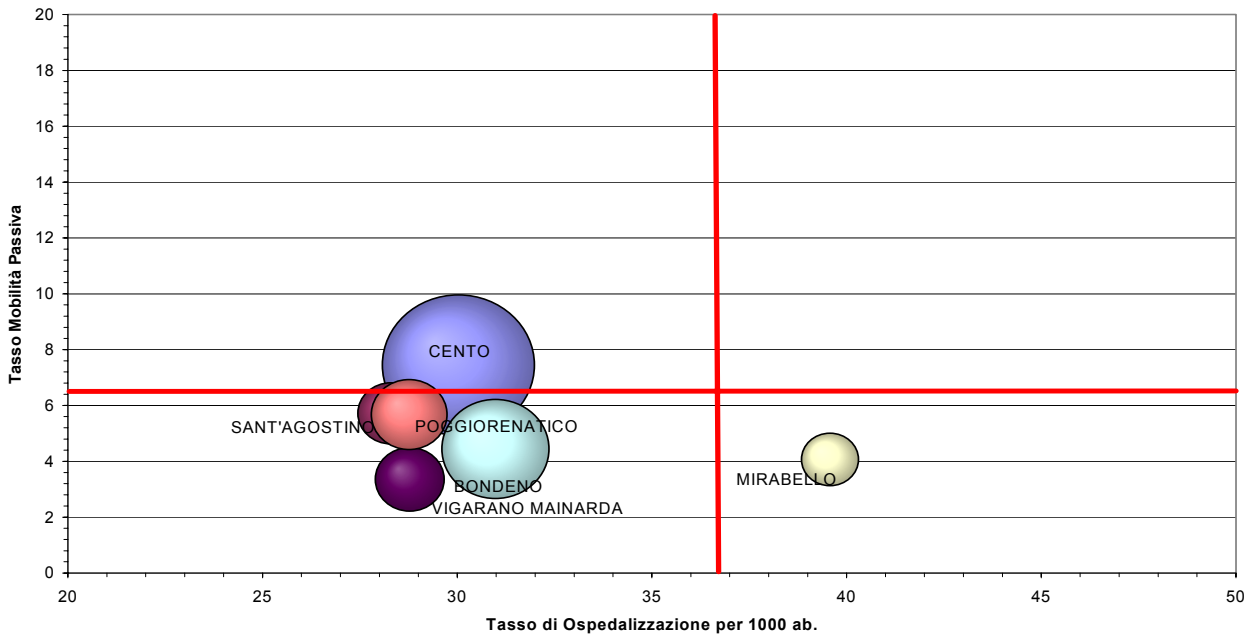


Indici di dipendenza Day Hospital con DRG Medico - Anno 2005 - Distretto Ovest



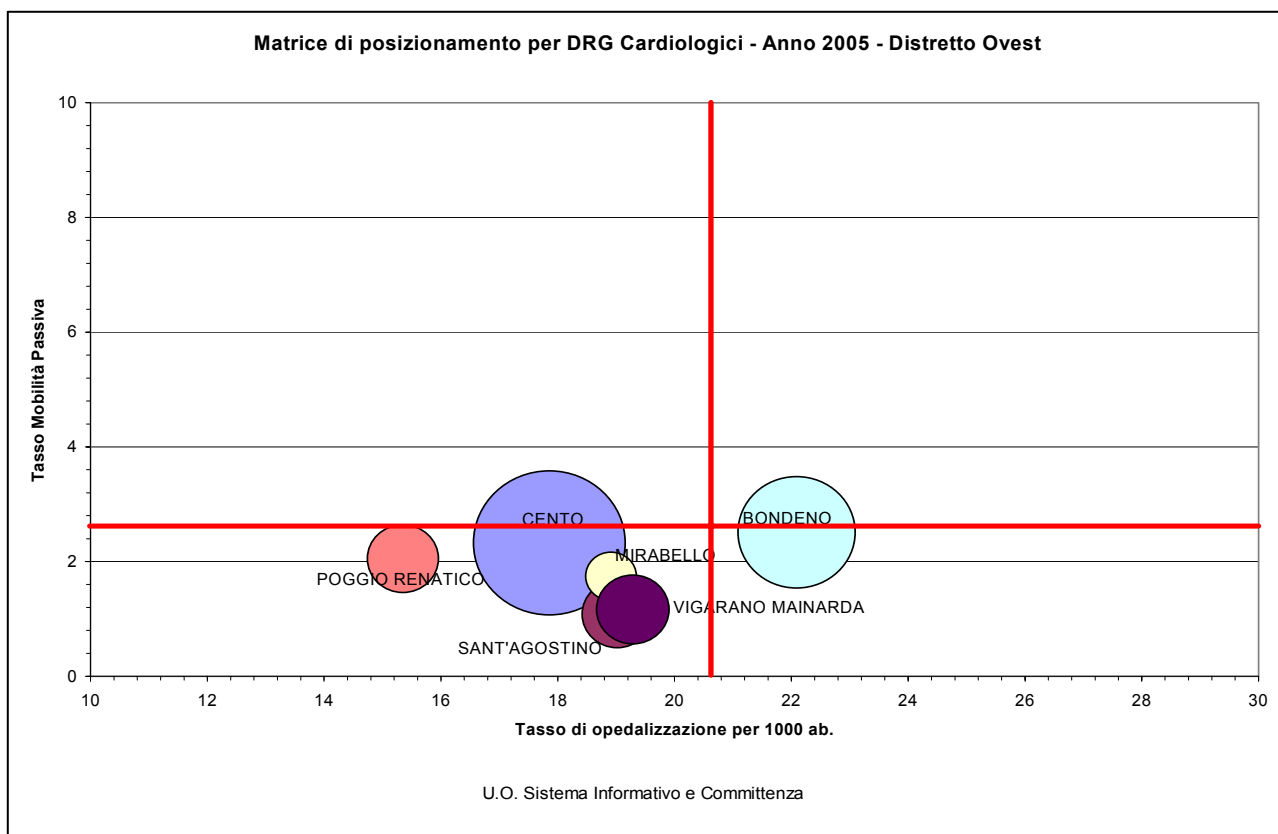
U.O. Sistema Informativo e Committenza

Matrice di posizionamento Ricoveri Day Surgery - Anno 2005 - Distretto Ovest

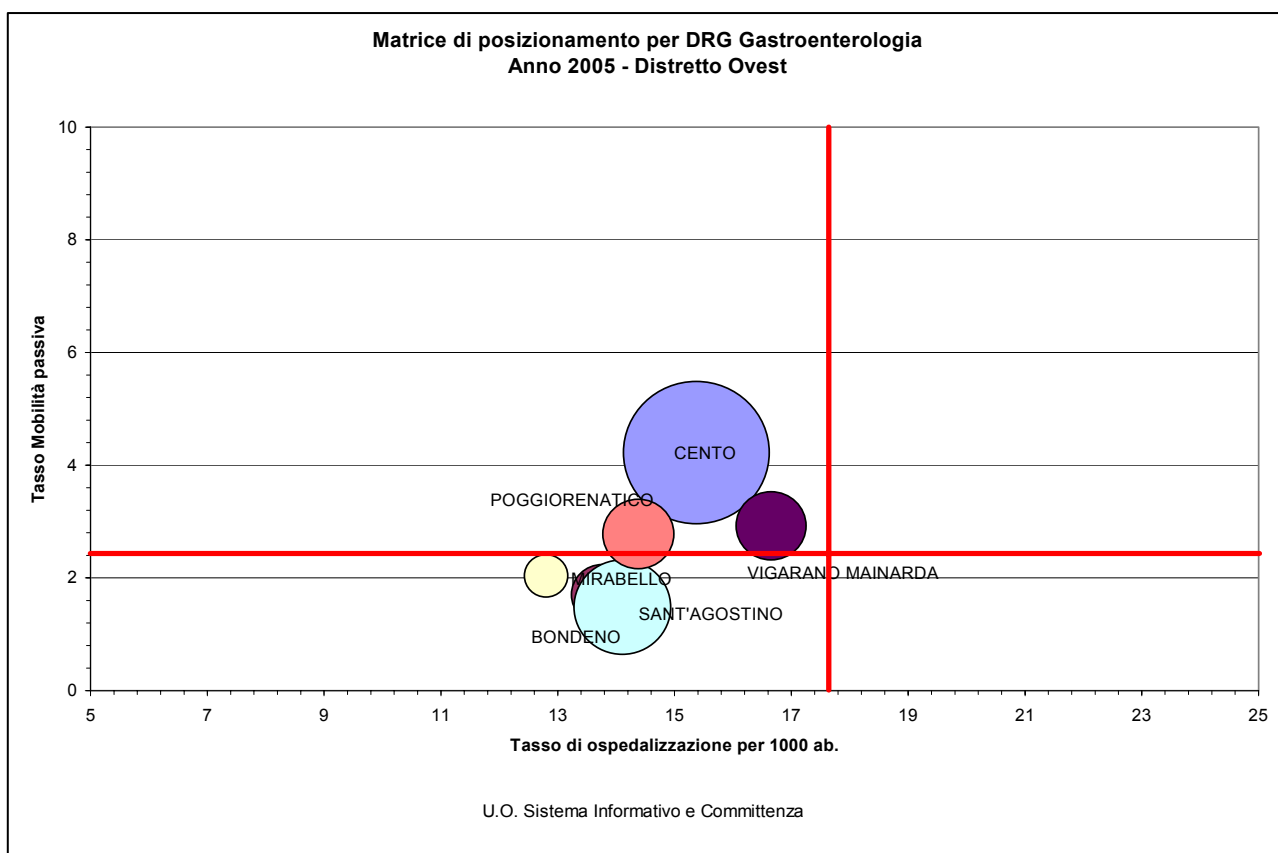


U.O. Sistema Informativo e Committenza

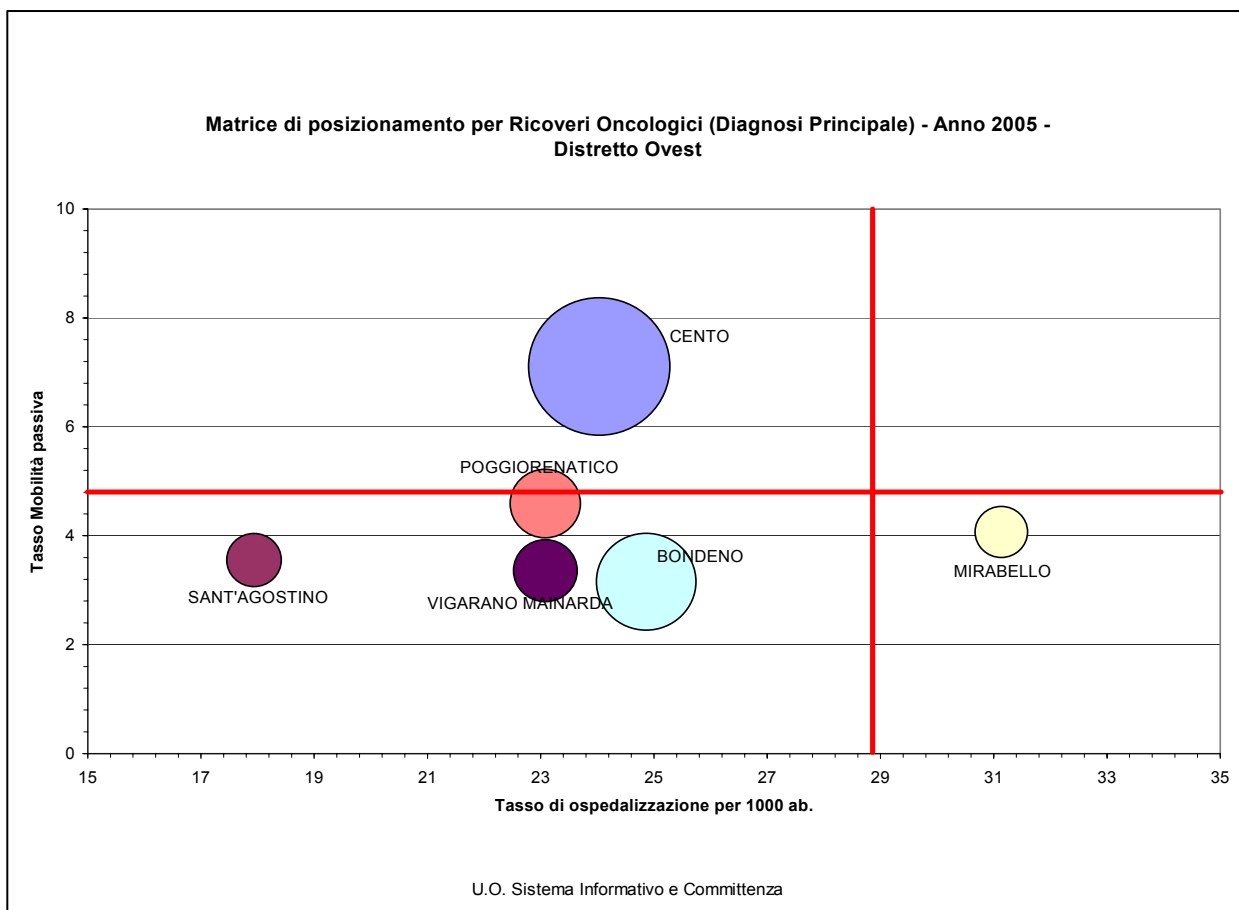
Se osserviamo le matrici di posizionamento rispetto alla mobilità passiva e al consumo di ricoveri per l'attività di ricovero generale, in Day Hospital e in Day Surgery, dei diversi comuni del Distretto, possiamo rilevare un ampio ricorso alle strutture ospedaliere della provincia, un consumo di prestazioni al di sotto della media provinciale e una bassa mobilità passiva.



In modo analogo, possiamo evidenziare le eventuali criticità presenti per patologie specifiche, quali ad esempio quelle in ambito cardiologico, per evidenziare un consumo lievemente superiore alla media provinciale per il solo comune di Bondeno e una mobilità passiva inferiore alla media per tutti i comuni.



La gastroenterologia vede un tasso di ricoveri inferiore alla media in tutti i comuni del Distretto Ovest, mentre nei comuni di Cento, Poggio Renatico e Vigarano Mainarda risulta evidente un aumentato tasso di mobilità passiva.



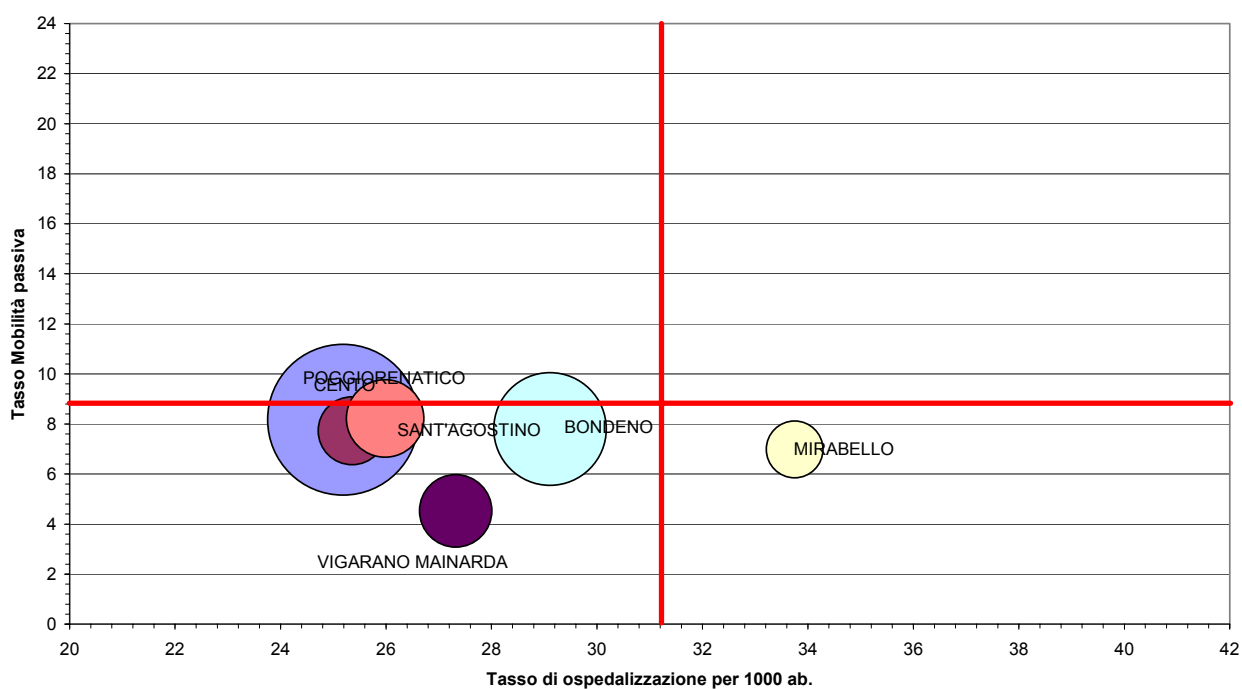
I ricoveri oncologici sono superiori alla media solamente nel comune di Mirabello, mentre il comune di Cento mostra una mobilità passiva discretamente alta.

I ricoveri ortopedici e traumatologici, se si esclude il comune di Mirabello, mostrano valori inferiori alla media sia per quantità che per mobilità passiva.

I ricoveri pneumologici, in termini quantitativi, sono ampiamente nella media provinciale; la mobilità passiva è superiore alla media nei comuni di Cento, Sant'Agostino e Poggio Renatico.

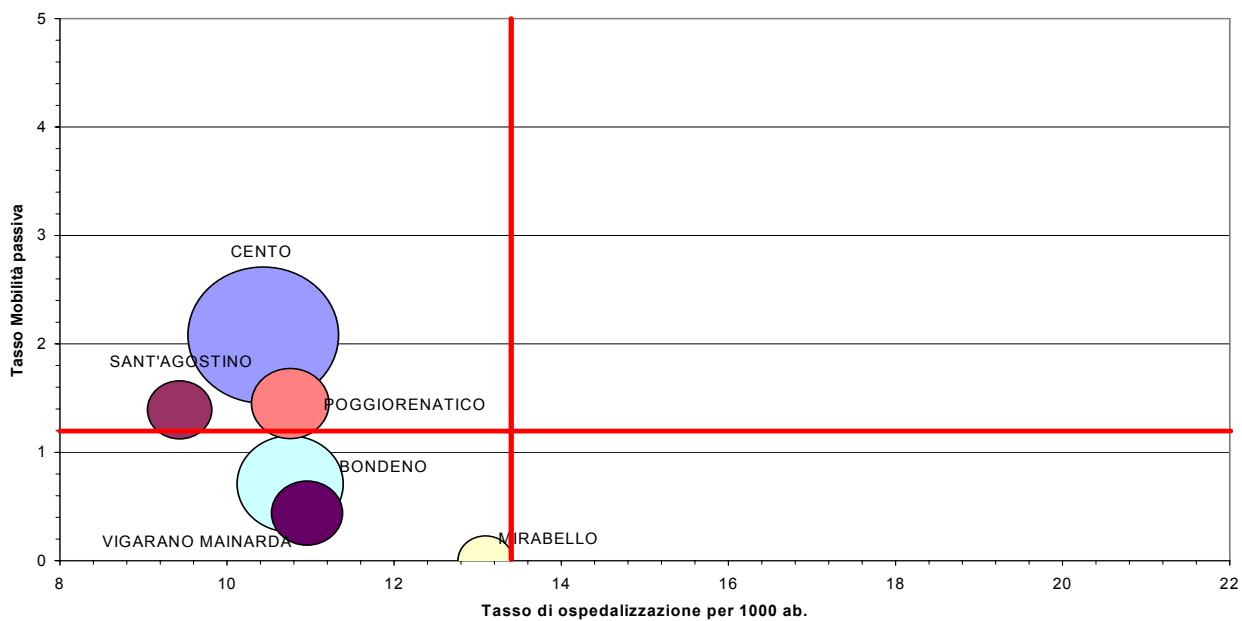
I ricoveri urologici, a parte un lieve aumento che interessa il comune di Mirabello, mostrano un andamento appropriato per tutti i restanti comuni del Distretto.

Matrice di posizionamento per DRG Ortopedici e Traumatologici - Anno 2005 - Distretto Ovest

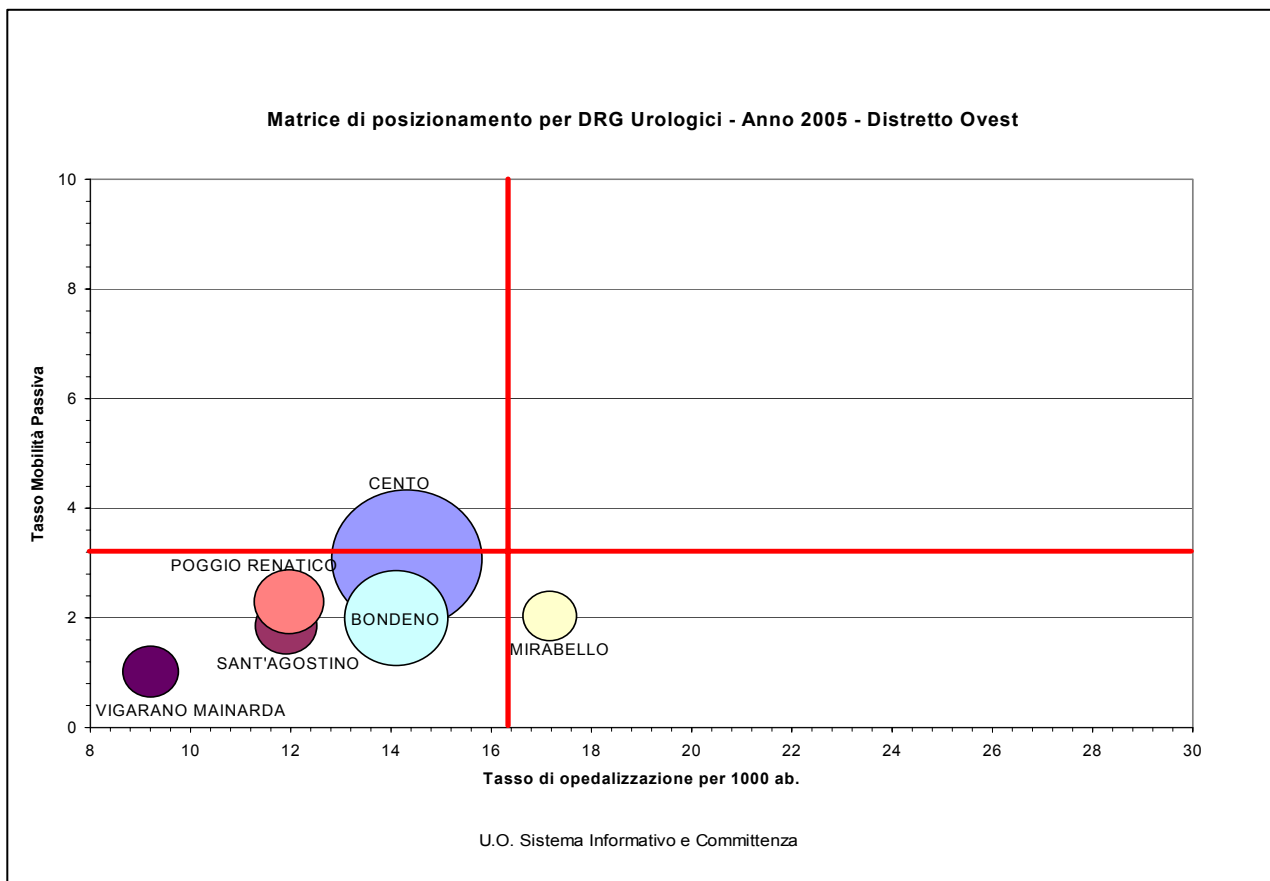


U.O. Sistema Informativo e Committenza

Matrice di posizionamento per DRG Pneumologia - Anno 2005 - Distretto Ovest



U.O. Sistema Informativo e Committenza



### SPECIALISTICA AMBULATORIALE

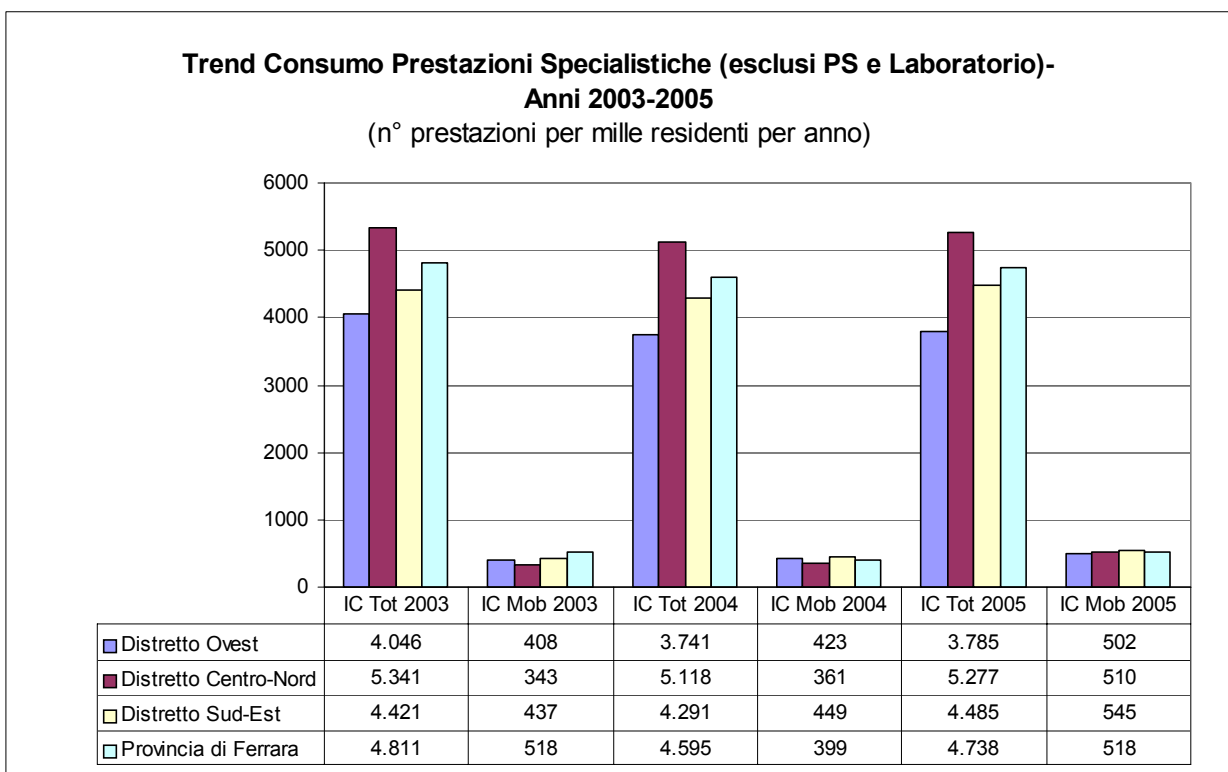
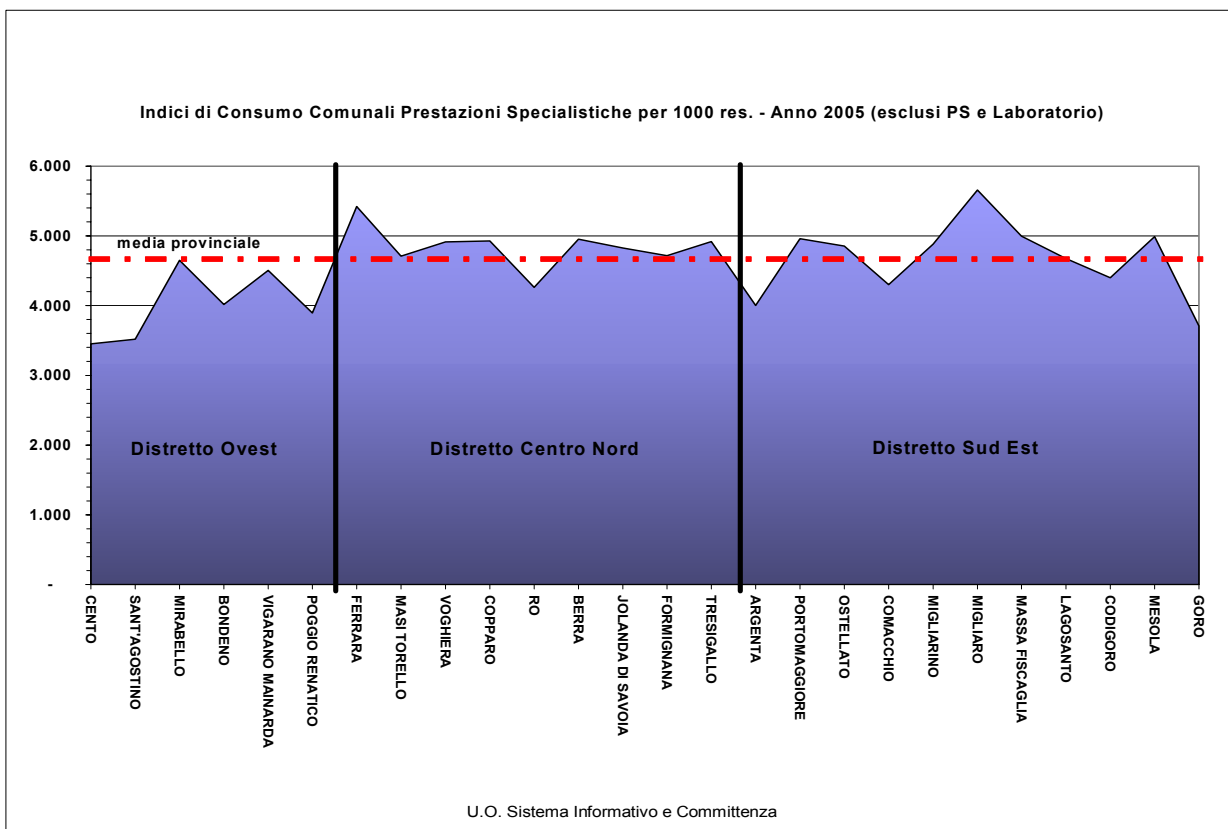
Nel corso del 2005, si è ulteriormente sviluppato, a livello regionale, il sistema informativo per la rilevazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che consente un confronto affidabile sui dati di attività della nostra Azienda con quelli regionali.

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

Tutti i comuni del Distretto Ovest presentano comunque un consumo inferiore alla media provinciale.

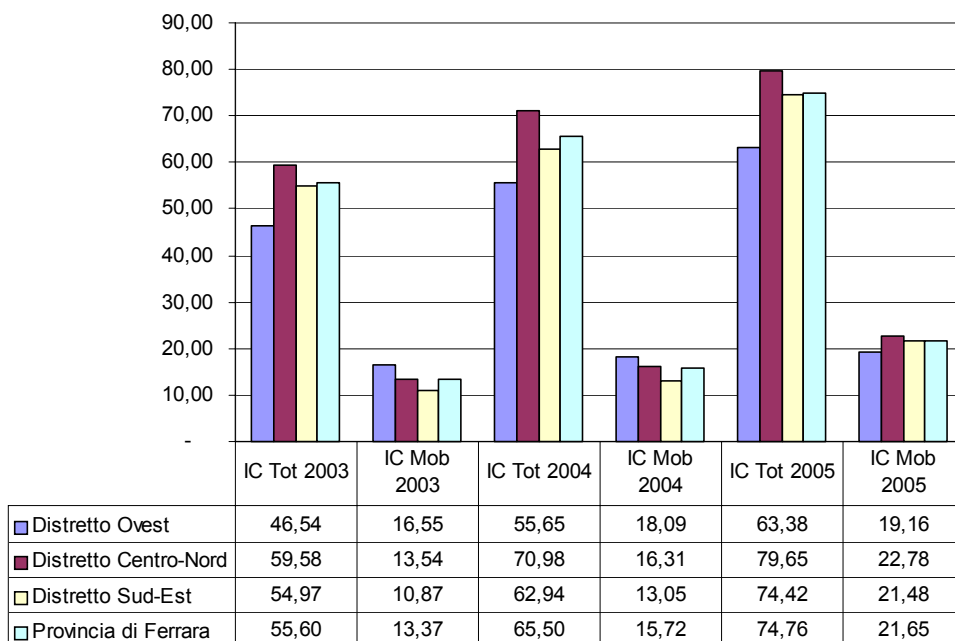
L'erogazione è garantita nei poliambulatorii ospedalieri di Cento e Bondeno e nei poliambulatori territoriali di Sant'Agostino, Poggio Renatico e Vigarano Mainarda, dove specialisti territoriali si integrano con quelli ospedalieri, per garantire un'offerta adeguata alle esigenze del territorio.

La popolazione utilizza in modo diffuso la specialistica ambulatoriale erogata nelle strutture distrettuali, con una percentuale superiore al 90%.



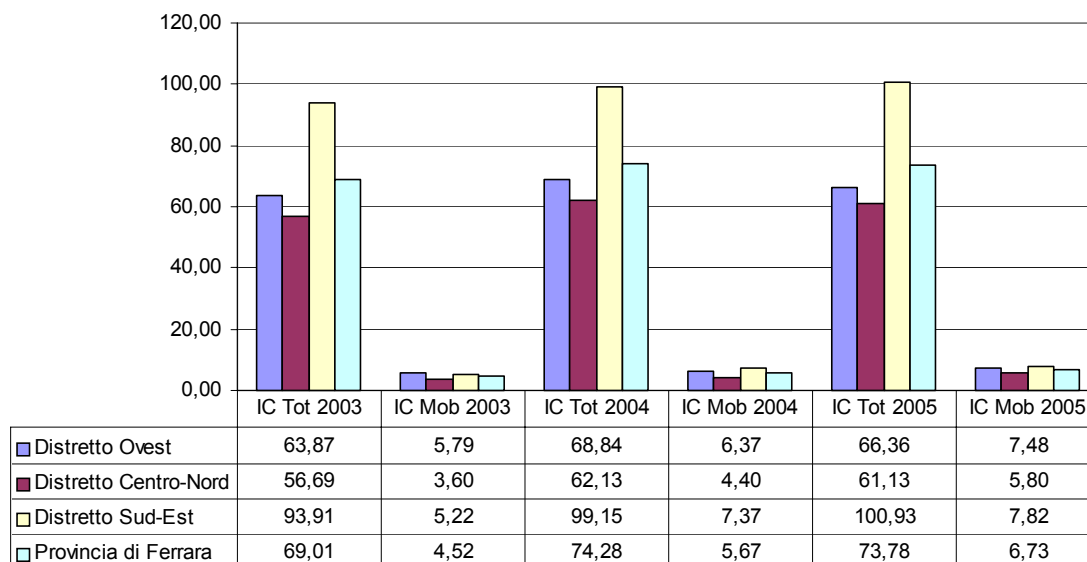
Il Distretto Ovest ha mantenuto, nel triennio 2003-2005, un trend stabile nel consumo di specialistica, inferiore lievemente alla media provinciale, con un indice di mobilità stabile.

**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.

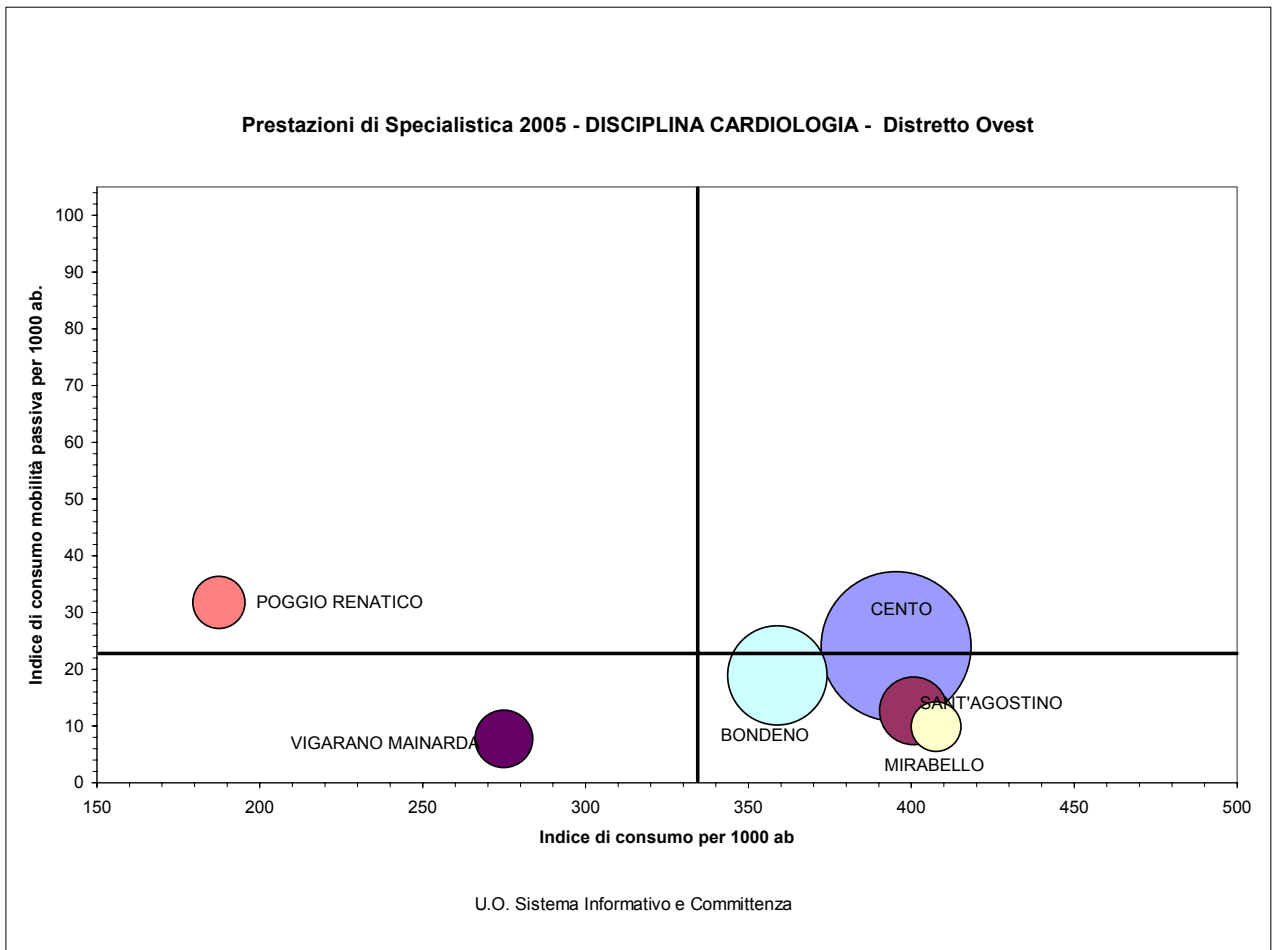
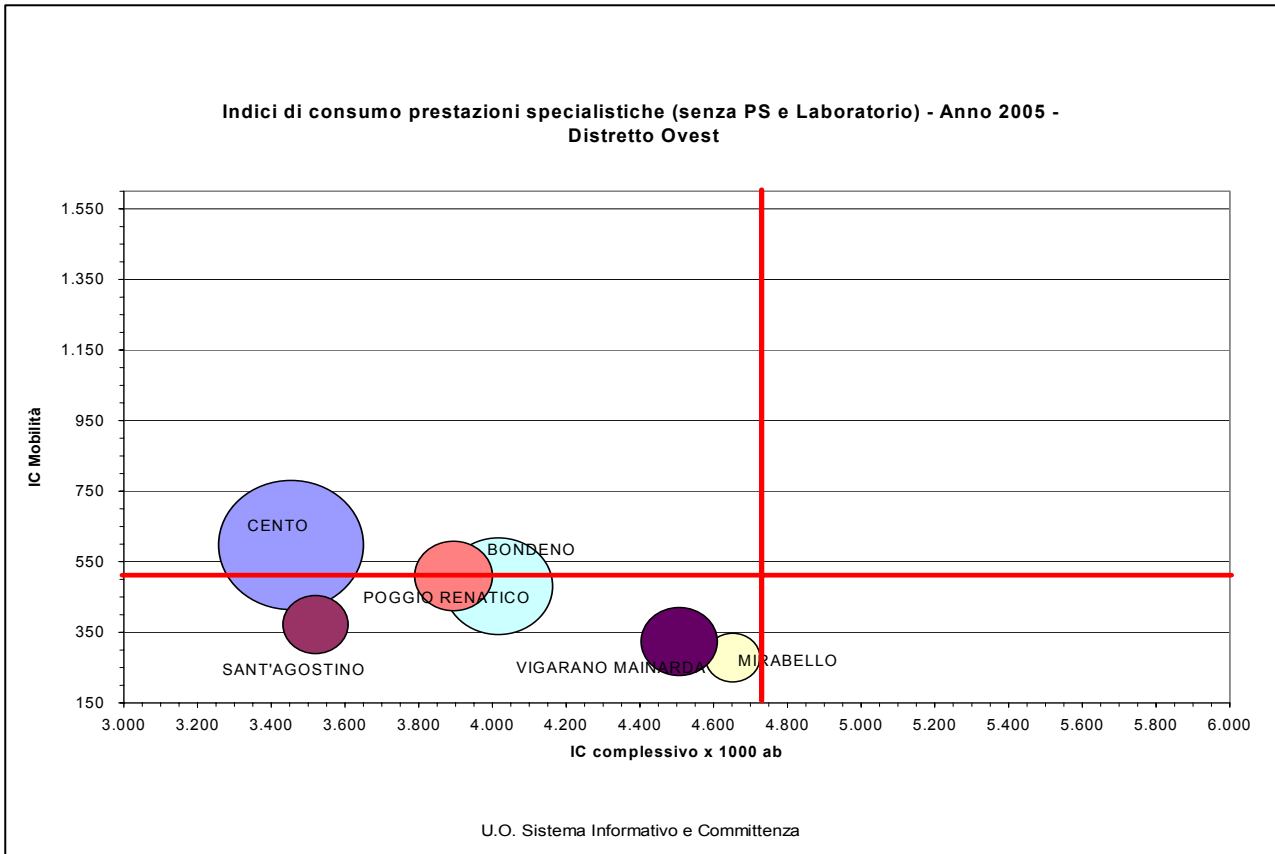
**Trend Indice Consumo e Mobilità TAC - Anni 2003-2005 -**  
(n° prestazioni per mille residenti per anno)



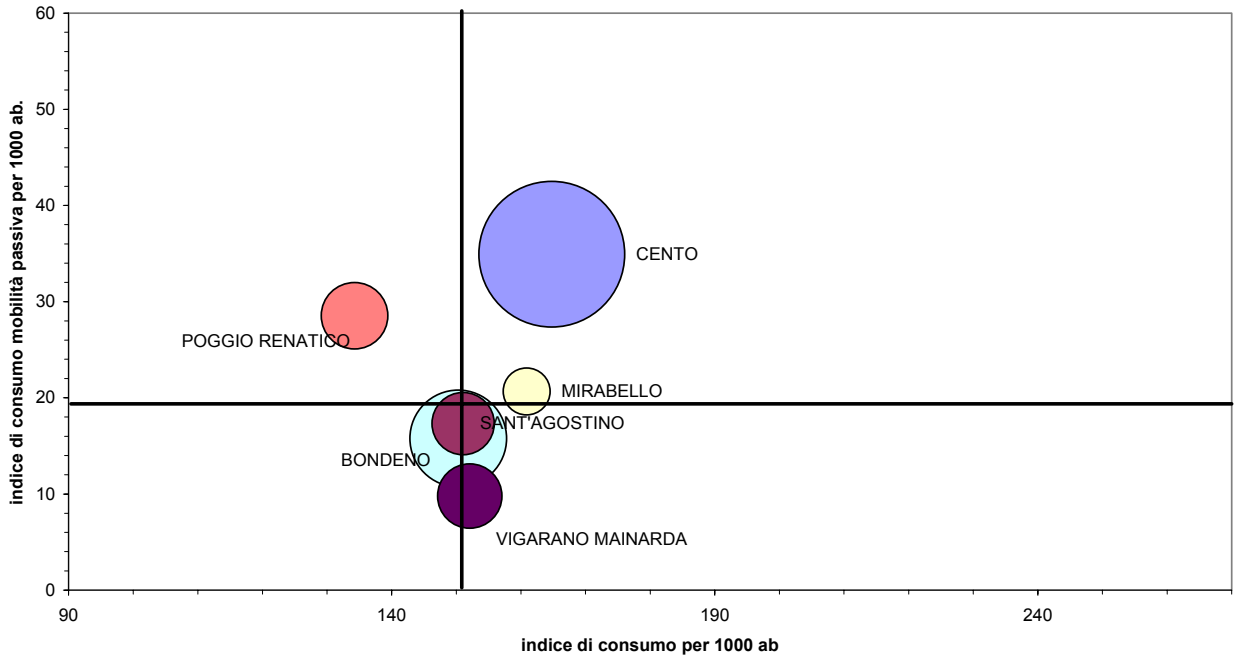
Gli esami diagnostici effettuati per mezzo della TAC, negli anni presi in esame, è stato pressoché costante e sempre inferiore alla media provinciale. Entrando nello specifico dell'Indice di Consumo Comunale, questo è elevato nel Distretto Ovest per le specialità di Cardiologia, Chirurgia e Ortopedia.



Entrando nello specifico:

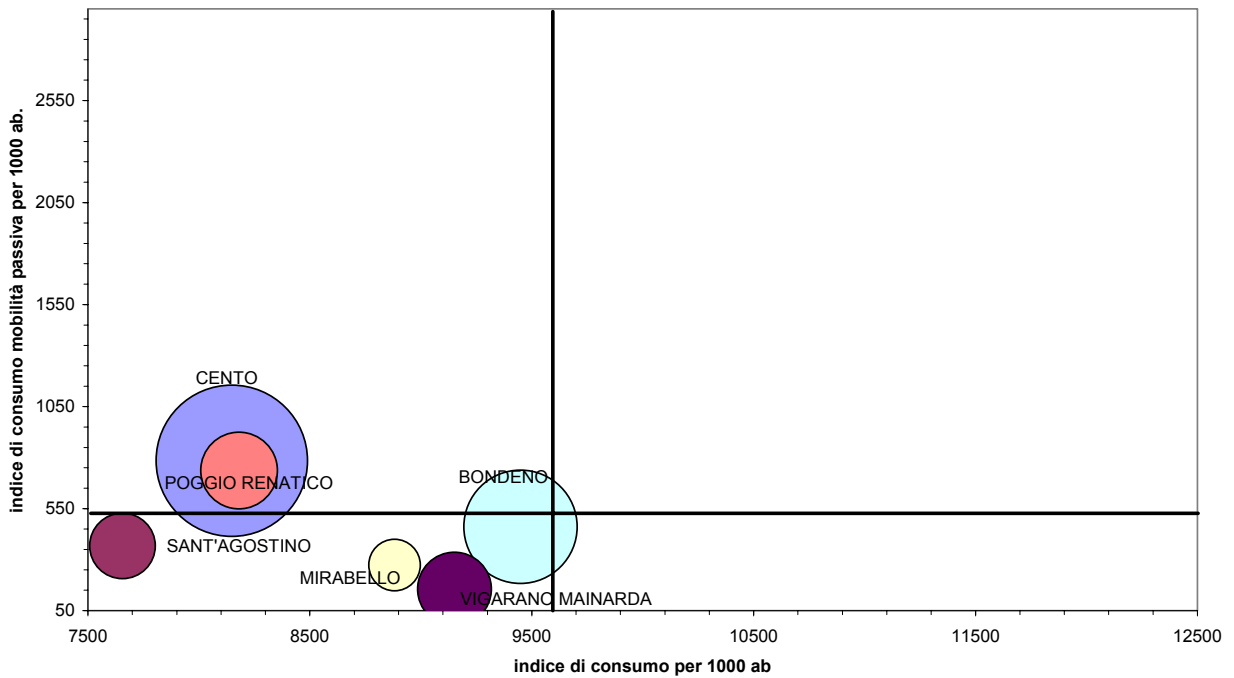


Prestazioni di Specialistica 2005 - DISCIPLINA CHIRURGIA - (esclusione degli Eco Color Doppler) - distretto Ovest



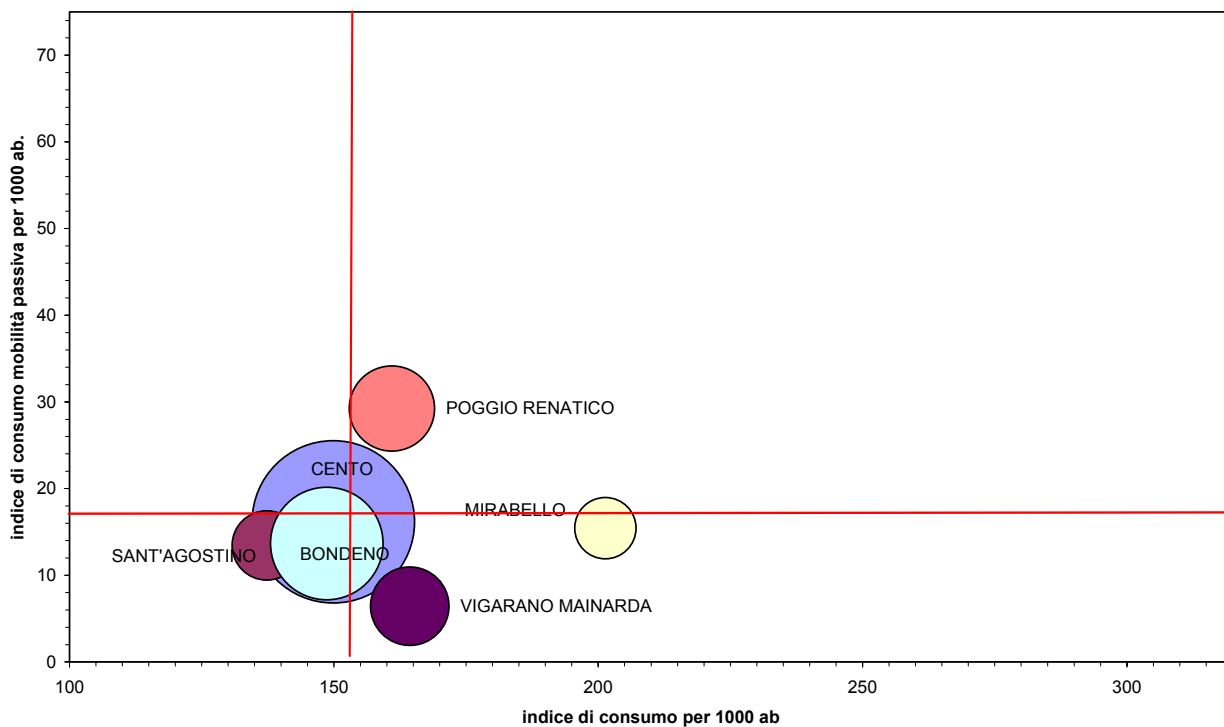
U.O. Sistema Informativo e Committenza

Prestazioni di Specialistica 2005 - DISCIPLINA LABORATORIO - Distretto Ovest



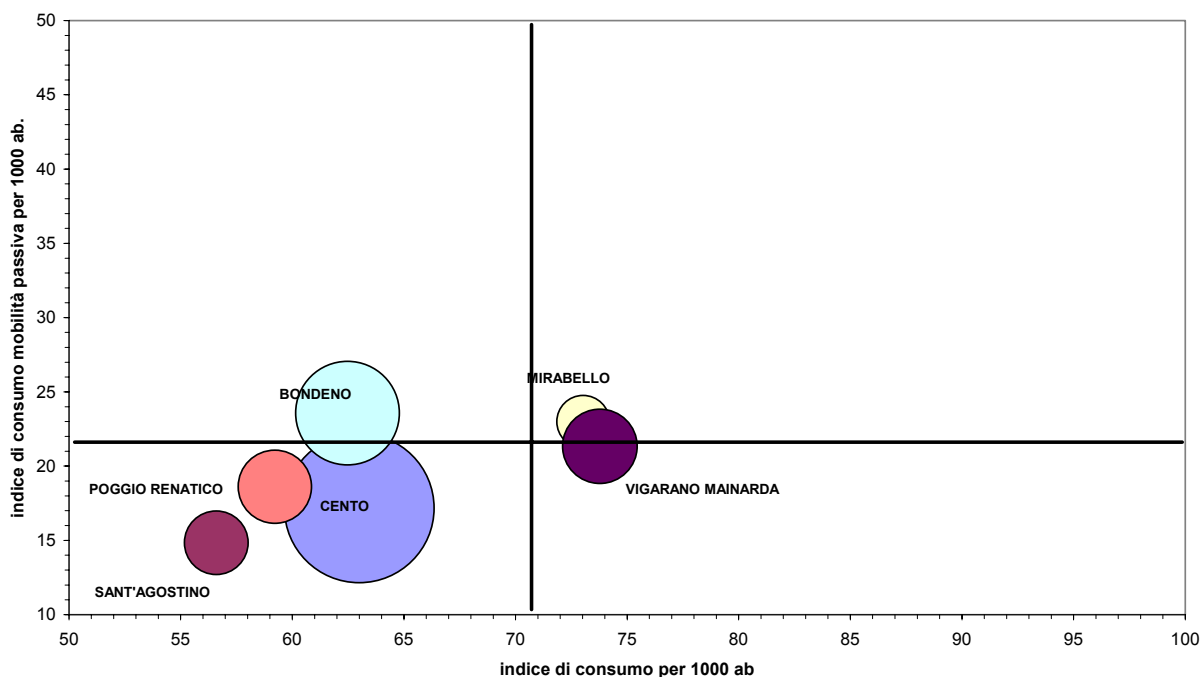
U.O. Sistema Informativo e Committenza

DISCIPLINA ORTOPEDIA - ANNO 2005 - Distretto Ovest



U.O. Sistema Informativo e Committenza

Prestazioni di Specialistica 2005 - RMN - Distretto Ovest



U.O. Sistema Informativo e Committenza

**Obiettivi di miglioramento generali**

L'esame dei tassi di ospedalizzazione per singolo apparato, effettuato congiuntamente all'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 inappropriata 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 intensiva)	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 l'anno 2005 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 un'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.

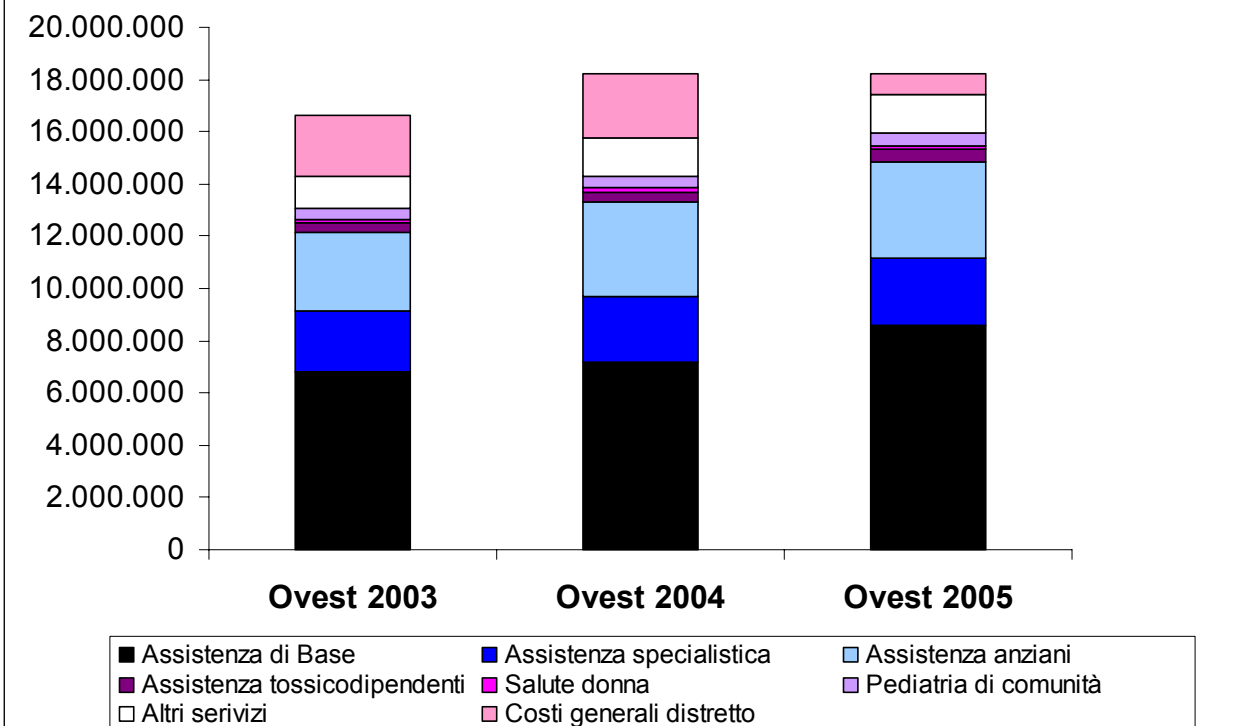
Relativamente al trend di sviluppo dei costi dell'Area Ospedaliera nel corso dell'ultimo biennio 2003-2004, occorre tenere conto dell'effetto di trascinamento economico dei costi sostenuti per la messa a regime dell'Ospedale del Delta, molti dei quali si riferiscono a potenziamenti di personale effettuati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

Andamento dei Consumivi	2003	%	2004	%	2005	%
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>

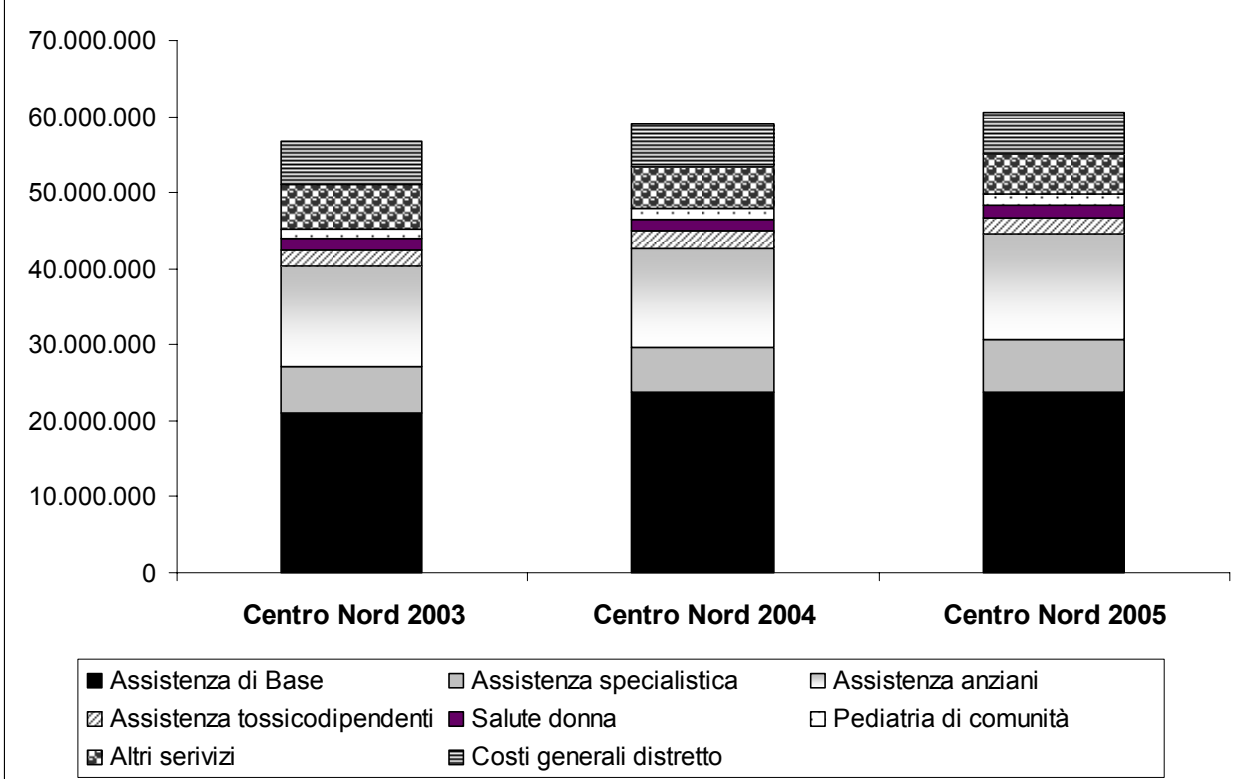
NOTA: I costi dei distretti si riferiscono ai soli costi territoriali "Riga Totale Distretto"

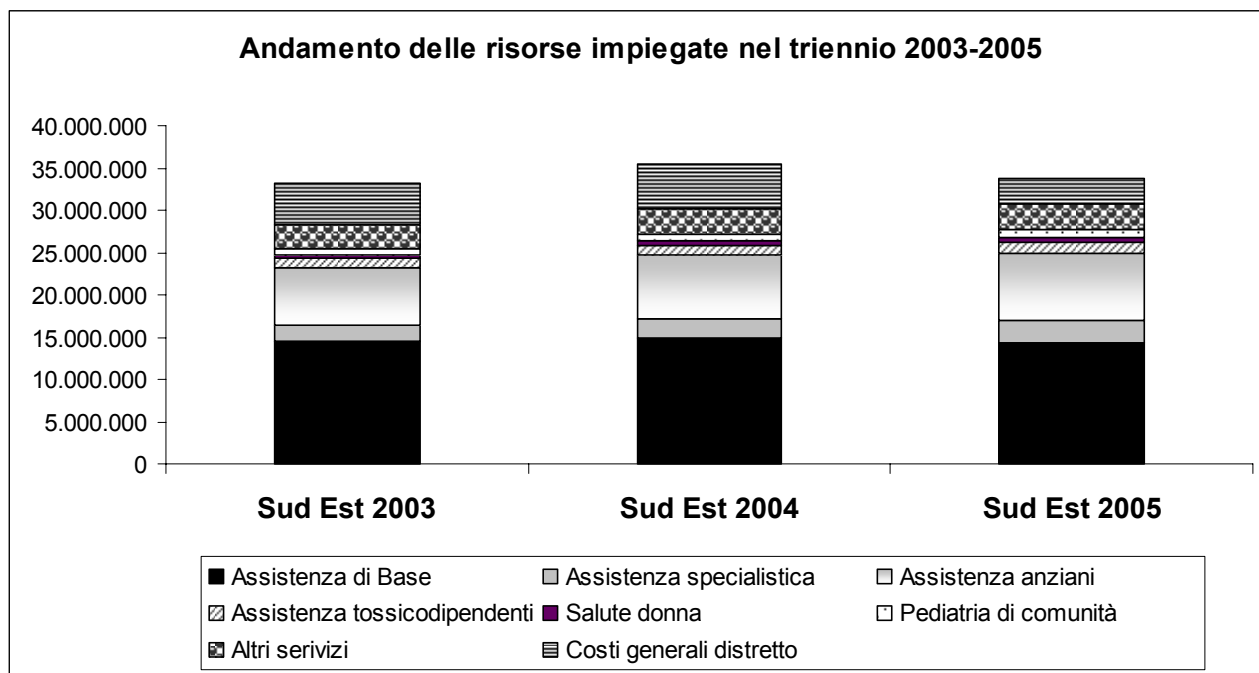
I costi ospedalieri si riferiscono al costo della struttura ospedaliera (degenza + specialistica)

Andamento delle risorse impiegate nel triennio 2003-2005



Andamento delle risorse impiegate nel triennio 2003-2005



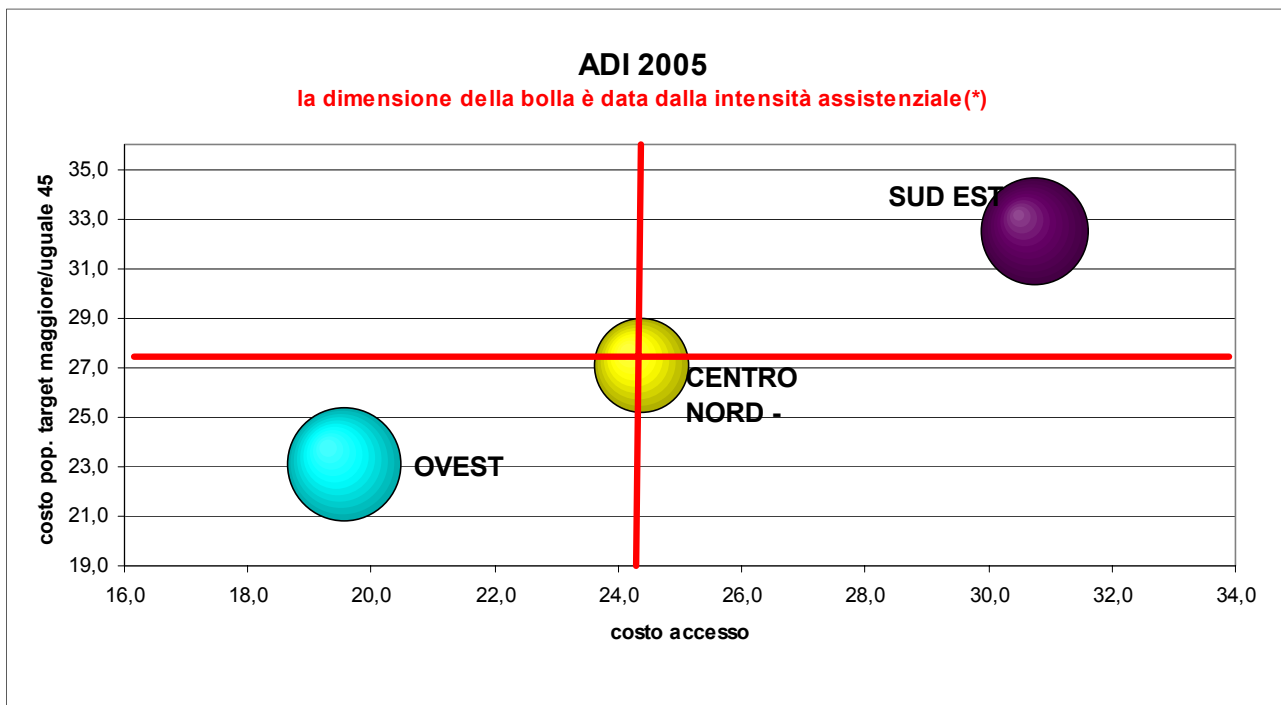


**Analisi di efficienza dei servizi territoriali**

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.

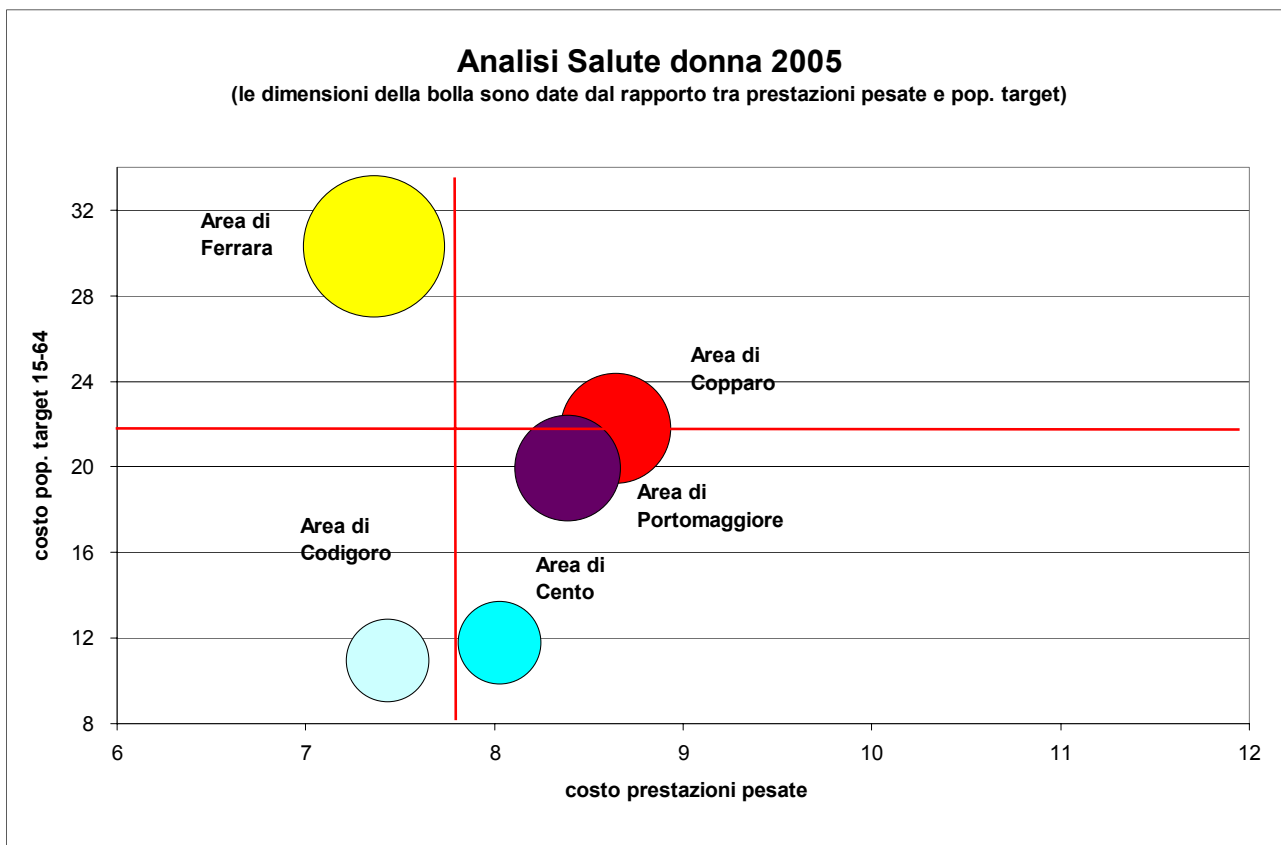
Ne consegue che possiamo notare in quali Distretti ci sia un costo pro capite più alto o più basso rispetto alla media aziendale e, se la prestazione erogata si posiziona al di sopra o al di sotto del costo medio aziendale, effettuare una valutazione complessiva di efficienza gestionale rispetto alla 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.



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.

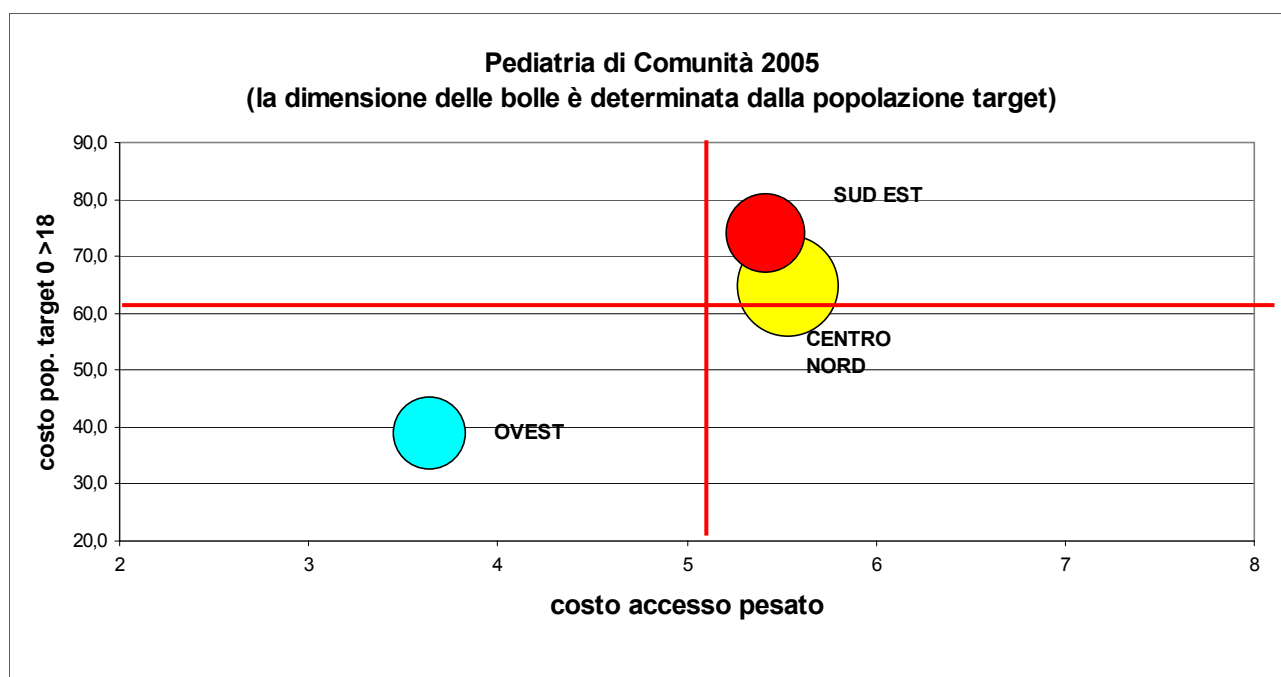
La posizione del Distretto Sud Est nel quadrante in alto a destra denota sia un sovradimensionamento delle risorse rispetto alla media regionale che una scarsa efficienza organizzativa dell'attività del servizio; quest'ultimo fatto è probabilmente determinato dalle maggiori risorse investite in tale 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.



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).

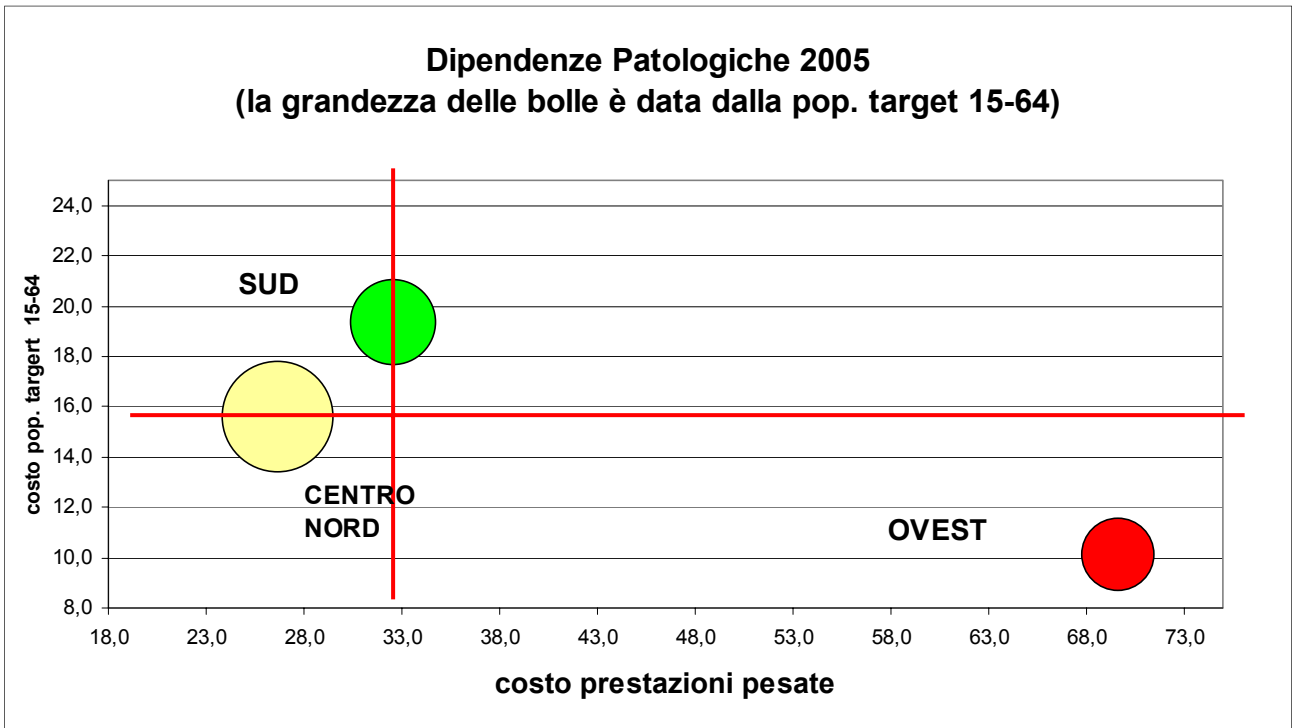
La posizione del Distretto Centro Nord nell'area del sovradimensionamento delle risorse rispetto alla popolazione target è sicuramente originata dal carattere esclusivo che il servizio territoriale sito nel Comune di Ferrara riveste con riferimento all'area di competenza (Ospedale solo per funzioni di 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.



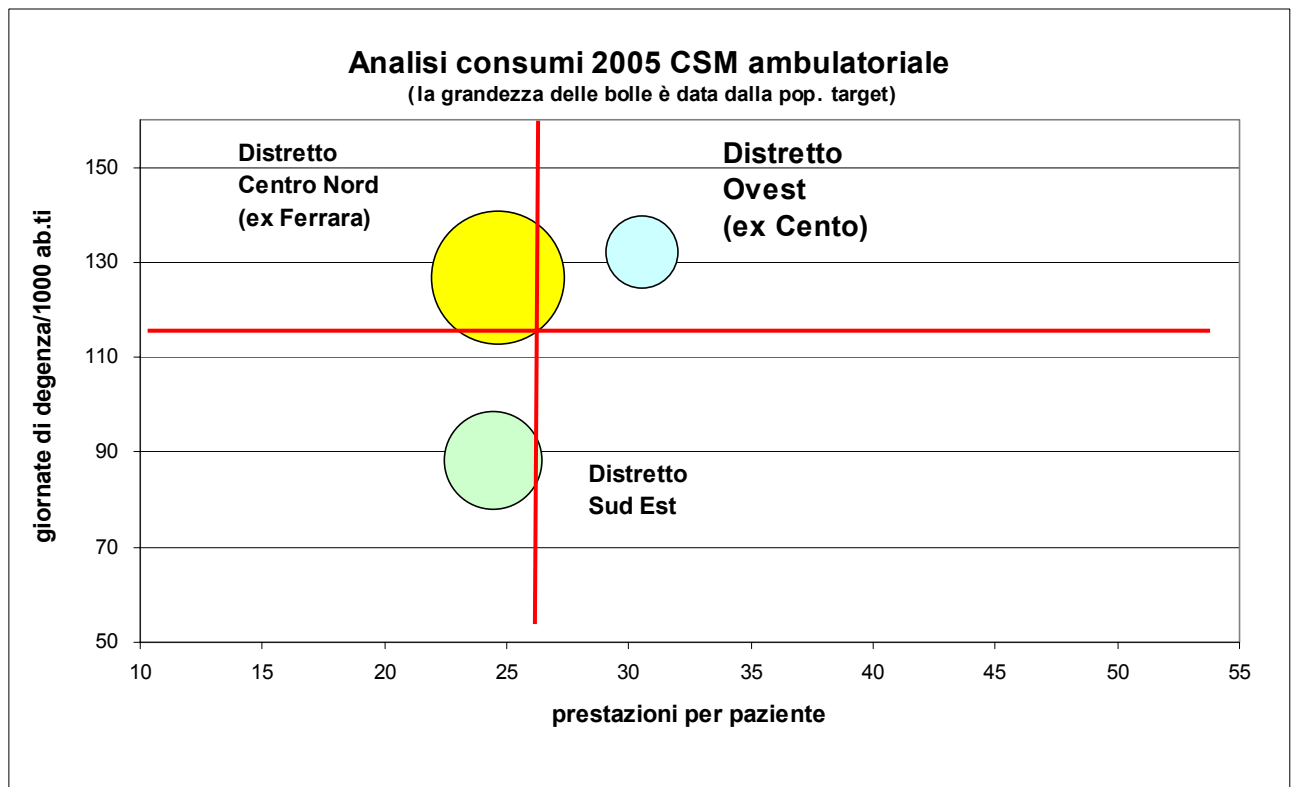
La matrice sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target di ogni Distretto (con riferimento a una popolazione di età compresa tra i 0 e i 18 anni), e il costo di accesso pesato di ciascun servizio, sostenuto per la medesima popolazione di riferimento.

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.



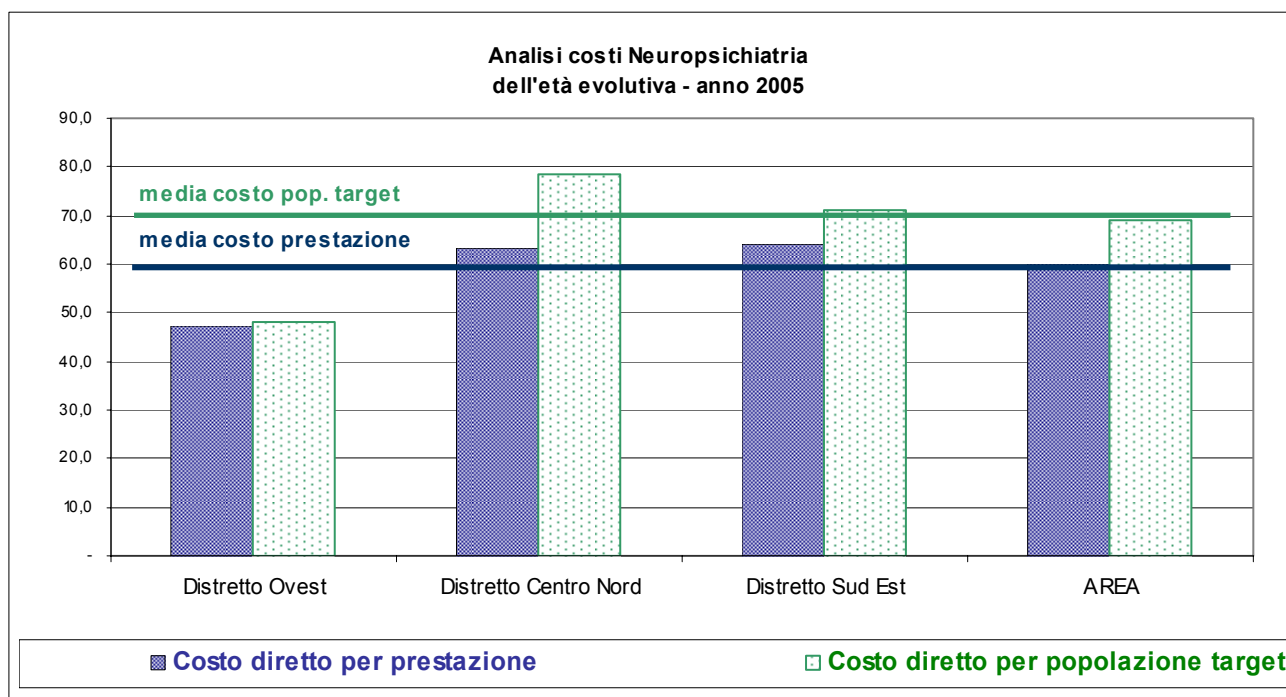
La matrice evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento a una popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni) di ogni Distretto, e il costo per prestazioni pesate effettuate dal servizio (la pesatura della prestazione è determinata dal consumo della risorsa personale per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



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



