



Questa pubblicazione è stata realizzata con il contributo di:



IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI 2005 - Distretto Centro Nord

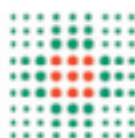
IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI

IL PROGRAMMA
DELLE ATTIVITÀ
TERRITORIALI

2005
Distretto Ovest



Strategia e Comunicazione



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

IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI 2005

Distretto Ovest

Un anno fa è stata pubblicata la prima edizione dei Programmi delle Attività Territoriali dei Distretti, una novità che ha introdotto maggiore uniformità nell'ambito dei documenti programmatori, e la possibilità, per gli interlocutori di riferimento, di avere un quadro completo e omogeneo della situazione di ogni Distretto.

Anche quest'anno presentiamo la stessa tipologia di documento, che riprende in parte i contenuti dell'anno precedente (infatti, non sono stati ripetuti; si fa riferimento ai documenti del 2004) e li elabora, integrandoli con le novità del 2005.

La suddivisione per Distretto consente di evidenziare al meglio l'impegno richiesto, di ordinare e suddividere gli obiettivi assegnati, e di verificare e valutare i risultati ottenuti.

Siamo, quindi, convinti che questo sia uno strumento di programmazione concretamente utile agli amministratori locali e che sia diventato un valido punto di riferimento per le successive programmazioni aziendali e distrettuali.

Dott. Alberto Tinarelli

Direttore del Distretto
Ovest

Fosco Foglietta

Direttore Generale
dell'Azienda USL di Ferrara



NOTA ALL'EDIZIONE 2005

Relativamente ai servizi offerti sia a livello aziendale che distrettuale citati nel testo, per quanto riguarda la localizzazione dei presidi, gli obiettivi e gli ambiti di attività si rimanda all'edizione dell'anno precedente (PAT 2004).

INDICE GENERALE

1. Lo sviluppo delle politiche sanitarie e sociali del Distrettopag.	9
1.1. Le linee di indirizzo del piano sociale e sanitariopag.	9
1.2. Contenuti innovativi della legge 29/2004pag.	9
1.3. Il fondo per la non autosufficienzapag.	10
1.4. Lo sviluppo organizzativo del Distrettopag.	11
1.5. Il sistema qualità nelle Cure Primariepag.	12
2. Il profilo di salute della popolazione ferraresepag.	13
2.1. Il contesto provincialepag.	13
2.2. Il contesto demograficopag.	14
2.3. Il contesto socio-economicopag.	20
2.4. Misure globali dello stato di salute:	
speranza di vita alla nascita, salute percepitapag.	21
2.5. Informazioni generali sullo stato di salute desumibili dalla mortalità 2003pag.	22
2.6. Informazioni generali sullo stato di salute desumibili dai ricoveri 2004pag.	23
2.7. I bisogni di salute valutati in base alla misura dei carichi di malattiapag.	26
2.8. I bisogni complessipag.	44
3. La comunicazione verso i cittadinipag.	55
4. Il Piano per la Salutepag.	59
5. I servizi presenti nel Distrettopag.	71
5.1. Le Cure Primariepag.	71
5.1.1. I Nuclei di Cure Primariepag.	73
5.1.2. Le Cure Domiciliaripag.	81
5.1.3. Le Cure Palliativepag.	84
5.1.4. L'Assistenza Specialistica Ambulatorialepag.	85
5.1.5. L'Assistenza Farmaceuticapag.	90
5.1.6. Il Consultorio Familiare.....pag.	96
5.1.7. La Pediatria di Comunità.....pag.	101
5.1.8. Le Dipendenze Patologiche.....pag.	107
5.1.9. Gli Anzianipag.	111
5.1.10. I Disabili Adulti.....pag.	117
5.2. I servizi socio-sanitari progettati per il 2005 nel Piano di Zona 2005-2007pag.	120
5.3. La sanità pubblicapag.	122
5.4. La salute mentalepag.	134
5.5. L'assistenza ospedalierapag.	143
6. I consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali: le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilitàpag.	153
7. Le dinamiche dei costipag.	167

1. LO SVILUPPO DELLE POLITICHE SANITARIE E SOCIALI DEL DISTRETTO

La programmazione regionale definisce l'identità del Distretto attraverso atti specifici volti a delineare l'organizzazione del sistema e a garantire la necessaria integrazione fra gli aspetti sociali e quelli sanitari, per ricomporre all'interno di questo le risposte adeguate alle esigenze di salute dei cittadini.

Le nuove normative approvate nel corso del 2004 e gli orientamenti strategici definiti sono rappresentati dal nuovo Piano Sociale e Sanitario attualmente in fase di consultazione, dall'articolo 51 della Legge Finanziaria regionale e dalla legge 29/2004 sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario regionale.

In questo contesto, **il Distretto assume una funzione centrale nel governo del sistema sanitario e sociale a livello territoriale**, con un ruolo fondamentale di interlocuzione nei confronti degli enti locali, di gestione delle risorse dedicate alla non autosufficienza e di garanzia di integrazione fra tutti i servizi dell'Azienda Sanitaria.

1.1. LE LINEE DI INDIRIZZO DEL PIANO SOCIALE E SANITARIO

Nel febbraio del 2005 la Regione Emilia-Romagna ha avviato la consultazione sulla bozza del primo Piano Sociale e Sanitario 2005/2007, che definisce i modi per articolare la programmazione sociale e sanitaria in ambito territoriale.

In questo ambito, la Regione tende a dare organicità alla soluzione dei problemi, superando logiche settoriali ed esercitando una effettiva azione di governo attraverso la formulazione di programmi che ricompongono bisogni diversi di un unico soggetto all'interno di una risposta univoca e non frammentata. Questa evoluzione nasce dalla consapevolezza che in tema di protezione sociale sia maturata la capacità di innovare il tradizionale approccio alla politica del settore, superando la separazione fra politiche sanitarie e sociali.

Il nuovo Piano Sociale e Sanitario intende avviare il percorso di integrazione, declinando insieme le problematiche della sanità e delle politiche sociali con il coinvolgimento delle autonomie locali, del privato sociale e del volontariato. In questa cornice, va ricordato il ruolo che assumerà la trasformazione delle IPAB in aziende che entrano a far parte della rete degli erogatori di servizi. Si avvia in questo modo la costruzione di un unico sistema regionale di assistenza, in cui coesistono le specificità dei due settori, sociale e sanitario, sorrette da un nucleo di comuni regole di fondo.

1.2. CONTENUTI INNOVATIVI DELLA LEGGE 29/2004

La legge 29/2004 detta le **norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario regionale**. Di seguito vengono indicati i **principi ispiratori**:

- ❑ centralità del cittadino;
- ❑ responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute del cittadino e delle comunità locali;
- ❑ universalità ed equità di accesso alle prestazioni e ai servizi;

- ❑ globalità della copertura assistenziale;
- ❑ finanziamento pubblico dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- ❑ valorizzazione delle responsabilità individuali e collettive nella promozione di stili di vita sani;
- ❑ libera scelta del luogo di cura;
- ❑ valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori;
- ❑ compartecipazione degli enti locali alla programmazione delle attività;
- ❑ collaborazione con le Università.

Nel testo della legge viene richiamato il **ruolo centrale dei Distretti nell'organizzazione e nella programmazione aziendale** e si definiscono le competenze assunte dai Comitati dei Sindaci di Distretto.

In particolare, il Comitato di Distretto stabilisce le forme di partecipazione e consultazione per la definizione del Programma delle Attività Territoriali (PAT) ed è chiamato a esprimere parere obbligatorio sul PAT stesso, sull'assetto organizzativo e sull'allocatione dei servizi presenti nel Distretto, oltre a verificare il raggiungimento dei risultati. La nomina del Direttore di Distretto viene effettuata dal Direttore Generale d'intesa con i sindaci del Comitato. Il Direttore del Distretto è referente verso i sindaci dei servizi resi sul territorio di competenza, ed è responsabile dell'integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale ed il Dipartimento di Sanità Pubblica.

1.3. IL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

L'**articolo 51 della Legge Finanziaria 2004** istituisce il **Fondo per la non autosufficienza**. Nel Distretto Centro Nord, nel corso del 2005, viene avviata la sperimentazione sull'Agenzia Territoriale per l'integrazione socio-sanitaria, alla quale si assegna un fondo dedicato che comprende l'insieme delle risorse sociali e sanitarie finalizzate all'assistenza dei pazienti non autosufficienti.

L'Agenzia ha lo scopo di gestire le risorse, relativamente al fondo destinato di anno in anno, e di sviluppare la programmazione annuale delle attività ad alta integrazione socio-sanitaria relativamente all'Area Anziani e Disabili.

In una prospettiva di sviluppo ulteriore, l'Agenzia allargherà le proprie funzioni alle aree ad alta integrazione socio-sanitaria rappresentate da Ser.T., servizi per i minori e Salute mentale, oltre ad anziani e disabili.

L'Agenzia sarà in staff alla Direzione del Distretto, mentre avrà come interlocutore politico il Comitato dei Sindaci di Distretto.

La sperimentazione si colloca in un processo attivato e condiviso di qualificazione del sistema di integrazione socio-sanitaria, e di condivisione fra Azienda USL e Comuni di percorsi omogenei da realizzare all'interno della programmazione prevista dai Piani di Zona.

In conclusione, l'applicazione delle nuove norme legislative cui si è fatto riferimento migliora l'integrazione socio-sanitaria e valorizza ulteriormente il ruolo del Comitato di Distretto, in particolare per quanto riguarda l'integrazione fra i rappresentanti degli enti locali e quelli aziendali. La collaborazione si realizza nel confronto sulle attività,

sulle problematiche emergenti, sulle linee di indirizzo programmatiche, e si concretizzerà nella partecipazione ai tavoli tematici dei Piani di Zona e nella definizione dei Piani per la Salute.

1.4. Lo sviluppo organizzativo del Distretto

Tra la fine del 2004 e il 2005 si è modificato radicalmente l'assetto organizzativo distrettuale, allo scopo di migliorare l'efficienza e la capacità di governo del sistema dei servizi a livello locale. Si è passati da un'organizzazione aziendale delle cure primarie all'articolazione locale basata sulla selezione dei bisogni, sulla presa in carico unitaria e globale del paziente, sull'integrazione fra le equipe professionali e l'integrazione sociale e sanitaria.

I principali aspetti innovativi sono rappresentati dal tentativo di mettere a sistema l'insieme delle attività erogate e di porre le condizioni per mettere in rete il sistema dell'offerta. L'organizzazione del Dipartimento di Cure Primarie in ogni Distretto è rappresentato da:

- ❑ Area dei Nuclei delle Cure Primarie
- ❑ Area Sanitaria (Consultori Donna e Giovani, Poliambulatori)
- ❑ Area dell'integrazione socio sanitaria (Anziani, Disabili, Ser.T.)

I tratti più caratteristici dell'organizzazione sono l'inserimento dei medici di medicina generale nei moduli organizzativi dell'area dei Nuclei delle Cure Primarie e la collocazione gestionale della Specialistica territoriale e ospedaliera all'interno del Dipartimento Cure Primarie.

La struttura organizzativa del Distretto è stata definita con uno specifico atto aziendale nel 2004. Nel PAT attuale vengono indicate le modalità con cui si concretizza l'organizzazione, e in particolare i punti inerenti la responsabilità che assumono i medici di medicina generale nei confronti dell'Azienda USL per quanto concerne l'uso appropriato delle risorse, e nei confronti dei pazienti riguardo al governo dei percorsi assistenziali svolti all'interno del sistema aziendale.

Il conferimento di oneri organizzativi aumenta la responsabilizzazione dei medici di medicina generale (nella gestione organizzativa), unendo il punto di vista degli utilizzatori dei servizi a quello di chi coordina le risorse per erogarli.

A ciò si unisce la necessità di una forte integrazione operativa fra gli interventi sanitari e socio-assistenziali, che si realizza nella presa in carico di pazienti che esprimono bisogni complessi da parte di professionisti afferenti a discipline diverse. Questi definiscono di volta in volta i piani assistenziali integrati ritenuti più appropriati. La gestione del piano assistenziale viene affidata a un responsabile organizzativo del caso, che ne segue la realizzazione. A seconda dei bisogni prevalenti espressi dal paziente, il responsabile organizzativo verrà individuato all'interno dell'area sociale o sanitaria.

Altro ambito di innovazione per il 2005 riguarda la **riorganizzazione della Specialistica ambulatoriale**, ora affidata alla responsabilità di una struttura organizzativa del Dipartimento di Cure Primarie. Ciò significa che il responsabile del modulo ha il compito di organizzare l'insieme delle attività specialistiche erogate sul proprio territorio dai diversi produttori, ovvero specialisti ambulatoriali territoriali, specialisti ospedalieri e

di altre strutture sanitarie accreditate pubbliche e private. Al responsabile della Specialistica compete il monitoraggio dei tempi di attesa, la predisposizione di percorsi facilitati per l'accesso ai servizi ambulatoriali, e il controllo della qualità delle prestazioni erogate.

1.5. IL SISTEMA QUALITÀ NELLE CURE PRIMARIE

Alla modifica dell'assetto organizzativo consegue la **necessità di creare consenso e di sviluppare il senso di appartenenza degli operatori**. Si tratta di favorire situazioni di confronto in grado di promuovere l'adesione a questo nuovo orientamento culturale, caratterizzato da un più alto livello di integrazione e dalla capacità del sistema di essere accogliente e di prendersi cura del paziente.

Per questo motivo si è deciso di intraprendere il **percorso di accreditamento dei Dipartimenti delle Cure Primarie**, allo scopo di codificare il sistema sotto il profilo della qualità istituzionale.

Il cambiamento organizzativo comporta lo **sviluppo del governo clinico nell'ambito delle cure primarie**, inteso come l'insieme di strumenti per la gestione dei processi assistenziali teso a far sì che ogni decisione assunta in ciascuna fase del processo di cura sia presa, da qualunque professionista, sulla base delle responsabilità cliniche nei confronti del paziente (autonomia professionale) e delle responsabilità nell'uso delle risorse verso la Direzione dell'azienda sanitaria (autonomia gestionale) al fine di garantire la migliore qualità dei servizi.

Gli **strumenti messi in campo per realizzare il governo clinico** sono:

- linee guida condivise e validate, basate sull'evidenza;
- procedure definite;
- documentazione sanitaria;
- piani per la formazione professionale permanente;
- audit di eventi significativi;
- valutazione multidimensionale dei problemi e dei bisogni dei pazienti;
- programmi di miglioramento continuo della qualità;
- politiche per la gestione del rischio clinico e per affrontare adeguatamente i problemi di scarsa performance;
- precisa definizione delle linee di responsabilità organizzative;
- chiare linee di responsabilità per garantire la qualità dell'assistenza;

Su questi temi si concentrano gli obiettivi dei servizi che opereranno nel 2005 su quattro processi fondamentali:

- l'Assistenza Domiciliare Integrata;
- l'assistenza al bambino con patologia cronica;
- l'assistenza al paziente cardiopatico;
- l'assistenza alla donna in gravidanza.

2. IL PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE FERRARESE

2.1. IL CONTESTO PROVINCIALE

INDICATORI DEL TERRITORIO PROVINCIALE					
	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Superficie (kmq)	887	1.330	413	2.630	22.123
Densità demografica (abitanti/kmq)	198	76	170	132	180
Comuni con popolazione >20.000 abitanti	Ferrara	Comacchio Argenta	Cento	4	31

Fonte: Elaborazione dati forniti dal Sistema Informativo regionale - servizio statistica

La provincia di Ferrara è caratterizzata da un popolamento disperso, con pochi insediamenti urbani a forte concentrazione di popolazione e assenza di centri di medie dimensioni. Quattro Comuni, con più di 20.000 abitanti (Ferrara, Cento, Comacchio ed Argenta), raccolgono il 60% degli abitanti della Provincia. La distanza notevole fra i quattro centri e la carenza di infrastrutture rendono difficili i collegamenti.

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE NEL TERRITORIO PROVINCIALE		
	Azienda USL	Emilia-Romagna
Percentuale di popolazione residente nei Comuni con popolazione >20.000 abitanti	41%	45%
Percentuale di popolazione residente nel capoluogo di provincia	38%	36%
Densità edilizia (n. edifici/kmq)*	32	38
Percentuale di popolazione residente in Comuni con disagi insediativi (2002) (tra parentesi il numero dei Comuni)	3,8% (3)	2,3% (50)

Fonte: ISTAT, *dati censimento 2001

Sul piano edilizio, dal censimento del 2001 si rileva una densità di 32 edifici per kmq contro una media regionale di 38.

Solo tre Comuni, secondo il censimento, rientrano in quelli classificabili ad alto disagio abitativo (3,8% della popolazione contro una media regionale di 2,3%).

La situazione della rete stradale è critica: l'indice di dotazione stradale colloca la nostra provincia al terzultimo posto del Nord Est, e i lavori di potenziamento della rete si fermano a 70,5 contro una media regionale di 113,3 (a fronte di un valore nazionale di riferimento posto pari a 100).

La scarsità di collegamenti stradali, di linee ferroviarie e di trasporto pubblico rispetto alla dispersione della popolazione sul territorio limita un'equa accessibilità alle strutture sanitarie, con riflessi sulla qualità di vita delle persone, sull'appropriatezza dell'assistenza da loro ricevuta e sul grado di performance complessiva del sistema sanitario, costretto ad erogare prestazioni in aree periferiche, con bassi volumi produttivi.

2.2. IL CONTESTO DEMOGRAFICO

La situazione demografica ferrarese mostra **tre elementi da mettere in rilievo** in un documento di programmazione sanitaria:

1. aumentano gli anziani soli (con la necessità di aiuto esterno per gli anziani con problemi di autonomia);
2. aumentano le famiglie composte solo da anziani (anziani che si prendono cura di anziani: diminuisce la capacità delle famiglie di prendersi cura dei propri membri);
3. aumenta la frammentazione dei nuclei famigliari (diminuisce la possibilità di aiuto reciproco).

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE AL 31 DICEMBRE 2003 (DATI DISPONIBILI PIÙ RECENTI)								
	Distretto Centro Nord	Composizione Percentuale	Distretto Sud Est	Composizione percentuale	Distretto Ovest	Composizione percentuale	Azienda USL	Composizione percentuale
Popolazione residente	175.845	51%	101.458	29%	70.279	20%	347.582	100%
Numero giovani (0-14)	15.991	9%	9.764	10%	7.800	11%	33.555	10%
Numero adulti (15-64)	113.841	65%	66.641	66%	46.255	66%	226.737	65%
Numero anziani (65-74)	23.818	14%	13.562	13%	8.350	12%	45.730	13%
Numero grandi anziani (>75)	22.195	13%	11.491	11%	7.874	11%	41.560	12%
Rapporto di mascolinità	89	-	94	-	94	-	92	[Emilia- Romagna: 94]
Fonte: Elaborazione dati forniti dal Sistema Informativo Regionale - Servizio Statistica								

La popolazione della provincia ha una struttura per età particolarmente anziana con un'incidenza di persone con età over 65 decisamente elevata (25%), e la più modesta concentrazione del Paese di under 15 (appena il 10%).

La composizione per sesso, inoltre, presenta un marcato squilibrio in favore delle donne (52%), più accentuato nel capoluogo, e che influenza il rapporto di mascolinità più basso registrato nel Distretto Centro Nord.

In aumento il numero dei grandi anziani, ossia con età superiore a 75 anni. Come noto, è a partire da questa età che inizia ad aumentare vertiginosamente il numero di persone che presentano un aggravamento delle patologie croniche o invalidanti, con una forte limitazione di autonomia e necessità di assistenza.

Le Piramidi dell'età

La piramide delle età rappresenta graficamente la struttura per età e sesso della popolazione, mediante istogrammi orizzontali.

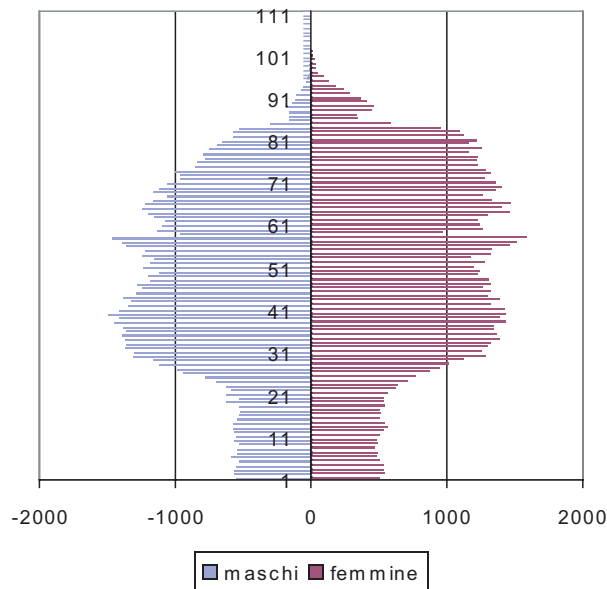
Le tre piramidi descrivono la popolazione dei tre Distretti: ciascun rettangolo rappresenta il gruppo di popolazione con la stessa età.

Il confronto dei tre grafici consente un apprezzamento delle peculiarità di ciascun Distretto e delle somiglianze.

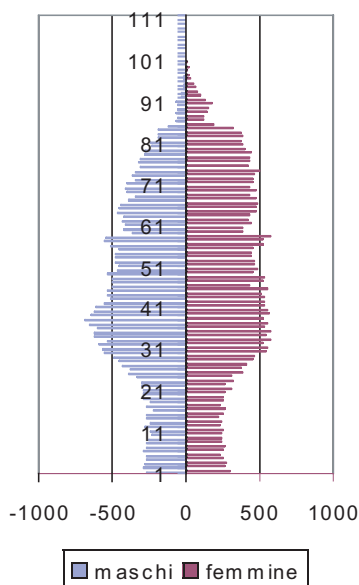
La dimensione delle piramidi è proporzionale alla dimensione complessiva della popolazione.

Si colgono graficamente i fenomeni descritti nel precedente paragrafo: in tutti i Distretti la componente femminile aumenta con l'età, fino a raggiungere valori massimi nell'età anziana; in tutti i Distretti sono poco rappresentati i giovani.

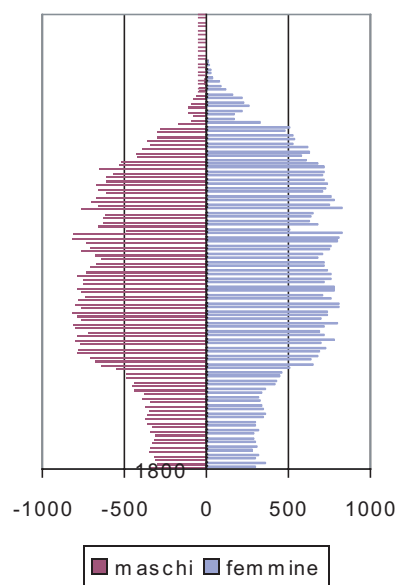
Centro Nord



Ovest



Sud Est



INDICATORI DEMOGRAFICI (2003)					
	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Età media	47,97	46,76	45,51	47,12	45
Indice demografico di dipendenza totale ¹	54,47	52,25	51,94	53,30	52,3
Indice di vecchiaia ²	287,74	256,59	208,00	260,14	189
Indice di struttura della popolazione attiva ³	127,00	118,53	109,72	120,77	106,2

Fonte: Elaborazione dati forniti dal Sistema informativo regionale - servizio statistica

L'età media misura il grado di invecchiamento della popolazione: già a questo livello si coglie una diversità demografica tra i tre Distretti, con l'area centese che presenta valori vicini alla media regionale.

L'indice demografico di dipendenza totale¹ è sostenuto in modo preponderante dagli anziani, piuttosto che dai giovani: senza possibilità dunque di una modifica futura, almeno nel breve-medio periodo. Questo elemento contribuisce ad assottigliare l'entità della popolazione, pregiudicandone lo sviluppo futuro (quando ci sono meno giovani, ci saranno poi ancora meno figli nella prossima generazione), e costituisce una diminuzione in prospettiva della capacità di prendersi cura degli anziani.

Questa situazione non è peraltro omogenea in provincia, con un indice di vecchiaia² che varia da 208 nel Distretto Ovest a 287 nel Distretto Centro Nord.

L'indice di struttura della popolazione attiva³ conferma il processo di invecchiamento della popolazione attiva ferrarese, con un decremento progressivo della natalità. Solo nel centese la situazione è migliore, e si avvicina ai valori regionali (106,2 contro 109,72 del Distretto Ovest), indicatore di una popolazione stazionaria e tendenzialmente crescente.

¹ **Indice demografico di dipendenza totale:** rapporto tra la somma della popolazione >65 anni e popolazione <15 anni rispetto alla popolazione attiva (15-64 anni). È un indicatore economico e sociale: rapporta chi è dipendente per ragione di età e chi si presume debba mantenerli.

² **Indice di vecchiaia:** rapporto tra popolazione >65 anni e popolazione <15 anni: il peso dei giovani diminuisce in una popolazione che "invecchia". L'indice aumenta ancora più velocemente quando diminuisce anche il numero dei giovani, per la bassa natalità.

³ **Indice di struttura della popolazione attiva:** $[P(40-64)/P(15-39) * 100]$ indica il grado di invecchiamento della popolazione attiva. Tanto più è basso l'indice, tanto più la popolazione attiva è giovane. In una popolazione stazionaria o crescente l'indice è inferiore a 100.

INDICATORI DEL MOVIMENTO DEMOGRAFICO NEL 2003

	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Tasso grezzo di natalità	6,28	6,47	8,34	6,75	8,8
Numero medio di figli per donna*	n.d.	n.d.	n.d.	1,05	1,24
Tasso grezzo di mortalità	13,18	13,34	13,11	13,21	11,8
Tasso di immigrazione ⁴	31,81	42,73	38,23	36,29	44,2
Percentuale di stranieri sulla popolazione complessiva**	2,1	2,4	3,1	2,4	5,1***
Tasso di emigrazione ⁵	20,29	19,45	20,96	20,18	28,7

Fonte: Elaborazione dati forniti dal Sistema informativo regionale - servizio statistica

n.d.: non disponibile

*Bonaguidi A. e altri, - Le previsioni demografiche - documento on-line regione Emilia Romagna

**Osservatorio provinciale immigrazione - report 2003

***ISTAT - La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2004 - (pubblicato 23/3/05)

Il progressivo calo demografico provinciale è riconducibile soprattutto a un saldo naturale (differenza tra nati e morti) fortemente negativo (-2.200 persone/anno, pari a 1/4 dell'intero deficit del saldo naturale regionale), mentre il saldo migratorio (iscritti e cancellati all'anagrafe) ha un bilancio sostanzialmente in pareggio, salvo l'impennata registrata nel 2003 (saldo migratorio pari a +5.800 persone) spiegabile con la regolarizzazione degli immigrati extracomunitari.

A Ferrara si è registrato, nel 2003, un tasso di natalità pari al 6,7‰, con un indice di fecondità⁶ pari a 1,05 (le donne in età feconda sono il 42%) contro valori regionali di natalità dell'8,9‰ e di indice di fecondità pari a 1,24 (donne in età feconda: 44%).

I tassi di immigrazione e di emigrazione esprimono la mobilità dell'intera popolazione: sono stati sommati i trasferimenti effettivi e i cambi di residenza. Rispecchiano anche l'immigrazione da paesi extra-UE, ma non sono direttamente correlati con questo fenomeno.

LA STRUTTURA DELLE FAMIGLIE

	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Numero medio di persone per famiglia	2,3	2,5	2,5	2,4	2,4
Percentuale di famiglie con un solo componente	27,7	23,6	23,2	25,7	27,7
Percentuale di coppie con figli	57			59	

Fonte: ISTAT - Censimento 2001

⁴ **Tasso di immigrazione:** nuove iscrizioni all'anagrafe dei residenti.

⁵ **Tasso di emigrazione:** cancellazioni dall'anagrafe dei residenti per trasferimento della residenza in altro Comune.

⁶ **Indice di fecondità:** rapporto fra il numero dei nati vivi in un anno e la popolazione femminile in età feconda (15-49 anni). Indica la tendenza alla riproduzione di una certa generazione.

Le reti famigliari costituiscono ancora nella nostra società un punto di riferimento forte per fronteggiare i problemi dell'assistenza sociale e sanitaria.

Dimensione e struttura delle famiglie costituiscono indicatori della permanenza e dell'affidabilità di tale rete.

La nuclearizzazione delle famiglie rende fragile la rete di solidarietà: si accentua la domanda, a fronte di bisogni che finora trovavano risposte in questa rete; le strutture pubbliche e private diventano l'unico interlocutore per dare risposta ai bisogni.

A Ferrara non si verifica l'aumento del numero delle famiglie osservato altrove (variazione intercensuale regionale, dal 1991 al 2001, pari a +11,5% contro un aumento a Ferrara pari al 6%), tuttavia il numero medio di componenti per famiglia diminuisce a Ferrara a 2,38, valore prossimo a quello medio regionale (2,39).

La capacità di assistenza e cura

La capacità di assistenza da parte delle famiglie può essere stimata approssimativamente dal rapporto fra la classe di età 45-69 anni della popolazione femminile sulla popolazione totale (metodo Eurostat).

Attualmente la capacità di cura a Ferrara è pari al 181‰, contro una media regionale pari al 165‰. A questo risultato paradossale concorrono, a Ferrara, l'alto numero di donne tra i 49 e i 65 anni e la bassa percentuale di giovani, ma se si rapporta il numero di potenziali *care giver* con la popolazione anziana (reale destinataria dell'azione di cura), la capacità di svolgere lavori assistenziali a Ferrara risulta in questo modo pari a 732‰, sovrapponibile all'indice regionale pari a 735‰.

CENSIMENTO 1999 ISTAT DELLE ISTITUZIONI NO-PROFIT

	Provincia di Ferrara	Emilia-Romagna
Numero totale di istituzioni no-profit	1.764	19.160
	(9,2 % del totale regionale)	(8,7% del totale nazionale)
Istituzioni no-profit in campo sociale e sanitario	127	2.356
	(7,2% del totale provinciale)	(12,3% del totale regionale)

Fonte: ISTAT, 1999

Gli aiuti che possono essere forniti dalle associazioni del volontariato e del privato-sociale rappresentano un'importante opportunità, e possono essere determinanti per favorire l'uscita delle famiglie da situazioni di difficoltà. Il censimento del settore no-profit realizzato dall'ISTAT nel 1999-2000 ha registrato a Ferrara 1.764 istituzioni, il 9,2% del totale regionale. L'intervento in campo sociale rappresenta un settore localmente debole, con il 7,2% delle istituzioni, di cui il 4,1% operanti nel campo della sanità. Solo il 54% delle associazioni eroga servizi ai non iscritti. Le istituzioni sono prevalentemente di piccola dimensione e con ridotta capacità economica (le entrate di bilancio toccano i 75.000 euro), quasi il 50% in meno rispetto alla capacità finanziaria media nazionale.

INDICATORI SULLA PRESENZA DI IMMIGRATI STRANIERI NEL 2004				
	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL
Stranieri iscritti alle anagrafi comunali al 31/12/2004	5.117	3.168	3.009	10.582 (di cui 5.748 donne)
Minori di 14 anni riportati sui permessi dei genitori	n.d.	n.d.	n.d.	2.319
Percentuale di stranieri iscritti sulla popolazione complessiva iscritta all'anagrafe	2,9	3,1	4,2	3,2
Stranieri iscritti all'anagrafe sanitaria	3.846 (di cui donne: 2232)	1.427 (di cui donne: 732)	1.212 (di cui donne: 603)	6.485 (di cui donne: 3.567)
Fonte: Osservatorio provinciale immigrazione - anticipazione del report 2004 (a cura del dott. Mosca)				

Ferrara occupa l'ultima posizione nel Nord Est in quanto a presenza di cittadini stranieri sul totale della popolazione, eppure partecipa ormai all'intensa dinamica migratoria regionale: gli immigrati si confermano un elemento strutturale della realtà ferrarese. Infatti, come riporta il Dossier statistico 2004 della Caritas, Ferrara ha registrato negli anni 2001 e 2002 uno tra i più alti rapporti tra domande di regolarizzazione e permessi di soggiorno.

La presenza straniera è difficile da quantificare con esattezza, in quanto si compone di vari elementi: immigrati regolari con permesso di soggiorno e iscritti all'anagrafe, stranieri che lavorano con visto turistico, stranieri presenti clandestinamente. Un'idea del numero globale di stranieri si ottiene sommando agli stranieri residenti gli stranieri temporaneamente presenti che figurano in un apposito elenco dell'Azienda USL. Nel 2004 gli stranieri temporaneamente presenti sono stati 1.579. Conseguentemente, nel 2004 a Ferrara sono stati presenti almeno 12.153 stranieri.

Da notare che una parte degli stranieri residenti non è iscritta al Servizio Sanitario regionale: solo 6.485, pari al 57,4%, sono iscritti all'anagrafe sanitaria.

Gli stranieri in età 0-19 anni iscritti alle anagrafi comunali sono 2.362; secondo i dati in possesso della Questura risultano iscritti sui permessi di soggiorno dei genitori 3.907 persone. Gli alunni stranieri inseriti nelle scuole ferraresi ammontano, secondo il C.S.A. (ex Provveditorato agli Studi), a 1733 persone.

2.3. IL CONTESTO SOCIO-ECONOMICO

GRADO DI ISTRUZIONE			
	Provincia di Ferrara	Regione Emilia-Romagna	Italia
Analfabeti	1,1%	0,7%	1,4%
Senza titolo di istruzione	10,5%	9,1%	9,6%
Licenza elementare	29,3%	27,4%	25,4%
Licenza media	27,3%	27,9%	30,1%
Senza licenza media in età 15-52 anni	9,4%	7,9%	10,4%
Maturità	24,5%	26,7%	25,8%
Laurea	7,1%	8%	7,5%

Fonte: ISTAT Censimento 2001

Il livello di istruzione della popolazione viene utilizzato come proxy di variabili più complesse come il livello culturale o la condizione di benessere. Insieme al reddito, è uno degli indicatori utilizzati per la misura del livello socio-economico. Nel campo della salute, il grado di istruzione costituisce uno dei fattori più potenti nel discriminare, e quindi prevedere, i comportamenti.

L'istruzione, e la conseguente conoscenza e consapevolezza dei fattori che incidono sullo stato di salute, sono le armi migliori contro le malattie e la morte a tutti i livelli. Le persone meno istruite usano in modo meno appropriato le strutture sanitarie.

OCCUPAZIONE E REDDITO			
	Provincia di Ferrara	Emilia-Romagna	fonte
Disoccupazione	4,3%	3,7%	ISTAT Rilevazione trimestrale delle forze lavoro 2004
Disoccupazione femminile	5,7%	5%	ISTAT Rilevazione trimestrale delle forze lavoro 2004
Reddito pro capite	16.492	17.300	Atlante della competitività delle province italiane
Popolazione sotto la linea di povertà	[Comune di Ferrara: 4,8%]	2,8%	Comune di Ferrara Quaderni sulla famiglia n. 5 - 2005

Il tasso di disoccupazione provinciale della provincia di Ferrara si attesta al 4,3% (in calo rispetto al 2002, in cui era pari al 6,4%). Il trend temporale mette in luce i continui miglioramenti del mercato del lavoro della provincia nel periodo 1995-2003.

Gli abitanti della provincia di Ferrara possono godere di un reddito pro capite di circa 16.492 euro, superiore a quello medio nazionale (Ferrara si colloca al ventiseiesimo posto, rispetto ad un reddito medio nazionale pari a 14.683 euro).

La definizione di povertà non si esaurisce nella carenza di risorse monetarie, ma riguarda una pluralità di dimensioni di natura sociale e culturale che, peraltro, non si associano necessariamente alla deprivazione in termini strettamente monetari. Questo comporta disagi delle famiglie indipendentemente dal livello di consumo, ed ha riflessi di portata anche molto ampia nel campo della salute, sia diretti per quanto riguarda lo stato di salute che indiretti sull'utilizzo dei servizi.

L'ultima indagine sulla povertà della popolazione del solo Comune di Ferrara, effettuata nel 2003 dal Servizio Statistica del Comune di Ferrara, segnala la presenza del 5,7% di famiglie al di sotto della soglia di povertà relativa⁷ (in Emilia Romagna sono il 4,3% e in Italia il 10,6%, secondo l'indagine nazionale sulla povertà ISTAT 2003).

CONTESTO SOCIALE		
	Provincia di Ferrara	Emilia-Romagna
Delitti di minori di 18 anni denunciati all'Autorità Giudiziaria ogni 100.000 coetanei (2002)*	Provincia FE: 210 (i minori denunciati sono 88)	Emilia-Romagna: 160 (958 minori denunciati)
Tasso standardizzato di mortalità per suicidio (2003)**	11,29 per 100.000 (E.S. ⁸ 1,81)	10,31 per 100.000 (E.S. ⁸ 0,50)

Fonti: *ISTAT (SITIS); ** Registro regionale di mortalità

In un contesto caratterizzato da una bassa incidenza delle attività delittuose (basso numero di reati e persone denunciate ogni 100 mila abitanti), in rapporto alla media regionale, si riscontrano un alto numero di denunce verso i minori e un alto tasso di suicidi.

2.4. MISURE GLOBALI DELLO STATO DI SALUTE: SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA, SALUTE PERCEPITA

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA (2003)					
Provincia di Ferrara		Emilia-Romagna		Italia	
M 77	F 83,1	M 77,2	F 83,4	M 76,9	F 82,5

Fonte: ISTAT

La speranza di vita alla nascita⁹ è un indicatore di massima per valutare le condizioni di salute di una popolazione. Risente, infatti, di tutti i fattori che influenzano la salute: caratteristiche genetiche, condizioni ambientali e lavorative, comportamenti, strutture sanitarie disponibili.

Un'informazione aggiuntiva è data dalla relazione esistente tra speranza di vita nei maschi e nelle femmine, piuttosto che il valore dell'indicatore a sé stante. Il valore di questo rapporto è uguale a Ferrara e in regione.

⁷ La **soglia di povertà relativa** fa riferimento alla spesa media pro capite in Italia. L'incidenza di povertà è data dal numero di famiglie con consumi al di sotto della soglia di povertà sul totale delle famiglie residenti.

⁸ **E. S.:** errore standard (misura statistica della precisione del dato).

⁹ **Speranza di vita alla nascita:** numero medio di anni di aspettativa di vita che una persona può avere al tasso di mortalità specifico prevalente in un Paese in un dato anno.

Stili di vita e mortalità fumo e alcol correlata

Gli indicatori sugli stili di vita nella provincia di Ferrara saranno disponibili con i risultati dello studio *In linea con la salute*, attualmente in corso.

	% decessi totale	% anni di vita persi sul totale	% anni di vita vissuti da disabili sul totale	% disabilità aggiustata per anni di vita persi sul totale*
Uso di tabacco	14,9	16,0	7,4	11,7
Uso di alcool	1,2	5,1	15,6	10,3
Uso di droghe illegali	0,4	1,4	3,3	2,3

* La Disabilità Aggiustata per Anni di Vita Persi (DALYs) è un parametro che misura nel complesso i costi sanitari dovuti alla precocità di morte rispetto alla speranza di vita e gli anni vissuti da disabile. Rispetto a questo parametro, nei Paesi industrializzati, il peso dei problemi alcol-correlati e quello dei problemi fumo-correlati si equivalgono.

La tabella riporta una stima corrente dell'impatto sulla salute attribuito a fumo, alcol e droghe illegali.

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie tumorali e per altre patologie che colpiscono l'apparato respiratorio e quello cardiovascolare. Particolarmente rilevante è la mortalità prematura indotta dal fumo: gli anni di vita potenzialmente persi (YPLL) per decessi legati al fumo sono molti di più rispetto a quelli (pur rilevanti) persi in seguito a decesso per incidenti stradali, AIDS e overdose. Il consumo di alcol in Italia è un'abitudine diffusa che, se limitata nelle dosi, può essere benefica per l'organismo. Se fino a qualche anno fa l'alcolismo veniva considerato un problema di ordine etico, oggi anche l'opinione pubblica tende a considerarlo essenzialmente un problema di salute. Quando l'uso diventa eccessivo si hanno serie ripercussioni sulla salute fisica e psichica con insorgenza di alcune patologie quali la cirrosi epatica e la psicosi alcolica e un aumento della mortalità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità suggerisce che nei paesi industrializzati l'alcol sia la causa del 2% della mortalità complessiva, mentre in Italia la Società Italiana di Alcolologia stima che i decessi attribuibili ai problemi e alle patologie alcol-correlati (PPAC) risultino pari al 3% delle morti per tutte le cause, andando a costituire la terza/quarta causa di morte. Inoltre, le stime sull'incidenza del fattore alcol tra le cause di ricoveri ospedalieri in Italia variano tra il 10% ed il 50%.

2.5. INFORMAZIONI GENERALI SULLO STATO DI SALUTE DESUMIBILI DALLA MORTALITÀ NEL 2003

Lo studio delle cause di morte fornisce un'indicazione parziale dello stato di salute di una popolazione: non ci informa su molte malattie, importanti per numero di persone malate o per gravità, ma si tratta comunque di un'informazione assai utile.

Le principali cause di morte dei ferraresi sono le malattie cardiovascolari, i tumori e le malattie dell'apparato respiratorio. A Ferrara si osserva anche nel 2003 un eccesso di mortalità rispetto alla regione, come riporta la tabella sottostante.

RAPPORTO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ¹⁰ (2003)

	Provincia di Ferrara	Emilia-Romagna
Mortalità generale ¹¹ tutte le età	Maschi 111 (I.C.: 106-116) Femmine 105 (I.C.: 101-109)	100
Mortalità generale età <75 anni	Maschi 114 (I.C.: 107-121) Femmine 102 (I.C.: 93-111)	100

Fonte: Registro mortalità regionale (Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione)

La standardizzazione per età garantisce che la differenza di mortalità non è da addebitare al maggior numero di anziani presente a Ferrara. Le cause di morte prima dei 75 anni sono meglio circostanziate che non nelle fasce di età successive. Si osserva, negli uomini con età inferiore a 75 anni, la persistenza di una maggiore mortalità in misura statisticamente significativa rispetto alla regione.

PRIME 10 CAUSE DI MORTE NELLA POPOLAZIONE TOTALE NEL 2003

Provincia di Ferrara		Emilia-Romagna	
1. disturbi circolatori encefalo	11%	1. disturbi circolatori encefalo	10%
2. cardiopatia ischemica (escluso infarto)	8%	2. cardiopatia ischemica (escluso infarto)	8%
3. tumore del polmone	6,8%	3. infarto miocardico	6%
4. infarto miocardico	6%	4. tumore del polmone	6%
5. malattia ipertensiva	4%	5. malattia ipertensiva	4%
6. tumore del colon	3%	6. bronchite, enfisema, asma	3%
7. polmonite	3%	7. polmonite	3%
8. diabete	3%	8. tumore dello stomaco	3%
9. bronchite, enfisema, asma	2%	9. tumore del colon	2,5%
10. tumori fegato e vie biliari	2%	10. leucemie e linfomi	2%

Fonte: Elaborazione dei dati del Registro mortalità regionale (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Considerando le singole cause di morte, Ferrara ha una proporzione maggiore (non standardizzata) di mortalità per tumore del polmone rispetto alla regione, ma un minor peso delle malattie legate all'apparato respiratorio. Ferrara ha ancora una proporzione maggiore (non pesata) di mortalità per tumore del colon e una proporzione minore di leucemie e linfomi.

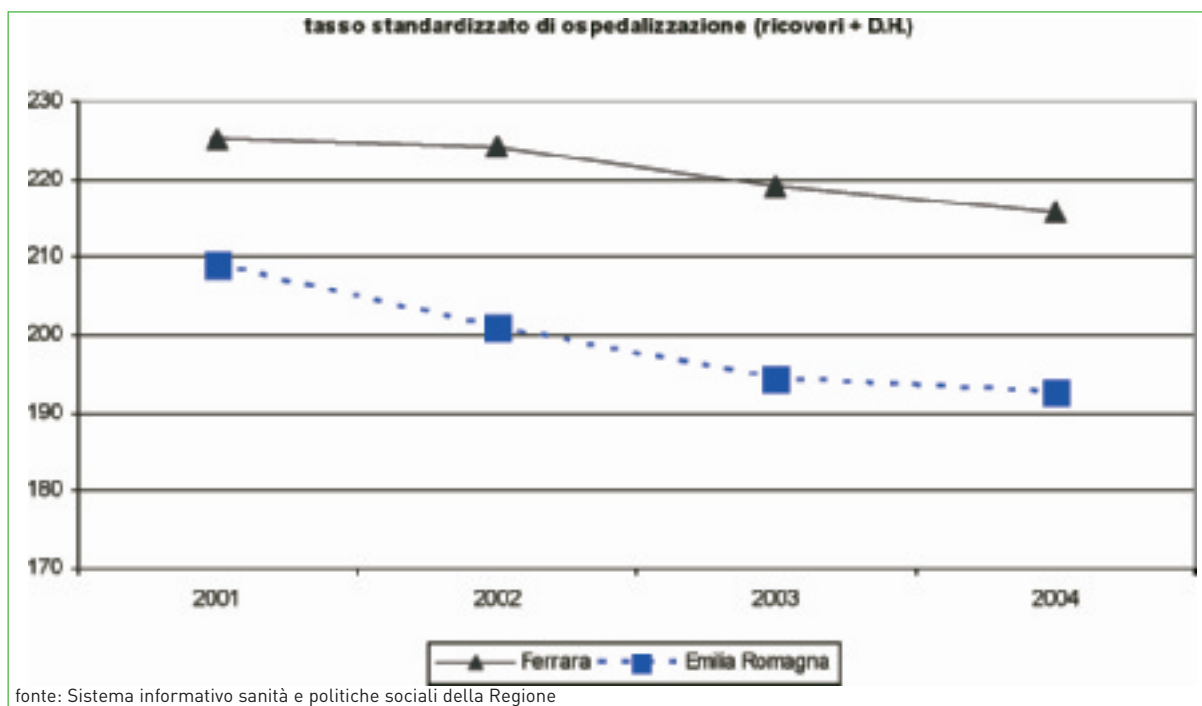
2.6. INFORMAZIONI GENERALI SULLO STATO DI SALUTE DESUMIBILI DAI RICOVERI 2004

L'andamento del tasso di ospedalizzazione provinciale è in calo come quello regionale, ma mantiene costante negli anni un gradiente di circa 15-20 ricoveri in più per mille abitanti.

Nel 2004, il tasso di ospedalizzazione standardizzato regionale è di 192,8 contro 215,5 della provincia di Ferrara.

¹⁰ Confronta la mortalità della Provincia di Ferrara con la mortalità dell'Emilia-Romagna

¹¹ Mortalità generale: mortalità per tutte le cause



DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI RICOVERI (ORDINARI E DAY HOSPITAL) A FERRARA

Anno 2004	Distretto Centro Nord	Distretto Est	Distretto Ovest	Azienda USL
(Percentuale di popolazione, per confronto)	(51)	(29)	(20)	(100)
Numero di ricoveri	39.791	20.983	13.921	74.695
Percentuale di ricoveri sul totale	53	28	19	100

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO¹² (Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione)

GRADUATORIA DELLE CAUSE DI RICOVERO (ORDINARIO ED IN DAY HOSPITAL) ORDINATE SECONDO LE PRIME 10 MDC (CATEGORIA DIAGNOSTICA MAGGIORE)¹³ DI RICOVERO (2004)

Provincia di Ferrara		Emilia-Romagna	
1. malattie cardiovascolari	15%	1. malattie cardiovascolari	14%
2. app. muscolo-scheletrico	12%	2. app. muscolo-scheletrico	12%
3. app. digerente	10%	3. app. digerente	9%
4. sistema nervoso	8%	4. sistema nervoso	7%
5. malattie respiratorie	7%	5. malattie respiratorie	7%
6. gravidanza e parto	6%	6. gravidanza e parto	7%
7. malattie mielo-proliferative	6%	7. malattie mielo-proliferative	6%
8. app. riproduttivo femminile	5%	8. assistenza neonatale	5%
9. rene	5%	9. rene	4%
10. pelle	4%	10. occhio	4%
totale=78% dei ricoveri (58.000)		totale=75% dei ricoveri	

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione)

¹² SDO: schede di dimissione ospedaliera

¹³ MDC: Categorie Diagnostiche Maggiori: sono i gruppi di DRG (Diagnosis Related Groups - raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) afferenti ad una stessa categoria diagnostica

**GRADUATORIA DEI PRIMI CINQUE DRG NEL 2004
PER ALCUNE CATEGORIE DIAGNOSTICHE MAGGIORI (MDC)**

Categorie diagnostiche maggiori (MDC)	Percentuale di ricoveri dei residenti in provincia di Ferrara
MDC "malattie cardiovascolari"	1. DRG 127 insufficienza cardiaca 19% 2. DRG 119 legatura stripping vene 11% 3. DRG 112 angioplastica coronarica 6% 4. DRG 139 aritmie cardiache 6% 5. DRG 140 angina pectoris 4% totale spiegato dai primi 5 DRG = 46% dei ricoveri per malattie cardiovascolari (5.063 ricoveri su 10.692)
MDC "malattie apparato muscolo-scheletrico"	1. DRG 209 interventi su articolazioni maggiori 11% 2. DRG 222 interventi ginocchio 11% 3. DRG 229 interventi mano e polso 9% 4. DRG 231 rimozione mezzi intramidollari 7% 5. DRG 215 interventi dorso e collo 6% totale spiegato dai primi 5 DRG = 44% dei ricoveri (3.705 ricoveri su 8485)
MDC "malattie sistema nervoso"	1. DRG 14 malattie cerebrovascolari specifiche 19% 2. DRG 12 disturbi degenerativi 15% 3. DRG 15 TIA 12% 4. DRG 17 malattie cerebrovascolari aspecifiche 6% 5. DRG 05 interventi su vasi extracranici 4% totale spiegato dai primi 5 DRG = 56% (3.157 ricoveri su 5.597)
MDC "malattie apparato digerente"	1. DRG 162 ernia inguinale e femorale 14% 2. DRG 183 miscellanea malattie digerente 12% 3. DRG 158 intervento su ano e stoma 9% 4. DRG 172 neoplasie del digerente 6% 5. DRG 148 interventi maggiori su intestino 5% totale spiegato dai primi 5 DRG = 46% dei ricoveri (3.180 ricoveri su 6.995)
MDC "malattie apparato respiratorio"	1. DRG 82 neoplasia polmone 19% 2. DRG 89 e 90 polmonite 19% 3. DRG 87 insufficienza respiratoria 14% 4. DRG 88 COPD 11% 5. DRG 78 embolia polmonare 4% totale spiegato dai primi 5 DRG = 67% dei ricoveri (3.248 ricoveri su 4.885)

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione)

L'analisi delle cause di ricovero è stata condotta su grandi gruppi denominati categorie diagnostiche maggiori o MDC, da cui si riscontra una sostanziale uniformità con la distribuzione in regione, tranne per l'ottava e la decima posizione.

Al secondo posto per numero di ricoveri complessivo compaiono le malattie muscolo-scheletriche: malattie che colpiscono la popolazione in forme per lo più croniche e con effetti variamente marcati sulla qualità di vita, e dunque impongono un carico assistenziale (limitazione dell'attività, farmaci, trattamenti riabilitativi, ricoveri) che diventa rilevante.

Al fine di illustrare le principali cause di ricovero che compongono i gruppi chiamati MDC, è stata costruita la tabella che segue.

Disturbi anche banali (varici venose, ernie) contribuiscono con un numero considerevole di ricoveri.

La tabella riporta i DRG che motivano il 25% dei ricoveri verificatisi nel 2004. È stata elaborata per fornire un'indicazione approssimativa sul carico di alcune malattie importanti, che danno luogo ad un elevato numero di ricoveri ospedalieri, e dunque possono rappresentare altrettante criticità.

La tabella è divisa in cinque riquadri: un riquadro per ciascuna delle prime cinque categorie diagnostiche maggiori (MDC) ordinate in base al numero di ricoveri.

In ciascun riquadro sono riportati i primi cinque DRG con il più elevato numero di ricoveri e le percentuali calcolate sul totale dei ricoveri registrati per quella categoria diagnostica (il 100% corrisponde al totale dei ricoveri per ciascuna categoria MDC). Alcune **criticità** che emergono dalla lettura della tabella possono essere così sintetizzate:

1. lo **scompenso cardiaco** è una causa importante di ricovero: nel 2004 ha comportato 2.000 ricoveri circa sui 10.000 ricoveri per disturbi cardiovascolari;
2. le **malattie cerebrovascolari specifiche**, comprendenti ictus ed emorragia cerebrale, costituiscono un carico importante: nel 2004 sono circa 1.000 ricoveri su 5.600 ricoveri per malattie del sistema nervoso;
3. gli **interventi chirurgici sulle grosse articolazioni** costituiscono un importante peso di malattia: circa 1.800 ricoveri nel 2004 per interventi su articolazioni maggiori e sul ginocchio. Questi ultimi comprendono anche gli interventi per meniscopatie;
4. l'**insufficienza respiratoria** costituisce un altro importante carico di malattia: circa 1200 ricoveri l'anno per insufficienza respiratoria e BPCO¹⁴, su 5.000 ricoveri per malattie respiratorie. Questi comprendono anche circa 1.000 ricoveri per tumore del polmone e altrettanti per polmonite.
5. Un **gruppo di patologie spesso relativamente banali** fa da contraltare con le importanti patologie appena elencate: circa 1.000 ricoveri l'anno per legatura e stripping di vene; circa 1.000 ricoveri l'anno per ernia inguinale e femorale; circa 500 interventi l'anno alla mano e polso, in buona parte per sindrome del tunnel carpale.

2.7. I BISOGNI DI SALUTE VALUTATI IN BASE ALLA MISURA DEI CARICHI DI MALATTIA

2.7.1. Le malattie del sistema circolatorio

Considerate nel loro insieme, sono la prima causa di morte e la prima causa di ricovero.

¹⁴ BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

I dati di mortalità non sono però in grado di rappresentare fedelmente la prevalenza di queste malattie nella popolazione, per le quali non esistono peraltro registri di patologia nel nostro territorio.

Considerando la mortalità dovuta a tutte le malattie circolatorie nel loro insieme e le malattie ischemiche del miocardio (le più frequenti dell'intero gruppo), non si apprezzano differenze significative tra Ferrara e la Regione Emilia-Romagna.

TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER ALCUNE MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO NEL 2003*

	Provincia di Ferrara		Emilia-Romagna	
	Tasso standardizzato	Errore standard	Tasso standardizzato	Errore standard
Tutte le malattie cardiovascolari (390-459)	497,2	11,66	472,7	3,38
Infarto acuto del miocardio (410)	77,23	4,53	74,14	1,33
Altre malattie ischemiche del cuore (411-414)	101,8	5,27	96,2	1,53

*Il tasso è calcolato per 100.000 individui. La standardizzazione sulla popolazione è stata calcolata sulla composizione per età dell'Emilia-Romagna al 1998.
Fonte: registro mortalità regionale (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Le malattie del sistema cardiocircolatorio sono patologie a carattere degenerativo con decorso cronico: ogni anno un numero consistente di persone si ammala di malattie cardiocircolatorie, aumentando il numero globale (prevalenza) di persone malate. L'indagine multiscopo sulle famiglie dal titolo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, ISTAT, 1999-2000, su un campione di popolazione, ha stimato la prevalenza delle principali malattie croniche nel territorio nazionale.

Dall'indagine emerge che una persona su cinque (181,5 ogni 1.000 abitanti in Italia e 189,3 ogni 1.000 abitanti in Emilia-Romagna) presenta una patologia a carico del sistema cardiocircolatorio.

PERSONE CON MALATTIE CRONICHE DICHIARATE (ogni 1.000 persone)

	Emilia-Romagna	Italia
Ipertensione arteriosa	125,5	118,7
Infarto del miocardio	10,6	11,3
Angina pectoris	10,2	8,9
Altre malattie del cuore	31,5	33,9
Trombosi, embolia, emorragia cerebrale	11,5	8,7
Bronchite cronica, enfisema, insuff. respiratoria	46,7	43,6
Asma bronchiale	36,4	31
Tumore	8,6	9,4

Fonte: ISTAT Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 1999-2000

Utilizzando la prevalenza stimata dall'ISTAT, la proiezione del numero di persone affette da una malattia cardiocircolatoria nell'Azienda USL fornisce una stima di 65.000 malati circa.

Alcuni dati sui ricoveri confermano il carico che questa patologia costituisce a Ferrara.

Considerando i 40 DRG a maggior assorbimento di risorse fra i ricoveri dei residenti a Ferrara nel 2001, risulta che ben otto di questi hanno riguardato patologie cardiovascolari e la somma dei loro importi assorbe il 25% dell'intero ammontare delle risorse ospedaliere del 2001.

Nel 2004, ben 10.692 ricoveri su 79.800 ricoveri complessivi sono stati dovuti a malattie circolatorie. **Un dato da sottolineare è il peso che lo scompenso cardiaco mantiene sulla popolazione:** in tale gruppo di malattie, questa causa ha motivato **1 ricovero su 10**. Oltre all'aumentata sopravvivenza di anziani cardiopatici, concorre l'aumento, per esempio, delle cardiopatie dilatative, anche tra persone "giovani" (con età <65 anni).

I consumi di farmaci cardiocircolatori mostrano un andamento sostanzialmente sovrapponibile con la Regione.

CONSUMO DI ALCUNE CATEGORIE DI FARMACI PER L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO NEL 2004*		
	Terapia cardiaca	Calcioantagonisti
Ferrara	52,43	67,16
Emilia-Romagna	47,53	61,81

Fonte: Sistema informativo regionale sanità e politiche sociali - banca dati assistenza farmaceutica territoriale
 * consumo espresso come numero DDD¹⁵, ogni 1.000 abitanti
 I dati sono stati estratti usando come chiave il gruppo terapeutico principale (ATC2).

La tabella che segue riporta i dati sui ricoveri per malattie ischemiche del miocardio nell'anno 2004.

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER CARDIOPATIE ISCHEMICHE NEL 2004*					
Anno 2004	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Numero di SDO per cardiopatia ischemica	1394	767	525	2686	28.059
Cardiopatia ischemica	7,9	7,6	7,5	7,7	6,8
Cardiopatia ischemica età <65 anni	2,9	3,2	3,2	3,0	2,5
Cardiopatia ischemica età >65 anni	22,1	21,0	21,6	21,7	21,7
Infarto miocardio acuto	3,1	4	2,2	3	2,7

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)
 *I tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi Day Hospital ed espressi per mille. I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione (ICD-9 CM 410-414).

¹⁵ DDD: dosi definite al giorno, è l'unità di misura che consente confronti omogenei sul consumo di un farmaco.

Diversi motivi rendono i dati di questa tabella, **e delle successive**, poco rappresentativi del carico che una malattia comporta su una popolazione. **Tra questi:**

1. si tratta di **dati sui ricoveri e non sui malati**: i ricoveri non danno un'informazione diretta sul numero di persone affette da una data malattia;
2. si tratta di **tassi grezzi di ospedalizzazione**, sui quali può influire la diversa età media delle popolazioni di riferimento e quindi determinare differenze nel confronto fra i Distretti. È noto, ad esempio, che le malattie croniche, di cui quelle circolatorie fanno parte, sono molto numerose nell'età anziana.

Occorre dunque molta cautela nel trarre conclusioni dall'analisi dei tassi grezzi di ospedalizzazione. Questi forniscono un'idea sull'ordine di grandezza del problema e soprattutto sul carico assistenziale che comporta.

Pur tenendo presenti queste cautele, non si apprezzano consistenti differenze tra i tassi di ricovero dei tre Distretti dell'Azienda USL di Ferrara.

Il raffronto con la regione evidenzia invece un surplus di ricoveri in provincia.

La tabella conferma l'importanza di queste patologie croniche per l'età anziana, dimostrata dalla diversa presenza di cardiopatie ischemiche prima e dopo i 65 anni.

Gli interventi di rivascolarizzazione nella coronaropatia costituiscono un ulteriore indicatore utile, benché affetto da imprecisioni, del carico costituito da queste malattie.

TASSI DI INTERVENTO PER RIVASCOLARIZZAZIONE CORONARICA NEL 2004*

	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Numero di SDO per angioplastica	301	135	88	524	8.118
Tasso di interventi per angioplastica	1,71	1,33	1,25	1,51	1,98
Numero di SDO per by-pass aorto-coronarico	94	55	46	195	1.568
Tasso di interventi per by-pass aorto-coronarico	0,53	0,54	0,65	0,56	0,38

*i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi Day Hospital ed espressi per mille. I dati sono stati estratti usando come chiave il DRG¹⁶ (DRG 112 per PTCA e DRG 106-107 per BPCA)

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

NUMERO DI PAZIENTI CONTROLLATI PER TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE NEL 2004*

	Distretto Centro Nord	Percentuale	Distretto Sud Est	Percentuale	Distretto Ovest	Percentuale	Azienda USL
Trattamenti anticoagulanti cronici	2.311	54	1.460	34	523	12	4.234

Fonte: laboratorio centralizzato Azienda USL Ferrara (a cura del dott. Carandina)

*i pazienti sono conteggiati secondo il Centro specialistico per la coagulazione al quale accedono, e non in base alla residenza.

¹⁶ **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).

La terapia anticoagulante orale cronica (TAO) viene prescritta nell'ambito di varie malattie cardiocircolatorie. **Lo scopo primario della terapia anticoagulante è di prevenire le manifestazioni tromboemboliche**, attraverso la depressione della coagulabilità del sangue.

La TAO comporta un importante carico assistenziale in quanto richiede che il paziente si rechi presso un centro specialistico per un controllo da parte di personale medico esperto in media ogni 3-4 settimane.

La conoscenza del numero di pazienti in trattamento anticoagulante consente una visione, sia pure parziale, del peso di questa condizione nella popolazione.

Un gruppo di lavoro sulla TAO ha stimato che, nel 2003, l'1,46% della popolazione regionale in Emilia-Romagna effettuò una TAO contro una percentuale dell'1,39% a Ferrara.

Nel 2004 i pazienti seguiti presso i centri della provincia sono stati 4.234, pari all'1,21% della popolazione. La tabella riporta la distribuzione per Distretto.

Disturbi circolatori dell'encefalo

Un sottogruppo particolarmente importante, per l'alto numero di persone colpite, è quello che comprende i **disturbi del circolo cerebrale** (es. ictus), responsabili di circa un quarto di tutti i decessi per cause derivate da malattie cardio-circolatorie.

TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER MALATTIE CEREBROVASCOLARI NEL 2003*				
	Provincia di Ferrara		Emilia-Romagna	
	Tasso standardizzato	Errore standard	Tasso standardizzato	Errore standard
Malattie cerebrovascolari [430-438]	135,90	6,07	117,90	1,69

* Il tasso è calcolato per 100.000 individui. La standardizzazione sulla popolazione è stata calcolata sulla composizione per età dell'Emilia-Romagna al 1998.
Fonte: Registro mortalità regionale (Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione)

Si riporta solo il dato di mortalità riferito alla popolazione totale, in quanto non si rilevano differenze tra i sessi.

In termini di ricovero, le malattie cerebrovascolari comportano un notevole carico: nel 2004 sono state ricoverate 1.100 persone per malattie cerebrovascolari (ictus ed emorragie cerebrali) e 700 per attacchi ischemici transitori. Oltre 200 gli interventi per disostruzione delle arterie carotidee.

Le malattie cerebrovascolari costituiscono una patologia che colpisce prevalentemente le persone anziane, per esempio sotto forma di ictus cerebrali, con frequenti esiti in gravi invalidità croniche che comportano rilevanti pesi assistenziali.

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER CEREBROPATIE VASCOLARI NEL 2004*

	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Numero di SDO per cerebropatie vascolari	1.731	766	474	2.971	25.945
Cebropatie vascolari	9,8	7,5	6,7	8,5	6,3
Cebropatie vascolari <65 anni	1,9	1,8	1,5	1,8	1,3
Cebropatie vascolari >65 anni	32,2	24,9	24,2	28,6	23,6

* I tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi Day Hospital ed espressi per mille. I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione (430-438).
Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

I tassi grezzi di ospedalizzazione mostrano con grande evidenza l'importanza di queste malattie nelle persone ultra 65enni. Confrontando i dati con le cautele indicate a proposito dei ricoveri per cardiopatie ischemiche, si apprezza una certa differenza a carico del Distretto Centro Nord, a prima vista non completamente giustificato dalla più elevata percentuale di persone anziane residenti.

Prevalenza di alcuni fattori di rischio per le malattie del sistema cardiocircolatorio**• Iperensione arteriosa**

Esistono indizi di una maggiore prevalenza di ipertensione arteriosa a Ferrara: dalle esenzioni per patologia e dal consumo di farmaci anti-ipertensivi.

Le **esenzioni ticket** per patologia ipertensiva mostrano una distribuzione territoriale disomogenea: nel 2002 il tasso di esenzione a Ferrara era di 105 esenti ogni 1.000 abitanti contro una media regionale di 79. Nel 2004 il tasso di esenzione a Ferrara è aumentato a 119 esenti ogni mille abitanti.

Le differenze possono essere in parte attribuite a diversi criteri diagnostici e di arruolamento utilizzati nei vari territori: si consideri, ad esempio, che il tasso di esenzione per altre patologie cardiache nel 2002 in provincia di Ferrara era del 12‰, mentre in regione era pari al 17‰.

La tabella evidenzia un maggior **consumo di alcuni farmaci** anti-ipertensivi attribuito a Ferrara, tra i 25 gruppi terapeutici principali a maggior consumo regionale, per l'anno 2004.

INDICI DI CONSUMO DI ALCUNI FARMACI ANTI-IPERTENSIVI NEL 2004*

	Antipertensivi	Diuretici	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina
Ferrara	12,49	55,36	176,27
Emilia-Romagna	9,97	34	157,82

Fonte: Sistema informativo regionale sanità e politiche sociali - banca dati assistenza farmaceutica territoriale
* consumo espresso come numero DDD/1000 abitanti. I dati sono stati estratti usando come chiave il gruppo terapeutico principale (ATC2).

• Ipercolesterolemia LDL

Esistono indizi di una maggiore prevalenza di ipercolesterolemia a Ferrara: dalle esen-

zioni per patologia e dal consumo di farmaci anti-ipertensivi.

Le esenzioni per ipercolesterolemia riconosciute a Ferrara nel 2002 ammontavano ad un tasso del 9‰, mentre in regione il tasso era pari al 4‰. Nel 2004 il tasso di esenzione a Ferrara per ipercolesterolemia è arrivato al 12‰.

Anche in questo caso occorre applicare le medesime cautele cui si è accennato poco sopra parlando di ipertensione.

La tabella evidenzia il maggior **consumo di farmaci** anti-ipercolesterolemici a Ferrara nel 2004. Va ricordato che il trattamento dell'ipercolesterolemia, mirato ad abbassare il rischio di cardiopatie, offre la possibilità di scegliere approcci diversi, di tipo farmacologico ma anche di tipo non farmacologico (dieta, attività fisica, astensione dagli alcolici).

INDICI DI CONSUMO DI ALCUNI FARMACI PER IL CONTROLLO	
Sostanze ipolipemizzanti	
Provincia di Ferrara	67,73
Emilia-Romagna	59,11

Fonte: Sistema informativo regionale sanità e politiche sociali - banca dati assistenza farmaceutica territoriale
* consumo espresso come numero DDD/1000 abitanti. I dati sono stati estratti usando come chiave il gruppo terapeutico principale (ATC2).

• Diabete mellito

Il diabete mellito è una grave malattia metabolica e un importante fattore di rischio per le malattie circolatorie.

I soggetti maggiormente a rischio per lo sviluppo di malattie cardiocircolatorie sono persone affette da diabete di tipo 2 (diabete dell'adulto, non insulino-dipendente), ma che non sanno di essere malate perché asintomatiche. Il diabete infatti, pur essendo frequente, può essere asintomatico per molti anni. La forma tipo 2 è inoltre strettamente intrecciata con gli altri fattori di rischio per le medesime malattie (assenza di attività fisica, obesità).

Da questo punto di vista, è fondamentale implementare azioni per l'individuazione precoce dei soggetti con diabete. Ferrara da molti anni ha avviato programmi di ricerca dei diabetici.

Logica conseguenza di queste campagne di prevenzione è una prevalenza di diabete nettamente superiore alla media regionale (4% di esenzioni contro una media regionale pari a 2,4%).

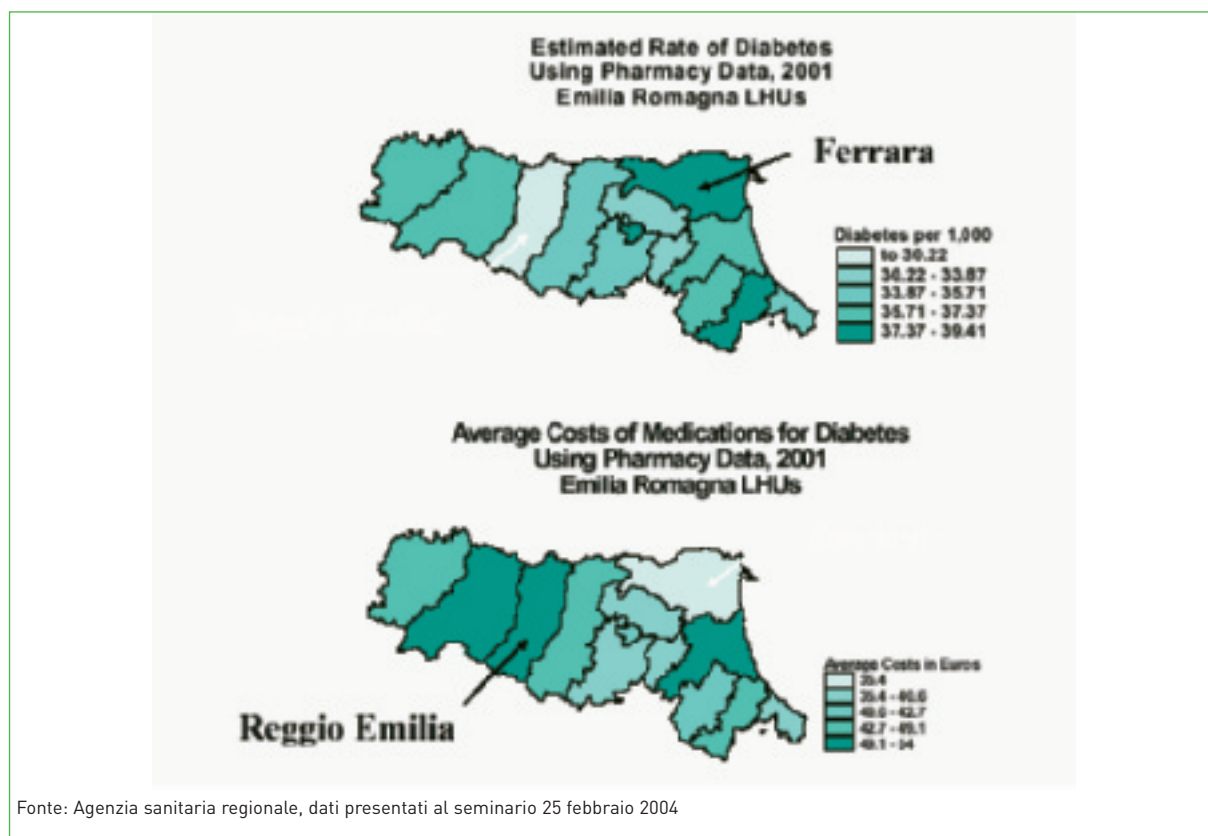
L'intenso lavoro svolto, di concerto tra medici di medicina generale e centri antidiabetici, è sfociato nella costruzione di un **registro di patologia alimentato dai dati provenienti da tutti i Centri Antidiabete e dal personale sanitario che assiste pazienti diabetici**.

Il miglior dato di prevalenza¹⁷ disponibile è riportato nella prima riga della tabella sottostante: 5,5% della popolazione ferrarese risulta diabetica, con lievi variazioni dal 5% al 6% nei tre Distretti.

¹⁷ Prevalenza: numero di persone affette da una malattia.

PREVALENZA E TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIABETE NEL 2004*						
	Distretto Centro	Distretto Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia-Romagna
Prevalenza stimata diabete tipo 1 e tipo 2*	5,6%	6%	5%	5,5%	5,5%	n.d.
Esenzione ticket per diabete **	4,9%	5,2%	4%	4,8%	4,8%	n.d.
Numero di SDO per diabete ***	234	125	79	438	438	4.703
Ricoveri totali per diabete	1,3	1,2	1,1	1,3	1,3	1,1
Ricoveri totali per diabete <65 anni	0,9	0,7	0,8	0,8	0,8	0,6
Ricoveri totali per diabete >65 anni	2,5	3,0	2,2	2,6	2,6	3,0

*I tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi Day Hospital ed espressi per mille. I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione. n.d.: non disponibile.
 Fonti: *registro Azienda USL Diabete; ** Dipartimento Cure Primarie; *** Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione



Il consumo di farmaci per il diabete a Ferrara si presenta invece come il più basso a livello regionale. Questo fatto riconosce probabilmente il concorso di più cause. Da un lato una diagnosi effettuata in epoca precoce rispetto all'insorgenza facilita l'adozione tempestiva di provvedimenti dietetici e di stili di vita che limitano la necessità del ricorso a farmaci, dall'altro l'applicazione di linee guida condivise sul diabete e l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati ha migliorato l'appropriatezza degli interventi.

2.7.2. I TUMORI

Sulla base dei dati attuali di incidenza¹⁸ e mortalità per tumori, ogni anno a Ferrara sono attesi circa 2.100 nuovi casi di tumore e circa 1400 decessi.

I tumori sono diventati, nel 2003, la prima causa di morte per i maschi a Ferrara, mentre costituiscono per le femmine la seconda causa di morte; in Italia sono la seconda causa di morte per entrambi i generi.

Inoltre, l'incidenza di queste patologie è in costante aumento. Questo è dovuto soprattutto all'aumento della quota di popolazione anziana: i tumori sono infatti malattie tipiche dell'età avanzata.

Aumenta anche la sopravvivenza: se all'inizio del 1900 solo il 5% di chi si ammalava di cancro riusciva a guarire, oggi la percentuale (sopravvivenza a 5 anni relativa al periodo 1994-1999, dati AIRT¹⁹) è salita fino al 37% per gli uomini e 56% per le donne, registrando un +6% rispetto alle rilevazioni precedenti. I valori di sopravvivenza osservati a Ferrara sono in linea con i valori medi osservati nei Registri Tumori italiani.

I tumori sono un gruppo di malattie dal comportamento biologico e clinico eterogeneo. La sopravvivenza dopo la diagnosi di tumore varia, in funzione di numerose caratteristiche del tumore stesso (tipo istologico, comportamento biologico, diffusione, possibilità terapeutiche). Per alcune forme tumorali la sopravvivenza dopo cinque anni dalla diagnosi è molto bassa, per altre forme è viceversa alta.

In linea generale possono essere distinti quattro gruppi di tumori:

a) **Tumori in aumento per una possibile maggior presenza dei fattori di rischio:** in questo ambito troviamo, con intensità diverse, i linfomi, i tumori del pancreas, del fegato, della tiroide (quest'ultimo accompagnato però da un calo della mortalità), insieme al mesotelioma collegato all'esposizione ad amianto dei decenni scorsi ed al melanoma cutaneo. Costituiscono una sollecitazione per l'approfondimento epidemiologico sulla diffusione dei fattori di rischio e per interventi di controllo e prevenzione.

b) **Tumori in modesta diminuzione per effetto di fenomeni incidentali:** è tipicamente il caso dei tumori polmonari nei maschi, in modesto calo per fenomeni demografici e per la cessazione dell'abitudine al fumo - fenomeno sporadico e probabilmente già terminato - osservata negli scorsi anni tra i giovani fumatori. Si tratta di un calo non ascrivibile a sostanziali provvedimenti di prevenzione, e molto al di sotto delle possibilità di intervento su fattori di rischio noti.

c) **Tumori in significativa diminuzione per effetto della prevenzione:** si annoverano in questo scenario i tumori dell'esofago e dello stomaco, per l'effetto nel tempo di una sempre più diffusa prevenzione primaria e secondaria, e la mortalità per tumori della cervice uterina, in relazione allo screening che ha permesso di intervenire efficacemente già sulle lesioni a rischio.

d) **Tumori con incidenza e mortalità sostanzialmente stabile:** sono i tumori di colecisti e vie biliari, tumori del polmone nel sesso femminile (di cui però è possibile un aumento nel futuro), tumori del collo dell'utero e dell'ovaio, tumori renali e leucemie.

Il progressivo aumento dell'età media (è noto che i tumori sono soprattutto una malattia dell'età avanzata, indipendentemente dal controllo dei fattori di rischio preveni-

¹⁸ **Incidenza:** comparsa di nuovi casi.

¹⁹ **AIRT:** Associazione Italiana Dei Registri Tumori.

bili) fa ragionevolmente prevedere che i carichi sociali ed assistenziali nei confronti dei tumori maligni siano destinati ad aumentare nei prossimi anni.

Quattro sono le **aree d'azione** verso i tumori:

1. Prevenzione

Confronti temporali e geografici delle incidenze tumorali hanno suggerito che almeno tre quarti dei tumori maligni sono attribuibili a fattori esogeni.

La prevenzione consiste nelle azioni per la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio noti, soprattutto: alcol, fumo, cancerogeni professionali, componenti della dieta, inquinamento atmosferico.

Si riporta una tabella che evidenzia l'impatto teorico atteso da politiche e interventi di prevenzione primaria.

STIMA DELLE MORTI PER TUMORE EVITABILI (SULLA BASE DEI DATI ITALIANI DI MORTALITÀ DEL 1995)	
Intervento	Percentuale delle morti per tumore evitabili
Abolizione del tabacco	28% - 32%
Abolizione dell'alcol	5%-6%
Riduzione dell'obesità	1%-3%
Abolizione dell'esposizione occupazionale a cancerogeni noti e riduzione dell'inquinamento ambientale	1%-4%
Riduzione dell'esposizione ai raggi solari e altre radiazioni UV	0,5%-1%
Razionalizzazione dello screening cervicale	circa 1%
Altre procedure di screening (mammografia)	circa 1%
Razionalizzazione degli interventi terapeutici	circa 1%
totale	circa 40%

Fonte: La Vecchia C. Come evitare la malattia - Caleidoscopio; 140, 2000

2. Diagnosi precoce

Il razionale degli screening oncologici è basato sulle seguenti considerazioni:

- la malattia che si vuole identificare è un problema di salute pubblica che coinvolge un grande numero di persone;
- esistono lesioni precancerose o stadi precoci della malattia che è possibile diagnosticare;
- esiste un test diagnostico sicuro e di facile effettuazione;
- il trattamento terapeutico effettuato durante lo stadio precoce della malattia comporta una riduzione della mortalità e/o dell'incidenza rispetto ad un trattamento in uno stadio più tardivo;
- esistono strutture qualificate in grado di effettuare diagnosi e terapie adeguate.

Attualmente sono in corso nella nostra Azienda tutti gli screening oncologici con efficacia accreditata: gli screening per i tumori femminili (collo dell'utero e mammella) e lo screening per il carcinoma del colon-retto.

È disponibile un dato sui risultati degli screening: nei tre round dello screening per il tumore della mammella, avviato nel 1997, si stima che siano stati salvati, grazie al programma medesimo, 1.815 anni di vita.

3. Diagnosi e terapia

Per il paziente che si presenta alla struttura sanitaria con un sintomo sospetto per presenza di tumore, vi è necessità di un'identificazione tempestiva dell'eventuale malattia tumorale e di un avvio sollecito delle migliori e più appropriate terapie, una volta precisata la diagnosi.

A Ferrara sono attesi circa 2.100 nuovi malati di tumore ogni anno, per i quali sono necessari idonei percorsi diagnostico-terapeutici. Da questa stima sono escluse le diagnosi di tumore della cute non melanotici, a prognosi generalmente favorevole in quanto caratterizzati da precocità di diagnosi e bassa malignità, che ammontano a circa 2.000 persone ogni anno.

Una descrizione completa del carico assistenziale di queste malattie deve tener conto del fatto che alle persone riscontrate malate di tumore per la prima volta, si aggiungono i malati di tumore diagnosticati negli anni precedenti ed ancora in vita, che necessitano di *follow up* e di terapie.

Applicando una stima²⁰ di prevalenza regionale, i malati di tumore presenti oggi a Ferrara sono circa 11.000.

4. Cure palliative

L'assistenza al paziente terminale è un elemento importante per la qualità di vita di tutte le persone malate, in particolare per i pazienti con tumore.

Le cure palliative sono un compito affidato a tutte le persone coinvolte nell'assistenza ai pazienti, ma esiste una struttura specificamente deputata a questo tipo di cure: l'Hospice.

Da tempo opera a Ferrara questo servizio: si riportano i dati dell'attività di Hospice erogata nel 2004.

INDICATORI DELL'ASSISTENZA PALLIATIVA NELL'ANNO 2004

	Distretto Centro Nord	Percentuale sull'Azienda USL	Distretto Sud Est	Percentuale sull'Azienda USL	Distretto Ovest	Percentuale sull'Azienda USL	Azienda USL FE	Percentuale FE sulla Regione	Regione Emilia Romagna
N° assistiti:	188	78	23	10	28	12	239	12	1999
Volume assistenza (giornate di degenza)	3100 giornate	78	390 giornate	10	473 giornate	12	3963 giornate	12	33.691 giornate

Fonte: Elaborazione di dati estratti da Sistema informativo sanità e politiche sociali - Banca dati HOSPICE, Regione Emilia-Romagna.

2.7.3. Le malattie respiratorie e il tumore del polmone

Le malattie respiratorie costituiscono la terza causa di morte e la quinta causa di ricovero.

Il fumo di tabacco è il principale, ma non unico, fattore di rischio per le malattie considerate in questo paragrafo.

Il tumore del polmone

A Ferrara, è tra le maggiori cause di morte: la terza singola causa di morte nella popolazione. La sopravvivenza è molto bassa: **solo il 10% circa dei malati sopravvive dopo 5 anni.**

Nei maschi rimane una maggiore mortalità rispetto alla media regionale e a numerose aziende della regione, anche nel caso di province con sviluppo industriale maggiore rispetto a Ferrara.

MORTALITÀ PER TUMORE DEL POLMONE NEL 2003*						
	Azienda USL Ferrara		Emilia-Romagna		Azienda USL Modena	
	tasso	Errore standard	tasso	Errore standard	tasso	Errore standard
Mortalità per tumore del polmone uomini	134,23	8,40	109,87	2,31	101,05	5,75
Mortalità per tumore del polmone donne	28,23	3,73	29,57	1,17	25,02	2,81

*tassi standardizzati di mortalità sulla popolazione Emilia-Romagna 1998
Fonte: Registro mortalità regionale (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

La maggiore mortalità per tumore del polmone è condivisa con un'ampia area costiera del Nord Est che si estende da Trieste a Ravenna: **le cause non sono state individuate con certezza.** Esistono varie ipotesi, e in alcune indagini è stata dimostrata la presenza di un'associazione tra esposizione a qualche fattore indagato e mortalità per tumore polmonare (ad esempio, a Trieste l'associazione è risultata positiva con la residenza nel centro cittadino; nel basso ferrarese l'associazione è risultata positiva con l'esposizione al fumo e la povertà).

Il tumore del polmone costituisce il tumore con incidenza maggiore (più diagnosticato) nei maschi ed il secondo nelle femmine (dopo il tumore della mammella).

INCIDENZA DEL TUMORE DEL POLMONE* (ANNI '90)						
	Registro Tumori Ferrara		Registro Tumori Romagna		Registro Tumori Modena	
	tasso	Errore standard	tasso	Errore standard	tasso	Errore standard
Incidenza di tumore del polmone uomini negli anni 1993-97	96,1	2,55	85,7	1,49	90,7	1,96
Incidenza di tumore del polmone uomini negli anni 1999-2001	89,3 ^[21]	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Incidenza di tumore del polmone donne negli anni 1993-97	20	1,12	19	0,69	18,2	0,86
Incidenza di tumore del polmone donne negli anni 1999-2001	22,4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

* Tassi standardizzati sulla popolazione italiana 1981. Fonte: Il cancro in Italia - III ed. 2001

Nei dati in tabella si osserva un'incidenza significativamente maggiore di tumore del polmone a Ferrara rispetto alla Romagna, presa come area di confronto. Nessuna differenza invece rispetto a Modena. Sostanzialmente stabile l'incidenza nei maschi e in lieve aumento nelle femmine, per effetto della crescente esposizione al fumo di tabacco negli ultimi decenni da parte delle persone di sesso femminile.

Profilo assistenziale dei malati di tumore del polmone nell'area urbana (area Ovest della provincia) e nell'area rurale (area Est)

Nell'ambito del Piano per la Salute, il Registro Tumori di Ferrara ha condotto un'analisi dei profili assistenziali su un gruppo di malati per tumore del polmone²², con l'obiettivo di studiare le differenze di accesso ai servizi sanitari ospedalieri misurate attraverso i tassi di ospedalizzazione.

L'analisi è stata condotta dividendo la provincia in due aree: un'area "urbana" nella parte Ovest (ex Distretti di Cento e di Ferrara) e un'area "rurale" denominata Est (ex Distretti di Copparo, Portomaggiore e Codigoro). Lo studio ha riguardato i malati diagnosticati dal 1999 al 2001, seguiti fino al 2003.

Si sintetizzano qui alcuni risultati dello studio. Si rinvia alla pubblicazione originale per un quadro completo.

²⁰ Ferretti S., I tumori polmonari in provincia di Ferrara: epidemiologia descrittiva 1995-2001 ed analisi dei profili assistenziali. Differenze fra area urbana e rurale, Ferrara, dicembre 2004.

²⁰ ivi

CONFRONTO DELLE CARATTERISTICHE DEI MALATI DI TUMORE DEL POLMONE (LA PROVINCIA DI FERRARA È STATA SUDDIVISA IN DUE AREE)			
	Area Ovest (ex Distretti di Cento e Ferrara)	Area Est (ex Distretti di Copparo, Codigoro)	Totale provincia
Numero di pazienti	527	398	925
Di cui maschi	415 (78,8%)	331 (83,2%)	749 (80,6%)
Incidenza (tasso standardizzato) maschi	85,7 (I.C. ²³ 70,9 - 100,5)	93,0 (I.C. 75,0 - 111,0)	[differenza non significativa]
Incidenza (tasso standardizzato) femmine	23,4	21	[differenza non significativa]
Conferme diagnostiche cito-istopatologiche	81,5	75,3	[differenza significativa p=0,024]
Forme a stadio avanzato o sconosciuto	47,1	54,8	[differenza significativa p=0,021]

Si trova qui conferma all'osservazione, già nota, che “la residenza in aree rurali rispetto agli insediamenti urbani è associata a diagnosi più tardive e stadio più avanzato o non definito”.

Anche i livelli assistenziali hanno mostrato una certa discontinuità tra le due aree. I malati diagnosticati nel 1999 registrano tassi di ospedalizzazione inferiori ed un minor uso del Day Hospital. La differenza è stata colmata negli anni più recenti. Come riportato nella discussione conclusiva dello studio, “i pazienti residenti nell'area Est con neoplasia incidente (cioè diagnosticata) nel 2001, hanno infatti usufruito, sul piano qualitativo e quantitativo, degli stessi livelli di assistenza ospedaliera dell'area Ovest, per tutte le classi di età e indipendentemente dalle situazioni concomitanti, con un significativo incremento nel periodo”.

Malattie respiratorie

La **Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)** è rappresentativa delle patologie respiratorie croniche più gravi, che portano all'insufficienza respiratoria grave.

²³ I.C.: Intervallo di Confidenza (è una misura della significatività statistica del dato).

TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER MALATTIE POLMONARI CRONICHE OSTRUTTIVE E AFFINI NEL 2003*

	Provincia di Ferrara		Emilia-Romagna		Provincia di Modena	
	Tasso standardizzato	Errore standard	Tasso standardizzato	Errore standard	Tasso standardizzato	Errore standard
malattie polmonari croniche ostruttive e affini - uomini (DRG 490-496)	35,90	4,52	48,88	1,56	45,66	3,97
malattie polmonari croniche ostruttive e affini - donne (DRG 490-496)	24,19	3,52	32,73	1,24	28,26	3,02

* Il tasso è calcolato per 100.000 individui. La standardizzazione sulla popolazione è stata calcolata sulla composizione per età dell'Emilia-Romagna al 1998. Fonte: Registro mortalità regionale (Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione)

La provincia di Ferrara mostra questa situazione abbastanza paradossale, per cui una maggiore incidenza e mortalità per tumore del polmone non vede una corrispondenza in una maggiore mortalità per malattie respiratorie.

L'importanza di questo gruppo di malattie croniche non può essere colta dalle statistiche ospedaliere, in quanto in gran parte sono gestibili con assistenza di tipo ambulatoriale e domiciliare.

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA NEL 2004*

	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia-Romagna
Numero di SDO per BPCO	302	236	126	664	9.124
Ricoveri per BPCO	1,7	2,3	1,8	1,9	2,2
Ricoveri per BPCO <65 anni	0,5	0,5	0,5	0,5	0,7
Ricoveri per BPCO >65 anni	5,1	7,8	6,2	6,1	7,6

* I tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi Day Hospital ed espressi per mille. I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione (490-496).
Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Pur con le solite riserve derivanti dall'uso dei tassi grezzi, si osserva una distribuzione abbastanza omogenea nel territorio delle ospedalizzazioni, con un lieve eccesso negli anziani del Distretto Sud Est. In quest'area il tabagismo ha raggiunto nei decenni trascorsi proporzioni elevatissime tra la popolazione maschile, e si stima che nel secondo dopoguerra circa l'80% dei maschi fumasse. Queste considerazioni derivano dall'analisi dei dati di uno studio caso-controllo realizzato nell'ex distretto di Codigoro nel 1995-96.

2.7.4. Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico

Costituiscono una parte importante del vissuto di malattia della popolazione. Pur trattandosi spesso di malattie croniche, costituiscono il 12% dei ricoveri.

Gli interventi su articolazioni maggiori e ginocchio hanno interessato circa 1.800 persone nel 2004.

NUMERO DI RICOVERI E TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER ARTROPROTESI* (2004)					
	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Numero di ricoveri per artroprotesi	452	285	170	917	10.347
Tasso di dimissione per intervento per protesi d'anca e protesi di ginocchi	2,6	2,8	2,4	2,6	2,5
Numero di ricoveri per artroprotesi >65 anni	385	220	132	737	8.221
Tasso di dimissione per intervento per protesi d'anca e protesi di ginocchio >65 anni	8,4	8,8	8,1	8,4	8,9
* I tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi Day Hospital ed espressi per mille. I dati sono stati estratti usando come chiave il tipo di intervento (MPR ²⁴) MPR 815. Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione)					

Si tratta di malattie croniche che determinano situazioni anche fortemente invalidanti, soprattutto nelle età più avanzate, come illustra anche il tasso di intervento per artroprotesi. Sul numero di protesi d'anca interviene anche l'elevato numero di cadute accidentali sofferto dalle persone anziane. Molte cadute provocano frattura di femore, per il trattamento della quale si deve con frequenza ricorrere alla protesizzazione.

2.7.5. Conseguenze sulla salute degli incidenti stradali e degli incidenti domestici

Incidenti stradali

Gli incidenti stradali sono un problema di sanità pubblica per l'intera regione; in questo panorama, Ferrara è la provincia con i maggiori tassi di mortalità da incidente. Ferrara è anche seconda, nell'area del Nord Est, per incidenza degli eventi mortali sul totale degli incidenti, e mantiene questa posizione anche nella graduatoria dell'indicatore che rapporta il numero di decessi sul quello degli infortunati.

Il rischio di morte per incidente a Ferrara è superiore del 29% rispetto alla media regionale, considerando globalmente la mortalità senza distinzione di sesso. Questo divario è dovuto soprattutto alla mortalità nettamente superiore tra i maschi ferraresi rispetto alla media regionale.

²³MPR: codice dell'intervento effettuato durante il ricovero che è stato utilizzato nel calcolo del DRG.

TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER INCIDENTE STRADALE*				
	Provincia di Ferrara		Emilia-Romagna	
	Tasso standardizzato	I.C. ²⁵ 95%	Tasso standardizzato	I.C. 95%
Mortalità per incidente stradale - uomini	39,2	36,1 - 42,4	29,6	28,8 - 30,4
Mortalità per incidente stradale - donne	11,1	9,5 - 12,7	9,3	8,8 - 9,7

* Il tasso è calcolato per 100.000 individui. La standardizzazione è stata calcolata sulla popolazione di Italia 2001, mortalità cumulativa dal 1994 al 2002
Fonte: Incidenti stradali nel territorio delle Aziende USL di Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini

I maschi giovani e adulti sono le vittime principali della mortalità per incidente stradale, con un significativo divario tra Ferrara e la media regionale.

MORTALITÀ PER INCIDENTE STRADALE TASSI SPECIFICI ETÀ 20-24 ANNI (X 100.000)			
	1994-96	1997-99	2000-2002
Ferrara	75,2	66,2	60,8
Emilia-Romagna	39,5	43,2	34,1

Fonte: Incidenti stradali nel territorio delle Aziende USL di Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini

Le conseguenze in termini di assistenza sanitaria sono rilevanti, come illustrano alcuni indicatori riferiti all'assistenza ospedaliera.

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE IN CONSEGUENZA DI TRAUMI NEL 2004*					
	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia-Romagna
Numero SDO con campo trauma compilato	1.520	921	576	3.017	21.663
Tasso grezzo di ospedalizzazione per trauma	8,64	9,08	8,20	8,68	5,3
Tasso grezzo di ospedalizzazione per trauma da incidente stradale	1,70	1,60	1,80	1,70	1,13
Tasso grezzo di ospedalizzazione per trauma da incidente domestico (somma del campo "incidente domestico" + campo "altro")	5,73	5,83	5,48	5,7	3,33
Tasso grezzo di ospedalizzazione per trauma da infortunio sul lavoro	0,83	0,87	0,77	0,83	0,55
Tasso grezzo di ospedalizzazione per trauma da violenza	0,28	0,72	0,13	0,38	0,11

* I tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi Day Hospital ed espressi per mille. I dati sono stati estratti usando come chiave il codice del campo trauma nella scheda di dimissione ospedaliera.
Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione)

²⁵I.C.: intervallo di confidenza. È una misura della significatività statistica.

Le schede SDO non sono omogenee per quanto riguarda le informazioni sui traumi. In occasione dello studio *Incidenti stradali nel territorio delle Aziende USL di Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini*, è stato valutato il rapporto fra schede SDO con campo trauma compilato e schede con il campo non compilato ma contenenti diagnosi altamente compatibili con un'origine traumatica della patologia.

Pur con questi limiti, e con le consuete cautele dettate dall'utilizzo di dati grezzi, non si evidenziano differenze territoriali nel ferrarese per quanto riguarda il ricovero di residenti in conseguenza di incidenti stradali. I dati regionali hanno valore indicativo e non possono essere interpretati in questo contesto, in quanto risentono di forti elementi di differenziazione nelle modalità di registrazione.

Incidenti domestici

La tabella precedente sui tassi di ospedalizzazione riporta alla quarta riga una stima dei ricoveri per incidente domestico che assomma a circa il 65% di tutti i ricoveri per trauma.

Gli accessi al pronto soccorso confermano la rilevanza degli incidenti domestici.

DATI SUGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO (2003)			
	Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara	Pronto Soccorso degli Ospedali dell'Azienda USL	Pronto Soccorso di tutti gli ospedali della regione
Numero di accessi	70.214	80.345	1.645.376
Percentuale di persone ricoverate sul totale degli accessi al Pronto Soccorso	23%	14%	16%
Fonte: flusso ministeriale sui reparti di Pronto Soccorso			

Presso i centri di Pronto Soccorso dell'Azienda USL di Ferrara, la proporzione degli accessi per trauma è stata del 33% sul totale degli accessi.

Gli accessi per incidente domestico sono stati complessivamente 21.818, pari al 78% del totale degli accessi per trauma.

Consumo di alcol (con particolare attenzione ai comportamenti dei giovani)

L'alcol figura tra i principali fattori di rischio per il verificarsi di incidenti stradali.

L'abuso di alcol è causa diretta di malattie, e uno dei principali determinanti di incidente stradale.

Due indagini svolte in questi ultimi anni in provincia di Ferrara confermano l'importante impatto dell'abuso alcolico nei giovani.

Dalla ricerca curata dal CARID, Centro di Ateneo per la ricerca e l'innovazione didattica, emerge che nel 2001 il 51% dei ragazzi beveva abitualmente alcolici; il 10% beveva vino quotidianamente. Il 15% dei giovani riferiva di essersi ubriacato più di cinque volte.

La ricerca CARID si è svolta nelle province di Bologna, Ravenna e Ferrara. Rispetto al-

le altre province, gli adolescenti di Ferrara si ubriacano di più, fumano di più, dichiarano un più elevato ricorso a comportamenti di violazione delle regole stradali (es.: guida dello scooter in stato di ebbrezza), riportano un più elevato numero medio di partner sessuali.

Nella ricerca curata dall'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, i partecipanti all'indagine ritengono che il 72% dei coetanei consumino abitualmente alcolici, con un consumo quotidiano di vino nel 18% dei coetanei. Il 15% dei diciottenni dichiara di ubriacarsi diverse volte al mese.

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER CIRROSI* (2004)					
	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Numero di SDO per cirrosi					
Ricoveri per cirrosi	2,1	1,6	1,5	1,8	1,4
Ricoveri per cirrosi (571) età <65anni	1,4	1,1	0,9	1,2	0,9
Ricoveri per cirrosi (571) età >65 anni	4,1	3,2	3,5	3,7	3,2

* I tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi Day Hospital ed espressi per mille.
 \I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione (571)
 \Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione)

Gli effetti tossici cronici dell'alcol si manifestano dopo un intervallo di tempo piuttosto lungo, che dipende dalle dosi assunte e da altri fattori. L'ospedalizzazione per cirrosi rileva una netta prevalenza delle persone anziane, sebbene tassi non trascurabili siano presenti anche in età più giovane. Con questo tipo di informazioni non sono possibili confronti territoriali validi.

2.8. I BISOGNI COMPLESSI

È ormai accettato dalla comunità scientifica che lo stato di salute di una popolazione rappresenta il risultato di una relazione di tipo ecologico con tutte le altre realtà ambientali naturali e determinate dall'uomo. Una conseguenza di questo processo a cascata è l'impossibilità di suddividere in modo netto i problemi di salute operando suddivisioni sulla base di malattie o fattori di rischio. Per esempio, le persone con un importante problema di salute sono esposte a ulteriori rischi di svilupparne altri ancora. Inoltre, minore è l'età nella quale si contrae una malattia, maggiore è la possibilità che lo stato di salute peggiori nel tempo.

Per queste ragioni la descrizione dello stato di salute di una popolazione, operazione sempre difficile in termini quantitativi, trae vantaggio da una descrizione che considera i gruppi di popolazione più "vulnerabili", in quanto portatori di caratteristiche che li rendono più sensibili alle relazioni di tipo ecologico poc'anzi menzionate, e dunque a maggior rischio di compromissione dello stato di salute.

2.8.1. La salute degli immigrati stranieri

Se si considera che **circa il 30% degli stranieri è analfabeta**, secondo i dati dell'Osservatorio provinciale sull'immigrazione di Rimini, si comprende la complessità da affrontare sul tema della salute degli immigrati.

I dati presentati sono riferiti ai residenti stranieri e non comprendono gli stranieri non residenti che si sono rivolti alle strutture per ottenere assistenza.

L'aumento del 50% dei residenti stranieri nel 2004 rispetto al 2002 ha comportato un incremento notevole della domanda sanitaria, oltre che dei bisogni reali di salute, con l'esigenza di ottenere risposte articolate in funzione delle diversissime nazionalità appartenenti a mondi culturalmente diversi, a volte separati da pregiudizi culturali e razziali.

RICOVERI OSPEDALIERI DI STRANIERI RESIDENTI A FERRARA NEL 2004				
	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL
Stranieri residenti a Ferrara ricoverati	398	141	97	636
Tasso specifico di ricovero ²⁶	105	57	43	75
Percentuale di ricoveri (sul totale dei ricoveri)	1	0,7	0,7	0,9

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione)

GRADUATORIA DELLE CAUSE DI RICOVERO TRA GLI STRANIERI RESIDENTI NEL 2004	
frequenza di ricovero per MDC (categorie diagnostiche maggiori)	<ol style="list-style-type: none"> 1. gravidanza e parto 32,7% 2. patologie apparato muscolo-scheletrico 9,3% 3. apparato riproduttivo femminile 8% 4. apparato cardiocircolatorio 6,4% 5. apparato digerente 6,4% <p>(queste cinque cause comprendono 397 ricoveri su 636 ricoveri nel 2004)</p>

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

Da sottolineare che **un terzo dei ricoveri di stranieri è determinato da assistenza alla gravidanza e al parto.**

Un segnale di allarme viene lanciato dai medici: aumenta il numero di donne immigrate che non chiedono assistenza durante la gravidanza, soprattutto per motivi culturali (necessità di essere accompagnate dal marito e di essere visitate da un medico donna). Inevitabile conseguenza è la ricomparsa di patologie pericolose per la salute del nascituro e della madre.

²⁶Stranieri ricoverati per mille stranieri residenti.

NATALITÀ E INTERRUZIONI DI GRAVIDANZA FRA LE DONNE STRANIERE RESIDENTI A FERRARA (2004)				
	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL
Nati da donne straniere residenti	50	23	11	84
Percentuale dei nati da donne straniere	4,6	3,8	1,9	3,7
Numero di IVG ²⁷ in donne straniere residenti	39	19	13	71
Percentuale di IVG sul totale delle IVG	7,4	6,6	5,6	6,8
Rapporto di abortività ²⁸	43,8	45,2	54,2	45,8
Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della Regione) Nati = DRG 370-375; IVG = DRG 381				

Per una corretta comprensione della tabella, occorre notare che i dati sono riferiti alle donne straniere residenti a Ferrara, e non alle donne straniere che sono state assistite presso gli stabilimenti ospedalieri della provincia; le assistite, in realtà, comprendono non solo le donne residenti, ma anche quelle che abitano altrove e le donne straniere temporaneamente presenti sul territorio.

L'aumento numerico delle interruzioni di gravidanza osservato in Italia negli ultimi anni è stato attribuito all'aumento della presenza straniera. Infatti, nel 1998 l'ISTAT ha stimato che il tasso di abortività nelle donne immigrate in età 18-49 anni era tre volte superiore a quello osservato tra le donne italiane. Non è possibile calcolare un tasso di abortività riferito alle sole donne straniere.

L'interazione con persone di culture diverse richiede approcci diversificati, tramite una pluralità di occasioni, strumenti e persone. Per favorire l'integrazione degli stranieri, secondo l'Osservatorio provinciale per l'immigrazione, sono presenti in provincia di Ferrara 37 sportelli informativi per stranieri e 15 Associazioni di cittadini stranieri.

2.8.2. La salute delle donne

Oggetto di questo paragrafo è la salute riproduttiva. Altri aspetti della salute delle donne sono trattati in altre parti del capitolo.

²⁷ IVG: interruzione volontaria di gravidanza.

²⁸ Rapporto di abortività: IVG/nati+IVG.

NASCITE E INTERRUZIONI DI GRAVIDANZA (2004)

	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Nati	1.079	603	579	2.261	34.988
Percentuale di nati nei tre distretti	47,7	26,7	25,6	100	-
Tasso di natalità per mille	6,3	6,5	8,3	6,7	8,82
Donne in età fertile (15-49 anni)	37.887	22.266	15.767	75.920	928.473
Percentuale di donne in età fertile	49,9	29,3	20,8	100	-
Numero di IVG	527	289	233	1049	14.574
Tasso di abortività ²⁹ per 1000	13,9	13,0	14,8	13,8	15,7
Rapporto di abortività ³⁰ per 100	32,8	32,4	28,7	31,7	29,4

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)
Nati = DRG 370-375; IVG = DRG 381

ALTRI INDICATORI SULLA SALUTE RIPRODUTTIVA FEMMINILE (2004)

	Azienda USL	Emilia-Romagna
Percentuale di parti cesarei sul totale	31,6 %	30,7 %
Aborti spontanei/1.000 donne in età fertile	2,9	3,4

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO
Nota: parto cesareo = DRG 370,371; aborto spontaneo = codice patologia principale 634

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 indica per il parto cesareo una proporzione ottimale pari al 20%: le ferraresi superano di un punto il valore regionale e di ben 12 punti il traguardo indicato dal Ministero.

Gli altri indicatori esaminati sono sostanzialmente in linea con i valori regionali.

ADESIONE AGLI SCREENING PER I TUMORI FEMMINILI

	Azienda USL	Emilia-Romagna
adesione screening citologico (III° round)	60,5	60,6
adesione screening mammografico (IV° round)	68,4	62,4

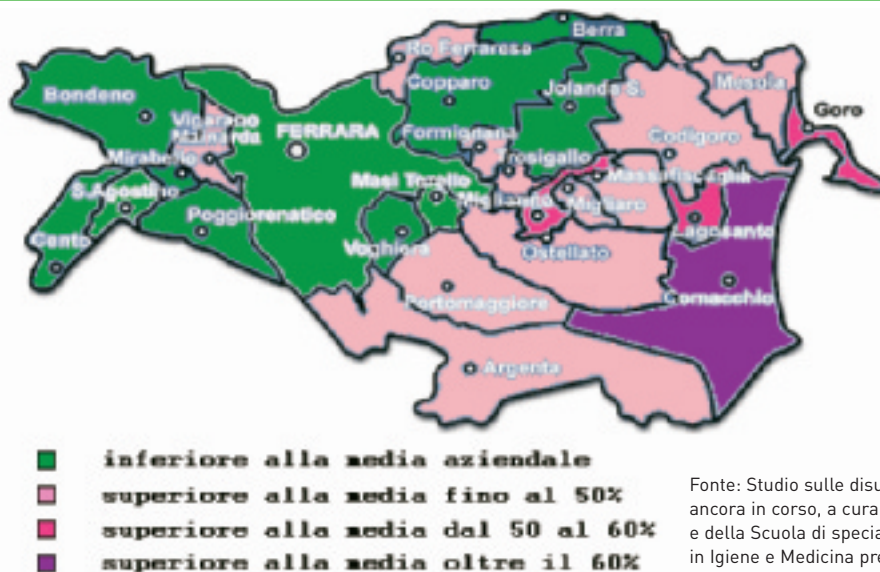
Fonte: Report regionale 2004 sugli screening

A Ferrara l'adesione agli screening per i tumori femminili mostra valori alti; compaiono però differenze nella percentuale di adesione a seconda dell'età e del Comune di residenza. La mappa riporta con colori diversi le adesioni allo screening citologico nella popolazione con età superiore ai 60 anni. Una prima analisi ha escluso un'associazione tra percentuale di adesione e distanza dal consultorio più vicino al comune di residenza.

²⁹ Tasso di abortività: IVG/donne in età fertile (15-49anni).

³⁰ Rapporto di abortività: IVG/nati+IVG.

PERCENTUALE DI NON ADESIONE ALLO SCREENING CITOLOGICO NELLE DONNE CON ETÀ > 55 ANNI



Fonte: Studio sulle disuguaglianze di salute, ancora in corso, a cura del modulo di Epidemiologia e della Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva

2.8.3. La salute dei bambini

I più recenti Piani Sanitari Nazionali trascurano l'ambito dell'infanzia, sebbene le maggiori organizzazioni internazionali sottolineino l'importanza di investire risorse essenziali sui primi anni di vita. Anche nel campo della salute dei bambini stanno acquisendo importanza i problemi legati alla cronicità (asma, obesità, salute mentale).

INDICATORI DI SALUTE DEI BAMBINI

	Azienda USL	Emilia-Romagna	Fonte
Percentuale di basso peso alla nascita (2003)	3,8	6,6	Banca dati CEDAP
Mortalità neonatale (per mille nati vivi) (media 2000-2003)	2,8	2,5	Banca dati regionale mortalità
Mortalità infantile (per mille nati vivi) (media 2000-2003)	3,6	3,6	Banca dati regionale mortalità
Asma diagnosticata da un medico (bambini di 6-7 e 13 anni)	5,6% ³¹	n.d.	Indagine "La salute del bambino e l'ambiente"
Copertura vaccinazioni obbligatorie (2003)			
Antipolio 12° mese	98,8	98,3	
Antipolio 4° anno	98,2	96,8	
Antidiftotetica 12° mese	98,9	98,4	
Antidiftotetica 7° anno	98	96,8	
Antiepatite B 12° mese	98,7	98,1	
Antiepatite B 13° anno	97,4	95,4	Report regionale
Copertura vaccinazioni facoltative			
MPR (antimorbillo, rosolia, parotite)			
24° mese	96,1	92	
MPR (antimorbillo, rosolia, parotite)			
13° anno	97	84	

³¹ Fonte: La salute del bambino e l'ambiente, studio condotto dall'Azienda USL, Ferrara, 2004.

2.8.4. La salute degli anziani

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico, e dell'aumento del numero degli anziani, è comune a tutte le moderne società a sviluppo avanzato, ma particolarmente accentuato in Italia. Durante la seconda Conferenza Mondiale dell'ONU sull'invecchiamento (Madrid, Aprile 2002) si è parlato di "rivoluzione della longevità", tale è la trasformazione sociale, economica e culturale imposta da tale processo. L'invecchiamento, comunque, non comporta necessariamente modificazioni di performance tali da configurare la vecchiaia come malattia.

Al 31 dicembre 2003, nel territorio ferrarese, sono 87.290 le persone residenti ultra-sessantacinquenni, con una prevalenza della componente femminile.

Gli anziani sono il 25% della popolazione, con una distribuzione non uniforme nel territorio: sono il 23% nel Distretto Ovest e arrivano al 27% nel Distretto Centro Nord.

INDICATORI DELLA SITUAZIONE DEGLI ANZIANI					
	Azienda USL	Percentuale di popolazione	Emilia- Romagna	Percentuale di popolazione	Fonte [anno]
Numero di persone >65 anni	87.290	25		22	2003
Percentuale di donne >65 anni sulla popolazione anziana		59,5		58,6	ISTAT [2003]
Assegni di cura	1.231				Servizio Anziani [2004]
Pensioni erogate dall'INPS - maschi	56.659	34	616.578	30	ISTAT (SITIS) [2003]
Importo medio	12.897 euro				Elaborazione
Pensioni erogate dall'INPS - femmine	69.930	38	719.806	34	ISTAT (SITIS) [2003]
Importo medio	10.186 euro				elaborazione

L'invecchiamento interessa più la popolazione femminile di quella maschile, in ragione della maggior attesa di vita delle donne, che continua a crescere. In tutte le società sviluppate, le donne vivono in media più a lungo degli uomini: nel 1990-95 la durata media della vita femminile supera quella maschile di 6-7 anni in quasi tutti i Paesi europei (inclusa l'Italia).

Conseguentemente, le donne anziane si trovano a vivere gli ultimi anni di vita in condizioni di scarsa salute e di solitudine.

Il numero di anziani che vivono soli o in nuclei familiari formati da anziani soli costituiscono un elemento importante nella valutazione dei bisogni di questa fascia di popolazione.

In Emilia-Romagna si stima che viva da solo poco meno di un anziano su quattro (23% secondo l'indagine Argento³²), pari a circa 20.000 persone in provincia di Ferrara. Inol-

³² Studio Argento, Indagine sulla salute nella terza età in Emilia-Romagna, marzo 2003.

tre si stima che il 44% degli ultrasessantacinquenni (dati regione Emilia Romagna) viva in nuclei familiari composti da soli anziani, pari a circa 38.400 anziani nel territorio ferrarese. L'anziano può trovarsi in condizioni di fragilità non soltanto per problemi di salute, ma anche per altri fattori di natura socio-economica quali scarsa istruzione, mancanza di legami familiari e di relazioni sociali, mancanza di assistenza, risorse economiche inadeguate.

La famiglia e le altre forme di aggregazione e sostegno sociale costituiscono elementi fondamentali per garantire una qualità della vita adeguata alle persone anziane. È nel proprio sistema di relazioni, familiare e allargato, che gli anziani possono esercitare un ruolo attivo ricevendo in cambio sostegno e, se necessario, risposta ai bisogni di assistenza.

In Emilia-Romagna il 49% degli intervistati nell'indagine Argento, condotta nel 2003, presenta una buona integrazione dal punto di vista dei rapporti sociali, il 49% è "parzialmente integrato" ed il 2% "isolato".

L'isolamento sociale cresce con l'aumentare dell'età: nella fascia 65-74 anni, una persona su tre presenta problemi di integrazione, mentre sopra i 74 anni si sale a due su tre. In particolare in questa fascia d'età il 67% delle donne è isolata rispetto al 57% degli uomini. Tra le persone non autosufficienti, l'85% presenta problemi di integrazione sociale.

La frequenza di malattia negli anziani

Lo stato di salute degli anziani è spesso condizionato dalla presenza di malattie cronico-degenerative.

Alcune malattie sono particolarmente frequenti fra gli anziani, come si vede dai risultati dell'indagine conoscitiva *Argento*, alla quale ha partecipato anche l'Azienda USL di Ferrara.

La presenza di alcune malattie negli anziani è considerata dalla letteratura scientifica predittiva di non autosufficienza: malattie cardiovascolari, disturbi della vista, disturbi cognitivi, depressione, artrosi del ginocchio.

Fra gli anziani vi è un'alta prevalenza di persone affette da ipertensione arteriosa (52%), uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari che rappresentano la prima causa di morte e fra le più importanti cause di disabilità gravi quali l'ictus cerebri e la demenza vascolare.

Anche un'altra affezione abbastanza comune nell'anziano, la sindrome plurimetabolica (sovrappeso, diabete mellito, iperlipidemia, ipertensione arteriosa), sovente non viene sufficientemente trattata in quanto ascritta a meccanismi età-dipendenti.

Lo stesso atteggiamento con il quale spesso vengono affrontate le affezioni osteoartrosiche (67%), così frequenti in questo periodo della vita e ritenute, a torto, non suscettibili di recupero funzionale anche parziale, in quanto ritenute dipendenti dall'età. L'evento "caduta" è particolarmente rilevante nella vita dell'anziano, sia per le conseguenze spesso invalidanti, sia per le ripercussioni di tipo psicologico.

Nell'indagine Argento, condotta nel 2003, in Emilia-Romagna il 26% degli anziani intervistati riferisce di aver subito una caduta nell'ultimo anno: il 31% delle donne e il 17% degli uomini, con un aumento al crescere dell'età in entrambi i sessi. Il 35% è ca-

duto più di una volta; il 59% delle persone riferisce di essere caduto in casa; il 41% è caduto fuori casa: nel 4% dei casi la caduta è stata causata da investimento.

Tra le persone cadute in età anziana, il 22% è stato ricoverato per le conseguenze riportate.

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER ARTROPROTESI* (2004)					
	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Tasso di dimissione per intervento per protesi d'anca e protesi di ginocchio >65 anni	8,4	8,8	8,1	8,4	8,9
* I tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi Day Hospital ed espressi per mille. I dati sono stati estratti usando come chiave il tipo di intervento (MPR) MPR 815 Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)					

I ricoveri compresi nella tabella sono riferiti all'insieme degli interventi; solo una parte delle protesi d'anca (non quantificabile con questo tipo di elaborazione) viene applicata come terapia di fratture di femore conseguenti a caduta.

Le disabilità negli anziani che portano alla perdita di autonomia

Per la persona anziana, l'autonomia e l'indipendenza nella vita quotidiana assumono un valore altissimo. Per questo, patologie croniche non invalidanti sono considerate "normali" al punto che soggetti di età compresa fra i 65 e i 75 anni di età dichiarano uno stato di salute soddisfacente anche se affetti da malattie croniche; lo si è visto, per esempio, nell'indagine multiscopo dell'ISTAT 1999-2000.

Proprio in ragione di questa considerazione, l'anziano non è una persona da assistere, ma una persona con caratteristiche specifiche, legate all'età, che ne possono limitare l'efficienza, ma non l'autonomia. In tal senso, ogni intervento sulle persone anziane deve tenere conto della necessità di mantenere e salvaguardare ogni abilità residua che garantisca il mantenimento dei livelli più alti possibili di autonomia e indipendenza.

La prima causa di disabilità negli anziani sono **le difficoltà motorie**.

Un ruolo di primo piano è da attribuire ai postumi di malattie cerebrovascolari con emiplegie e disartrie. Il 9% degli anziani risultava colpito da ictus nell'indagine *Argento*. Spesso disabilità meno marcate, ma ugualmente con importanti limitazioni, derivano da mancato trattamento tempestivo di patologie osteoarticolari, talvolta da abitudini di vita che escludono una regolare attività fisica e comportano un declino accelerato delle capacità motorie.

Le difficoltà di masticazione sono spesso causa nella persona anziana di dieta inadeguata; possono avere inoltre un impatto significativo sul benessere funzionale, sociale e psicologico.

Nell'indagine *Argento*, il 23% degli intervistati riferisce difficoltà alla masticazione: sopra i 74 anni si sale al 31%.

Tra le persone con difficoltà alla masticazione, l'83% riferisce di portare una protesi dentaria e il 62% di non recarsi dal dentista.

Le **menomazioni sensoriali** sono assai frequenti negli anziani, possono condizionare la qualità di vita percepita ed il livello di integrazione sociale dell'anziano, incidendo sulle sue capacità di comunicazione.

Nell'indagine Argento, il 10% degli intervistati riferisce problemi di vista, nonostante l'eventuale utilizzo di occhiali. Il 76% degli intervistati ha bisogno di occhiali per vedere bene.

Il 9% del campione presenta difficoltà uditive: tra questi solo il 16% porta una protesi acustica.

La degenerazione maculare della retina correlata all'età colpisce l'1% circa della popolazione anziana.

La cataratta è una malattia presente, secondo i dati della Clinica Oculistica dell'Università di Ferrara, nel 6.4% della popolazione con età maggiore di 50 anni.

I **disturbi cognitivi** (demenze) sono l'altro grande gruppo di cause con grave limitazione dell'autonomia personale negli anziani.

Nell'indagine Argento, il 18% degli intervistati è risultato positivo al test di screening per disturbi cognitivi. La presenza di disturbi cognitivi aumenta col crescere dell'età: nella fascia 65-74 anni è risultato positivo al test l'11% degli intervistati, mentre sopra i 74 anni il 25%.

Al crescere degli anni medi di istruzione, diminuisce la percentuale di anziani con disturbi cognitivi in base al test di screening utilizzato.

In questa indagine, il 21% delle persone intervistate riferisce difficoltà nel controllo della minzione, con una maggior frequenza nel sesso femminile: il 5% è incontinente, mentre il 16% ha problemi solo occasionalmente.

La dipendenza e la necessità di assistenza

La perdita di autosufficienza dell'anziano comporta un notevole carico assistenziale sia per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana sia per l'assistenza infermieristica e medica.

Non sono disponibili dati sul numero esatto di anziani non autosufficienti residenti nel ferrarese, ma è possibile ipotizzare alcune stime sulla base dell'indagine Argento. Il 16-20% degli anziani intervistati nell'indagine Argento non è autosufficiente; l'1-2% presenta una dipendenza grave (incapacità di compiere tutte le ADL³³). Sulla base di questa indagine, nel territorio ferrarese è possibile stimare una presenza di persone non autosufficienti variabile tra 14.000 e 17.500; con circa 850-1750 persone totalmente dipendenti.

La mancanza di autosufficienza cresce con l'età: sopra i 74 anni sono dipendenti il 32% delle donne ed il 17% degli uomini. Tra questi, il 60% non è autosufficiente nella cura della propria persona, mentre il 40% ha sia difficoltà alla cura di sé sia al movimento.

³³ ADL: Activities Daily Living, attività di base della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, mangiare, muoversi in casa, usare il bagno).

Tutte le persone intervistate in Regione con disabilità sia moderata (94%) sia grave (6%) ricevono un aiuto nelle attività che non sono in grado di svolgere da soli, prevalentemente in ambito familiare.

ALCUNI DATI SULL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NEL 2004

	Distretto Centro Nord	Percentuale	Distretto Sud Est	Percentuale	Distretto Ovest	Percentuale
Numero di assegni di cura	560	45	505	42	166	13
ADI ³⁴	4719	37% TAD ³⁵ MMG sul totale distrettuale	2132	48% (TAD MMG)	1577	43% (TAD MMG)

Fonte: Servizio assistenza anziani Azienda USL (dott.ssa Buldrini)

L'assegno di cura è uno strumento strategico di supporto alla domiciliarità e di sostegno alle famiglie che si fanno carico dell'assistenza all'anziano congiunto.

Nel 2004 i beneficiari dell'assegno di cura risultano 1231, pari al 3% degli anziani con più di 75 anni.

L'assistenza domiciliare è un tipo di servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che comprende, a seconda dei casi, prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali. Essa è caratterizzata da vari gradi, che dipendono dalle specifiche necessità della persona che la richiede. L'intervento può essere socio-assistenziale (I° livello), sanitario (II° livello), o integrante entrambi i livelli (III° livello). L'assistenza domiciliare integrata (III° livello) a Ferrara si è occupata nel 2004 di 8428 persone, in gran parte anziani.

Chi cura gli anziani non autosufficienti?

È ben noto lo sviluppo del fenomeno delle cosiddette "badanti" negli ultimi anni. La regione Emilia Romagna ha promosso una ricerca con questo titolo, condotta dall'Istituto di ricerche sociali di Milano.

Tra i risultati dell'indagine emerge che, in generale, fruisce dell'assistenza privata a pagamento (le "badanti"):

- un anziano su cinque sopra i 74 anni di età;
- il 30% degli anziani sopra i 74 anni non autosufficienti;
- più della metà degli anziani (56%) beneficiari di assegno di cura;
- circa la metà (47%) degli anziani beneficiari di assegno di accompagnamento.

³⁴ **ADI:** assistenza domiciliare integrata.

³⁵ **TAD:** tipologia di assistenza domiciliare. Sono previste cinque tipologie, in base alla figura professionale che prevalentemente assiste il paziente. La TAD MMG corrisponde ai contratti con i medici di medicina generale.

3. LA COMUNICAZIONE VERSO I CITTADINI

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) rappresenta il punto d'incontro tra la struttura pubblica e il cittadino. È lo strumento attraverso il quale l'Azienda USL comunica con i propri interlocutori istituzionali e con tutti quanti sono interessati, direttamente o indirettamente, alle attività svolte dai servizi aziendali e ai loro effetti sulla salute.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha rapporti con clienti interni, costituiti da tutto il personale aziendale strutturato, convenzionato o assunto con altre forme contrattuali, e con clienti esterni, rappresentati innanzitutto da cittadini che usufruiscono dei servizi, da istituzioni locali, regionali e nazionali, associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, e, infine, dalla stampa e dagli organi di informazione.

L'URP rappresenta l'interfaccia tra i bisogni espressi dai cittadini e le risposte fornite dall'intera organizzazione aziendale; cerca di soddisfare le richieste di informazione, riguardo l'accesso ai servizi erogati, da parte degli utenti e di favorire una comunicazione dialettica tra l'Azienda Sanitaria, le istituzioni e la comunità locale nelle sue diverse articolazioni.

L'URP è costituito da un coordinamento aziendale e opera in cinque sedi decentrate dislocate nei tre Distretti e nei principali ospedali; all'URP sono collegati i punti informativi, *front office* e sportelli dedicati.

Un buon indicatore del disagio espresso dai cittadini è dato dal numero e dalla tipologia di reclami che vengono raccolti dall'URP: in questo modo si può percepire direttamente la qualità del servizio erogato e delle prestazioni fruite da parte dell'utente.

Il reclamo rappresenta un livello normale di conflitto tra i cittadini utenti e l'Azienda Sanitaria, e non è mai completamente eliminabile. Va considerato un momento di dialogo e non di frattura ed è opportuno, superando le eventuali contrapposizioni che si possono verificare fra utenti e professionisti, considerarlo un'occasione di riflessione intra-organizzativa, per orientare scelte e comportamenti in una prospettiva di lavoro mirata alla soddisfazione dell'utente.

In questa logica, compito dell'URP è la costruzione di percorsi di partecipazione dei cittadini alla gestione delle attività, attraverso l'analisi delle segnalazioni di disservizio e la redazione di risposte adeguate che comportino il superamento delle criticità o il chiarimento con l'utente, e la collaborazione con i Comitati Consultivi Misti, per il controllo della qualità dal punto di vista dell'utenza, da parte di rappresentanti dei cittadini.

L'attività dell'URP si realizza nel contatto diretto con il pubblico sul versante dell'informazione riguardante i servizi e la loro fruibilità e come attività di gestione dei reclami. Entrambe le fasi sono essenziali e si integrano fra di loro. La prima tabella che segue descrive i contatti con i cittadini che avvengono presso gli uffici URP, mentre la seconda rappresenta l'andamento delle segnalazioni formalmente presentate.

ATTIVITÀ DI FRONT-OFFICE									
Attività prevalenti	Contatto diretto		Contatto telefonico		Richiesta informazioni		Richiesta informazioni		Totale
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	
Sedi URP AUSL FE	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	
URP Ferrara	1.300	1.405	1.280	1.409	1.490	3.660	1.345	1.800	
URP Copparo *	246	56	100	22	1076	15	398	7	
URP Cento	225	197	34	51	1.010	1.035	84	75	
URP Argenta	97	111	83	100	214	240	26	36	
URP Delta-Codigoro	284	258	195	206	115	315	45	56	
TOTALE	2.152	2.027	1.692	1.788	3.905	5.265	1.898	1.874	9.647

* Il dato dell'attività dell'URP di Copparo dell'anno 2004 è relativo al primo semestre, per assenza dell'operatore dedicato nella seconda metà dell'anno.

La richiesta di informazioni semplici sulla fruibilità dei servizi fornite tramite un contatto diretto, telefonico o presentandosi allo sportello, è la modalità più ricorrente attraverso la quale il cittadino accede all'URP.

ATTIVITÀ DI BACK-OFFICE - SEGNALAZIONI PER SEDE URP DI RACCOLTA E TIPOLOGIA TAB. 1: CONFRONTO ANNI 2003-2004: SEGNALAZIONI PER SEDE URP E TIPOLOGIA

	elogi		contatti impropri		reclami		rilievi		suggerimenti		TOTALE	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
	URP Copparo	4	0	0	0	26	15	9	1	0	0	39
URP Ferrara	0	7	3	3	105	105	57	64	9	4	174	183
URP Argenta-Portomaggiore	7	9	2	2	48	39	17	23	0	1	74	74
URP Codigoro e Ospedale del Delta	16	27	0	6	132	130	24	38	1	4	173	205
URP Cento e Ospedale di Cento	7	13	0	0	85	64	3	10	3	2	98	89
TOTALE	34	56	5	11	396	353	110	136	13	11	558	567

Per quanto riguarda le segnalazioni nel 2004, rispetto al 2003, i *reclami* sono diminuiti anche se rimangono il 62% del totale. I *rilievi*, cioè le indicazioni di disservizio che possono essere affrontate con interventi migliorativi di tipo organizzativo o relazionale sono il 24%, in aumento rispetto al 2003; mentre le note di *elogio* rivolte a singoli professionisti o équipe crescono significativamente.

I *suggerimenti* sono la voce che presenta la maggiore stabilità rispetto all'anno precedente.

In seguito all'analisi delle segnalazioni di disservizio giunte nel 2004 agli Uffici Relazioni con il Pubblico, è emerso che le criticità maggiormente riscontrate sono legate a problemi relativi ai seguenti temi:

- **aspetti tecnico professionali:** viene espresso un giudizio negativo sulla prestazione sanitaria fruita in termini di opportunità, adeguatezza, tempistica, qualità o esito (rappresentano il 24% delle segnalazioni).
- **aspetti organizzativi, burocratici e amministrativi:** costituiscono il 23% delle segnalazioni e sono caratterizzate dalla difficoltà a individuare e accedere a percorsi di cu-

ra in modo fluido, semplice, senza complicazioni burocratiche o di percorso.

- **qualità dei rapporti e aspetti relazionali:** rappresentano il 15% delle segnalazioni e riguardano le difficoltà incontrate dal paziente nella relazione con gli operatori in termini di scortesia, disinteresse o approssimazione nelle informazioni rese.

Le restanti segnalazioni di disservizio si riferiscono, nel 13% dei casi, a problemi relativi ai tempi di attesa troppo lunghi per ottenere servizi e prestazioni, o lunghe file agli sportelli; il 10% dei casi rilevati riguarda aspetti di natura economica quali pagamento di ticket ritenuti inappropriati, rimborsi o risarcimenti. Infine il 13% fa riferimento a disservizi di varia natura inerenti aspetti strutturali, alberghieri e comfort.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

Risulta un livello permanente di criticità proprio nell'area delle relazioni interne ed esterne al sistema per quanto riguarda i rapporti fra gli operatori e fra questi e i pazienti, e per questo gli obiettivi del 2005 sono stati tarati intorno alla necessità di fare acquisire, da tutto il personale impegnato nel contatto diretto con i cittadini, gli strumenti necessari a valorizzare il proprio ruolo all'interno di una relazione positiva di dialogo.

In particolare, per quanto riguarda gli operatori dell'URP, si tratta di creare nuovi modi di favorire scambi e circuiti virtuosi di informazione fra professionisti di diversi servizi che intervengono sullo stesso paziente, oltre a realizzare programmi di formazione specifica per operatori addetti al *front-office*.

Le istruttorie condotte per redigere le risposte alle segnalazioni spesso mettono in luce situazioni scarsamente gestite, sul versante della comunicazione, tanto da originare conflitti.

La ricomposizione di un rapporto di fiducia con l'interlocutore all'interno di un sistema di comunicazione rispettoso e adeguato può favorire lo sviluppo stesso del sistema e migliorare il livello della qualità anche attraverso il *feed-back* di critiche o suggerimenti. La verifica della maturità di un sistema complesso quale è l'Azienda USL sta anche nella capacità di elaborare le critiche nell'ottica del miglioramento qualitativo per la soddisfazione dell'utente.

In questo modo si persegue l'obiettivo di sviluppare sotto il profilo qualitativo la rete della comunicazione interna, così da rendere più fluide e chiare per tutti gli operatori le procedure di accesso ai servizi e al contempo uniformi e precise le relative informazioni date ai cittadini.

Va da sé che, migliorando l'aspetto dei contenuti della comunicazione, anche la forma attraverso la quale essa si esprime verrà migliorata, così da poter ridurre i casi di conflitto in seguito ai quali l'utente non si lamenta tanto per non aver ricevuto la prestazione o il servizio corrispondente alle attese, quanto piuttosto per essere stato trattato con "maleducazione e scortesia" dall'operatore. L'operatore URP in questi casi svolge una funzione di mediazione cercando di risolvere il conflitto che si è creato fra operatore e utente.

Un obiettivo da perseguire nel 2005 è la riduzione delle segnalazioni aventi per oggetto gli aspetti relazionali, o la trasformazione del reclamo in un rilievo, determinando quindi il passaggio dalla protesta al suggerimento, che può indurre un cambiamento

nel sistema e renderlo più compatibile con le esigenze dei cittadini. Uno degli evidenti vantaggi della raccolta strutturata di reclami e dei suggerimenti è considerare l'opinione del cittadino in termini di spunto per azioni di miglioramento.

La soluzione di problemi che nascono dalle contestazioni relative agli aspetti tecnico-professionali non riguarda direttamente l'URP, tuttavia si può osservare nella pratica che l'adozione di protocolli, linee-guida, procedure operative, condivise fra i vari settori di intervento, possono migliorare i livelli di adeguatezza e qualità facendo diminuire i reclami in questi ambiti.

Esistono poi canali strutturati attraverso i quali i cittadini possono partecipare alle scelte organizzative, quali i Comitati Consultivi Misti per il controllo della qualità dal lato dell'utenza, che rappresentano un importante sensore per rilevare situazioni problematiche e per orientare le risposte ad aspetti critici del sistema.

Il coinvolgimento dei Comitati sotto il profilo della collaborazione e della partecipazione ha rappresentato un buon modo per creare conoscenza e consenso attorno all'operato delle strutture aziendali e per contribuire a migliorare il servizio offerto all'utenza. Un esempio di tale impegno è costituito dal protocollo recentemente adottato dall'Azienda USL di Ferrara che riconosce la gratuità del rilascio delle immagini radiologiche su CD o pellicola per pazienti affetti da particolari patologie quali tumori, malattie rare, malattie vascolari, trapianti, asma, cardiopatie o in cura presso altre strutture sanitarie.

Per il 2005 si intende procedere condividendo con i Comitati Consultivi Misti le criticità sulle quali intervenire, valutando di volta in volta l'entità dei problemi, e successivamente impegnare gli operatori dei servizi per la loro soluzione dimostrando la possibilità di realizzare una sequenzialità diretta fra suggerimenti praticabili e la messa in atto di soluzioni praticabili. Questa modalità sperimentata nel Distretto Ovest verrà estesa a tutto il territorio provinciale.

Nel 2005 verrà implementata la banca dati dell'URP con i dati del numero verde regionale in modo da dare maggiore completezza alle informazioni fornite. Per questo è prevista una specifica formazione per gli operatori dei centralini.

4. IL PIANO PER LA SALUTE

AZIONI 2005

Il contributo dell'Azienda USL alla realizzazione del Piano per la Salute di Ferrara si sostanzia (nel terzo anno del progetto Piani per la Salute) nelle azioni di seguito indicate, suddivise per area distrettuale della provincia ferrarese e articolate sulla base dei cinque progetti prioritari. Molti degli interventi programmati prevedono sinergie e contributi operativi di altri interlocutori, quali soprattutto Comuni, Province, scuole, associazioni di volontariato.

All'interno della priorità di intervento **“Diritto alla domiciliarità delle cure, prendersi cura di chi si prende cura. *Care giver* Anziani”**, gli interventi previsti per l'anno 2005 per il sostegno del *care giver* nei momenti critici e nei bisogni specifici sono i seguenti:

□ **Distretto Centro Nord:**

- informazione e addestramento del *care giver* nella fase di passaggio dal ricovero al rientro a domicilio, secondo un protocollo interno ai reparti ospedalieri;
- informazione al medico di medicina generale sulle problematiche del caso;
- attivazione di percorsi di dimissione protetta, attraverso medici di medicina generale e Assistenza Domiciliare Integrata;
- rafforzamento dell'azione “Informazione e formazione del *care giver*” nella fase di passaggio dal ricovero (RSA) al rientro al domicilio, e della dimissione da ricovero di sollievo, attraverso l'utilizzo dello psicologo nell'area di Copparo;
- sostegno psicologico, individuale o di gruppo, da parte delle unità operative di riferimento del paziente nell'area di Copparo;
- attivazione di un punto di ascolto telefonico di supporto e orientamento ai servizi, in rete tra Unità Valutazione Alzheimer e Associazione Malati Alzheimer;
- elaborazione di una scheda informativa su tutte le risorse attivabili nel territorio distrettuale;
- promozione della formazione del *care giver* e dell'auto-aiuto.

□ **Distretto Ovest**, presso la Casa Protetta “G.B. Plattis” di Cento, con la collaborazione di specialistiche geriatriche e servizi sociali comunali:

- potenziamento dell'attività consultoriale, con tecniche di counseling per il *care giver*;
- potenziamento del punto di ascolto telefonico e presa in carico delle problematiche del *care giver* (inserimento di un volontario, incremento del numero di ore di disponibilità settimanale);
- consulenza legale;
- promozione della formazione del *care giver* e dell'auto-aiuto.

□ Distretto Sud Est:

- Rafforzamento dell'azione "Informazione e formazione del *care giver*" nella fase di passaggio dal ricovero (RSA) al rientro al domicilio, e della dimissione da ricovero di sollievo, attraverso l'utilizzo dello psicologo;
- sostegno psicologico, individuale o di gruppo, da parte delle unità operative di riferimento del paziente;
- attivazione di punti unitari di accesso, di supporto e orientamento nella rete dei servizi;
- promozione della formazione del *care giver* e dell'auto-aiuto.

La priorità di salute "**Diritto alla domiciliarità delle cure, prendersi cura di chi si prende cura. Care giver Salute Mentale**" persegue diversi obiettivi, che si possono sintetizzare come segue:

□ Distretto Centro Nord, a cura del Dipartimento di Salute Mentale di Ferrara e Copparo:

- promozione e sviluppo delle associazioni di familiari di persone con disturbi psichici attraverso:
 - ◇ attivazione di associazioni di familiari nei territori che ne sono privi, attraverso presa di contatto e valutazione di fattibilità;
 - ◇ sostegno dell'associazione esistente a Ferrara;
- informazione mirata e sostegni nei percorsi ai familiari di persone con disturbi psichici mediante:
 - ◇ sviluppo di attività nel punto di ascolto di Ferrara;
 - ◇ attivazione e promozione, attraverso strumenti di comunicazione, del punto di ascolto per familiari di malati psichici presso il Dipartimento di Salute Mentale di Copparo;
 - ◇ sostegno psicologico e relazionale ai *care giver* di malati con psicosi cronica;
 - ◇ sperimentazione di inserimento delle figure infermieristiche nel sostegno individuale del *care giver*, opportunamente addestrate, a Ferrara;
 - ◇ attivazione di gruppi di sostegno al *care giver* di malati con psicosi cronica nella realtà di Copparo;
 - ◇ perfezionamento di gruppi di sostegno al *care giver* di malati con psicosi cronica a Ferrara;
- sperimentazione di nuove strategie di affido familiare, per malati mentali, a tutela dei bisogni di salute del *care giver*:
 - ◇ elaborazione di un protocollo operativo di affido familiare per il malato mentale, e avvio di azioni sperimentali;
- valutazione della qualità della vita dei *care giver* di persone con disturbo psichico, tramite questionari che indagano il disagio psicologico, le limitazioni della vita quotidiana, la percezione del sostegno ricevuto:
 - ◇ monitoraggio della qualità della vita percepita da parte del *care giver* all'interno dei gruppi di sostegno, tramite il confronto con *care giver* non appartenenti ai gruppi;

- ◇ elaborazione di nuovi progetti operativi per migliorare la qualità della vita del *care giver*;
- progetto Orientamento: sostegno ai genitori nel passaggio dei ragazzi dal percorso scolastico ai Centri Educativo-Riabilitativi, facilitando l'approccio graduale al cambiamento:
 - ◇ individuazione dei bisogni utili alla programmazione dei servizi;
 - ◇ individuazione dei soggetti, delle strutture e dei tempi necessari;
 - ◇ collegamento del gruppo con Unità Valutazione Attività Residue e coordinatori Centri Educativo-Riabilitativi;
 - ◇ accompagnamento della famiglia nel percorso preparatorio all'inserimento nella struttura.

□ **Distretto Ovest**, a cura del Dipartimento di Salute Mentale di Cento:

- promozione e sviluppo delle associazioni di familiari di persone con disturbi psichici attraverso:
 - ◇ attivazione di associazioni di familiari nei territori che ne sono privi, attraverso presa di contatto e valutazione di fattibilità;
 - ◇ sostegno dell'associazione esistente;
- informazione mirata e sostegni nei percorsi ai familiari di persone con disturbi psichici mediante:
 - ◇ sviluppo di attività nel punto di ascolto già attivato di Cento;
- sostegno psicologico e relazionale ai *care giver* di malati con psicosi cronica:
 - ◇ attivazione di gruppi di sostegno al *care giver* di malati con psicosi cronica nella realtà di Cento;
- sperimentazione di nuove strategie di affidamento familiari, per malati mentali, a tutela dei bisogni di salute del *care giver*:
 - ◇ elaborazione di un protocollo operativo di affidamento familiare per il malato mentale e avvio di azioni sperimentali;
- valutazione della qualità della vita dei *care giver* di persone con disturbo psichico, tramite questionari che indagano il disagio psicologico, le limitazioni della vita quotidiana, la percezione del sostegno ricevuto:
 - ◇ monitoraggio della qualità della vita percepita da parte del *care giver* all'interno dei gruppi di sostegno, tramite il confronto con *care giver* non appartenenti ai gruppi;
 - ◇ elaborazione nuovi progetti operativi per migliorare la qualità della vita del *care giver*;
- progetto Orientamento: sostegno ai genitori nel passaggio dei ragazzi dal percorso scolastico ai Centri Educativi Riabilitativi, facilitando l'approccio graduale al cambiamento:
 - ◇ estensione al Distretto Ovest del modello operativo.

□ **Distretto Sud Est** a cura del Dipartimento di Salute Mentale di Portomaggiore:

- promozione e sviluppo delle associazioni di familiari di persone con disturbi psichici attraverso:

- ◇ attivazione di associazioni di familiari nei territori che ne sono privi, attraverso presa di contatto e valutazione di fattibilità;
- ◇ sostegno dell'associazione esistente a Portomaggiore;
- informazione mirata e sostegni nei percorsi ai familiari di persone con disturbi psichici mediante:
 - ◇ sviluppo di attività nel punto di ascolto già attivato di Cento;
 - ◇ attivazione di un nuovo punto di ascolto a Codigoro;
- sostegno psicologico e relazionale ai *care giver* di malati con psicosi cronica:
 - ◇ perfezionamento di gruppi di sostegno al *care giver* di malati con psicosi cronica a Ferrara;
- sperimentazione di nuove strategie di affido familiari, per malati mentali, a tutela dei bisogni di salute del *care giver*:
 - ◇ elaborazione di un protocollo operativo di affido familiare per il malato mentale e avvio di azioni sperimentali;
- valutazione della qualità della vita dei *care giver* di persone con disturbo psichico, tramite questionari che indagano il disagio psicologico, le limitazioni della vita quotidiana, la percezione del sostegno ricevuto:
 - ◇ monitoraggio della qualità della vita percepita da parte del *care giver* all'interno dei gruppi di sostegno, tramite il confronto con *care giver* non appartenenti ai gruppi;
 - ◇ elaborazione nuovi progetti operativi per migliorare la qualità della vita del *care giver*;
- progetto "Orientamento": sostegno ai genitori nel passaggio dei ragazzi dal percorso scolastico ai Centri Educativo-Riabilitativi, facilitando l'approccio graduale al cambiamento:
 - ◇ estensione al Distretto Ovest del modello operativo;
- percorso sperimentale integrato a Portomaggiore: facilitazione dei genitori di ragazzi con malattia psichiatrica cronica alla soglia della maggiore età, nel passaggio di presa in carico al Centro Salute Mentale adulti:
 - ◇ offerta di consulenza e sostegno integrati tra i centri NPEE¹ e il Centro Salute Mentale adulti, presso la sede dei servizi territoriali;
 - ◇ elaborazione di un protocollo integrato di offerta e di sostegno ai familiari nella fase di passaggio.

La priorità "**Sostegno dei genitori nella cura dei figli**" è stata orientata ad azioni rivolte al sostegno dei genitori e alla diffusione dell'allattamento al seno. In particolare, gli interventi da realizzare sono i seguenti:

□ Distretto Centro Nord:

- promozione di interventi formativi sull'allattamento al seno:
 - ◇ formazione permanente degli operatori per il sostegno dell'allattamento al seno;

¹ NPEE: Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva.

- ◇ formazione dei formatori;
- ◇ elaborazione di un progetto formativo in ambito locale sulla scorta dei dati della ricerca CeVeas²;
- individuazione dei momenti di criticità che determinano l'abbandono dell'allattamento al seno e definizione di azioni di contrasto mirate nelle varie realtà aziendali:
 - ◇ analisi dei dati emersi dall'indagine CeVeas;
 - ◇ sviluppo dell'analisi a livello locale per punto nascita e per area geografica, e analisi delle interviste agli operatori;
 - ◇ valutazione e diffusione dei risultati; proposta di un piano di implementazione locale mirato;
- promozione e sostegno dell'allattamento al seno nei corsi di preparazione al parto e nel puerperio:
 - ◇ individuazione e realizzazione di nuove iniziative educative e di sensibilizzazione nei confronti della popolazione;
 - ◇ informazione e promozione all'allattamento attraverso i corsi di accompagnamento al parto;
 - ◇ consulenza all'allattamento nel puerperio attraverso il numero verde e/o l'ambulatorio dedicato presso il consultorio familiare Salute Donna e la Pediatria di Comunità;
 - ◇ elaborazione e definizione di un pieghevole informativo;
- attivare politiche di sostegno alle famiglie con neonati in condizione di svantaggio socio-economico:
 - ◇ elaborazione di un protocollo di segnalazione del paziente, in applicazione del regolamento del Comune di Ferrara;
 - ◇ attivazione di una rete di tutela socio-sanitaria per la gravidanza a rischio e il neonato a rischio;
 - ◇ valutazione della sperimentazione realizzata nel Comune di Ferrara ed estensione del modello operativo ad altre realtà.
- Individuare buone prassi per facilitare l'assistenza sanitaria a donne immigrate, soprattutto nelle fasi di gravidanza e parto:
 - ◇ costruzione di un sistema informativo attraverso l'analisi descrittiva e fenomenologica, basata sugli accessi e la fruizione delle strutture ospedaliere e di rete;
 - ◇ individuazione di azioni mirate per contrastare le disuguaglianze.
- Nati per leggere: favorire la lettura ad alta voce, favorire la relazione genitori - figli, sviluppare le competenze di letto-scrittura:
 - ◇ sviluppo dell'informazione e sensibilizzazione dei genitori dei bambini di età 0-5 anni sull'importanza della lettura ad alta voce;
 - ◇ sensibilizzazione dei genitori in attesa di un bambino;
 - ◇ valutazione e riprogettazione nel territorio provinciale.

² CeVEAS: Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria.

□ Distretto Ovest:

- promozione di interventi formativi sull'allattamento al seno:
 - ◇ formazione permanente degli operatori per il sostegno dell'allattamento al seno;
 - ◇ formazione dei formatori;
 - ◇ elaborazione di un progetto formativo in ambito locale sulla scorta dei dati della ricerca CeVeas;
- individuazione dei momenti di criticità che determinano l'abbandono dell'allattamento al seno, e definizione di azioni di contrasto mirate nelle varie realtà aziendali:
 - ◇ analisi dei dati emersi dall'indagine CeVeas;
 - ◇ sviluppo dell'analisi a livello locale per punto nascita e per area geografica, e analisi delle interviste agli operatori;
 - ◇ valutazione e diffusione dei risultati; proposta di un piano di implementazione locale mirato;
- Promozione e sostegno dell'allattamento al seno nei corsi di preparazione al parto e nel puerperio:
 - ◇ individuazione e realizzazione di nuove iniziative educative e di sensibilizzazione nei confronti della popolazione;
 - ◇ informazione e promozione dell'allattamento attraverso i corsi di accompagnamento al parto;
 - ◇ consulenza all'allattamento nel puerperio attraverso il numero verde e/o ambulatorio dedicato presso il consultorio familiare Salute Donna e la Pediatria di Comunità;
 - ◇ elaborazione e definizione di un pieghevole informativo;
- individuare buone prassi per facilitare l'assistenza sanitaria a donne immigrate, soprattutto nelle fasi di gravidanza e parto:
 - ◇ costruzione di un sistema informativo attraverso l'analisi descrittiva e fenomenologica, basata sugli accessi e la fruizione delle strutture ospedaliere e di rete;
 - ◇ individuazione di azioni mirate per contrastare le disuguaglianze.

□ Distretto Sud Est:

- promozione di interventi formativi sull'allattamento al seno:
 - ◇ formazione permanente degli operatori per il sostegno dell'allattamento al seno;
 - ◇ formazione dei formatori;
 - ◇ elaborazione di un progetto formativo in ambito locale sulla scorta dei dati della ricerca CeVeas;
- individuazione dei momenti di criticità che determinano l'abbandono dell'allattamento al seno, e definizione di azioni di contrasto mirate nelle varie realtà aziendali:
 - ◇ analisi dei dati emersi dall'indagine CeVeas;
 - ◇ sviluppo dell'analisi a livello locale per punto nascita e per area geografica, e analisi delle interviste agli operatori;

- ◇ valutazione e diffusione dei risultati, proposta di un piano di implementazione locale mirato;
- promozione e sostegno dell'allattamento al seno nei corsi di preparazione al parto e nel puerperio:
 - ◇ individuazione e realizzazione di nuove iniziative educative e di sensibilizzazione nei confronti della popolazione;
 - ◇ informazione e promozione dell'allattamento attraverso i corsi di accompagnamento al parto;
 - ◇ consulenza all'allattamento nel puerperio attraverso il numero verde e/o ambulatorio dedicato presso Salute Donna e Pediatria di Comunità;
 - ◇ elaborazione e definizione di un pieghevole informativo;
- *Chi ben comincia*: Promozione di consulenza telefonica e ambulatoriale a supporto dell'allattamento al seno:
 - ◇ consulenza telefonica dopo le dimissioni a domicilio;
 - ◇ inserimento nell'equipe operativa di altro personale addestrato e aumento delle sedi di consulenza nel territorio;
 - ◇ costruzione di percorsi integrati con le risorse presenti sul territorio;
- tutelare la salute delle donne immigrate e i loro bambini attraverso il corretto utilizzo dei servizi sociali e sanitari nell'area di Portomaggiore:
 - ◇ apertura di uno spazio di accesso per le donne immigrate e i loro bambini per consulenze ginecologiche e pediatriche;
 - ◇ apertura di uno spazio di accoglienza presso il modulo operativo pediatria di comunità di Portomaggiore, in integrazione con il Centro Donne Immigrate;
- individuare buone prassi per facilitare l'assistenza sanitaria a donne immigrate, soprattutto nelle fasi di gravidanza e parto:
 - ◇ costruzione di un sistema informativo attraverso l'analisi descrittiva e fenomenologica, basata sugli accessi e la fruizione delle strutture ospedaliere e di rete;
 - ◇ individuazione di azioni mirate per contrastare le disuguaglianze;
- *Nati per leggere*: favorire la lettura ad alta voce, favorire la relazione genitori -figli, sviluppare le competenze di letto-scrittura:
 - ◇ sviluppo del progetto nel territorio del Distretto nelle sedi di Portomaggiore e Argenta, con momenti di pubblicizzazione e incontri con la popolazione.

La priorità “**Prevenzione incidenti stradali e loro esiti**”, tra le sue azioni mirate, prevede il miglioramento del sistema Emergenza - Urgenza, la promozione dell'adozione di comportamenti responsabili, l'integrazione tra diversi attori istituzionali attraverso la creazione dell'Osservatorio provinciale, il proseguimento dell'Obiettivo sicurezza attraverso la manutenzione della rete stradale, e infine i percorsi sicuri Casa-Scuola. In particolare, suddividendo gli obiettivi per Distretto si ha la seguente mappatura:

□ Distretto Centro Nord:

- miglioramento della qualificazione tecnica del personale delle ambulanze attraverso un percorso di formazione periodica:

- ◇ valutazione dei bisogni formativi e *retraining*.
- monitoraggio periodico dei tempi degli interventi di soccorso su strada in ambito provinciale:
 - ◇ monitoraggio continuo e rilevazione dei punti critici sulla mappa provinciale;
 - ◇ valutazione dei tempi di soccorso e individuazione di azioni di miglioramento;
- sviluppo di un progetto educativo omogeneo nelle realtà scolastiche:
 - ◇ censimento degli interventi di educazione stradale nelle scuole medie inferiori e superiori;
 - ◇ analisi e valutazione delle esperienze in corso;
 - ◇ progettazione di un modulo di formazione per insegnanti e per studenti;
 - ◇ promozione degli interventi educativi ai dirigenti scolastici presso il CSA (ex Provveditorato agli Studi);
- progetto di intervento per la riduzione delle problematiche connesse all'uso-abuso di alcol nella scuola:
 - ◇ progetto formativo per la promozione di una maggiore consapevolezza dei rischi;
 - ◇ valutazione di efficacia su base cognitiva;
- *Il guidatore di turno*: sviluppare una campagna di promozione tra giovani che frequentano locali:
 - ◇ progettazione di una campagna di sensibilizzazione per giovani guidatori e di un sistema di incentivi;
 - ◇ individuazione di un ambiente in cui avviare la sperimentazione del progetto;
 - ◇ realizzazione della sperimentazione, valutazione ed eventuale estensione ad altri locali;
- miglioramento dei flussi informativi sugli incidenti stradali allo scopo di individuare i fattori di rischio più importanti a livello locale, e rendere ancora più mirati gli interventi preventivi e correttivi:
 - ◇ monitoraggio sulla completezza dell'archivio delle schede ISTAT per la rilevazione degli incidenti stradali;
 - ◇ analisi dei determinanti e delle variabili causali;
 - ◇ progetto di misurazione sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza nei mezzi di trasporto;
- realizzazione di una rete di percorsi in sicurezza nel Comune di Ferrara:
 - ◇ promozione di un migliore coordinamento tra gli assessorati;
 - ◇ ricerca e studio sulle esperienze realizzate in altre realtà.

□ Distretto Ovest:

- miglioramento della qualificazione tecnica del personale delle ambulanze attraverso un percorso di formazione periodica:
 - ◇ valutazione dei bisogni formativi e *retraining*;
- monitoraggio periodico dei tempi degli interventi di soccorso su strada in ambito provinciale:
 - ◇ monitoraggio continuo e rilevazione dei punti critici sulla mappa provinciale;
 - ◇ valutazione dei tempi di soccorso e individuazione di azioni di miglioramento;

- sviluppo di un progetto educativo omogeneo nelle realtà scolastiche:
 - ◇ censimento degli interventi di educazione stradale nelle scuole medie inferiori e superiori;
 - ◇ analisi e valutazione delle esperienze in corso;
 - ◇ progettazione di un modulo di formazione per insegnanti e per studenti;
 - ◇ promozione degli interventi educativi ai Dirigenti scolastici presso il CSA (ex Provveditorato agli Studi);
- progetto di intervento per la riduzione delle problematiche connesse all'uso-abuso di alcol nella scuola:
 - ◇ progetto formativo per la promozione di una maggiore consapevolezza dei rischi;
 - ◇ valutazione di efficacia su base cognitiva;
- prevenzione primaria alcolismo per le fasce giovanili:
 - ◇ esame dei risultati del questionario sulla valutazione dei rischi;
 - ◇ interventi di informazione, sensibilizzazione ed educazione alla salute legati all'uso-abuso di bevande alcoliche, per le scuole medie inferiori e superiori pensati sulla base dei risultati del questionario;
 - ◇ raggiungimento di una collaborazione stabile con il corpo insegnante;
 - ◇ sensibilizzazione dei ragazzi nell'età adolescenziale sul problema del guidatore di turno;
- miglioramento dei flussi informativi sugli incidenti stradali, allo scopo di individuare i fattori di rischio più importanti a livello locale e rendere ancora più mirati gli interventi preventivi e correttivi:
 - ◇ monitoraggio sulla completezza dell'archivio delle schede ISTAT per la rilevazione degli incidenti stradali;
 - ◇ analisi dei determinanti e delle variabili causali;
 - ◇ progetto di misurazione sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza nei mezzi di trasporto.

□ Distretto Sud Est:

- miglioramento della qualificazione tecnica del personale delle ambulanze, attraverso un percorso di formazione periodica:
 - ◇ valutazione dei bisogni formativi e *retraining*;
- monitoraggio periodico dei tempi degli interventi di soccorso su strada in ambito provinciale:
 - ◇ monitoraggio continuo e rilevazione dei punti critici sulla mappa provinciale;
 - ◇ valutazione dei tempi di soccorso e individuazione di azioni di miglioramento;
- sviluppo di un progetto educativo omogeneo nelle realtà scolastiche:
 - ◇ censimento degli interventi di educazione stradale nelle scuole medie inferiori e superiori;
 - ◇ analisi e valutazione delle esperienze in corso;
 - ◇ progettazione di un modulo di formazione per insegnanti e per studenti;
 - ◇ promozione degli interventi educativi ai Dirigenti scolastici presso il CSA (ex Provveditorato agli Studi);

- progetto di intervento per la riduzione delle problematiche connesse all'uso-abuso di alcol nella scuola:
 - ◇ progetto formativo per la promozione di una maggiore consapevolezza dei rischi;
 - ◇ valutazione di efficacia su base cognitiva;
- prevenzione dell'uso e abuso di alcool nella popolazione giovanile:
 - ◇ *Ai lidi con il Camper*: presenza dell'unità mobile in prossimità di disco pub e locali cosiddetti "Happy hour": azioni educativo-preventive finalizzate alla riduzione dei rischi derivanti dall'uso e abuso di alcol;
 - ◇ Interventi formativi nelle autoscuole, attraverso la promozione del progetto a tutte le autoscuole del territorio e interventi mirati in integrazione;
- miglioramento dei flussi informativi sugli incidenti stradali, allo scopo di individuare i fattori di rischio più importanti a livello locale e rendere ancora più mirati gli interventi preventivi e correttivi:
 - ◇ monitoraggio sulla completezza dell'archivio delle schede ISTAT per la rilevazione degli incidenti stradali;
 - ◇ analisi dei determinanti e delle variabili causali;
 - ◇ progetto di misurazione sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza nei mezzi di trasporto.

Tra le azioni previste all'interno della priorità **"Prevenzione e assistenza del tumore al polmone"** si trovano la riduzione del numero delle persone con abitudine al fumo, la prevenzione nelle scuole e la lotta contro il cancro al polmone; più in particolare:

□ Distretto Centro Nord:

- diffusione e promozione dei Centri di disassuefazione al tabagismo:
 - ◇ promozione e informazione mirata;
 - ◇ monitoraggio delle attività dei Centri;
- realizzazione di iniziative educative nelle scuole del territorio:
 - ◇ prosecuzione ed estensione dei sottoprogetti nelle scuole di diverso ordine e grado, 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, e realizzazione di un corso di formazione sulla *peer education*;
 - ◇ organizzazione della *Giornata Mondiale Senza Fumo di Tabacco* il 31 maggio;
- studio sui fattori di rischio per cancro al polmone (e linfoma di Hodgkin) nel Comune di Ferrara:
 - ◇ realizzazione di uno studio epidemiologico sulla residenza come fattore di rischio.

□ Distretto Ovest:

- diffusione e promozione dei Centri di disassuefazione al tabagismo:

- ◇ promozione e informazione mirata;
- ◇ monitoraggio delle attività dei Centri;
- adesione degli operatori dei Nuclei Cure Primarie al progetto *Disassuefazione tabagismo*:
 - ◇ formazione di secondo livello per medici di medicina generale su tecniche di *co-unseling* per la disassuefazione al fumo;
 - ◇ valutazione ed estensione dell'esperienza;
- realizzazione di iniziative educative nelle scuole del territorio:
 - ◇ prosecuzione ed estensione dei sottoprogetti nelle scuole di diverso ordine e grado, 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, e realizzazione di un corso di formazione sulla *peer education*;
 - ◇ organizzazione della *Giornata Mondiale Senza Fumo di Tabacco* il 31 maggio.

□ Distretto Sud Est:

- diffusione e promozione dei Centri di disassuefazione al tabagismo:
 - ◇ promozione e informazione mirata;
 - ◇ monitoraggio delle attività dei Centri;
- adesione degli operatori dei Nuclei Cure Primarie al progetto *Disassuefazione tabagismo*:
 - ◇ formazione di secondo livello per medici di medicina generale su tecniche di *co-unseling* per la disassuefazione al fumo;
 - ◇ valutazione ed estensione dell'esperienza;
- realizzazione di iniziative educative nelle scuole del territorio:
 - ◇ prosecuzione ed estensione dei sottoprogetti nelle scuole di diverso ordine e grado, 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 e realizzazione di un corso di formazione sulla *peer education*;
 - ◇ organizzazione della *Giornata Mondiale Senza Fumo di Tabacco* il 31 maggio.

Nuove piste per i piani per la Salute

L'anno 2005 si caratterizza per una decisa distrettualizzazione delle azioni di governo del Piano, soprattutto per ciò che concerne la valutazione dell'anno 2004 e la nuova progettazione per il prossimo triennio.

La valutazione distrettuale

La traduzione concreta delle azioni del Piano per la Salute su livelli distrettuali ne migliora la concretezza, rende possibile orientare le azioni il più vicino possibile al luogo dove nasce il bisogno, e consente di confrontare con i risultati ottenuti per area geografica.

L'integrazione tra Piani

Si riconosce sempre più la necessità di integrazione tra Piani, ma soprattutto tra Piani per la Salute e Piani Sociali di Zona, che hanno in comune diversi elementi concreti di contatto. L'integrazione si gioca nel Distretto e riconosce momenti di indispensabile conoscenza, derivante dall'integrazione operativa, e momenti di sinergie strategiche nella programmazione. Tra le affinità, si riconoscono le identità di orientamento al miglioramento del benessere della popolazione, di cui la salute rappresenta una parte indissolubile e fondante, mentre parallelamente la salute della popolazione è fortemente condizionata dalle politiche del territorio e dal determinante sociale.

Gli ostacoli all'integrazione sono attribuibili a finalità e modalità di perseguimento di tali finalità, diverse nei tempi e nelle fasi, nella normativa di riferimento, nelle funzioni e strumenti degli enti preposti.

Nell'anno 2005 si sta sperimentando l'integrazione operativa, che migliora conoscenza e complementarità.

L'integrazione progettuale e di orientamento strategico necessita di tempi più lunghi e di strumenti istituzionali più coerenti.

La riprogettazione triennio 2006-2008

Nell'anno in corso si avvia la nuova progettazione, che sarà, coerentemente, una progettazione distrettuale. La necessità di supportare la nuova pianificazione con un'analisi dei bisogni che si componga di strumenti oggettivi, riconoscendo spazio e dignità alle opinioni e ai vissuti, ha portato a individuare le modalità di indagine di seguito elencate:

1. Profilo di salute orientato

Dati sociali e sanitari, della provincia e dei Distretti, confrontati con la Regione Emilia-Romagna.

2. Indagine sugli stili di vita

Indagine su campione significativo della popolazione della provincia.

3. Spazio itinerante

Interviste alla popolazione.

4. Interviste a interlocutori privilegiati

5. I SERVIZI PRESENTI NEL DISTRETTO

5.1. Le cure primarie

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

- Unità Operativa dei Nuclei di Cure Primarie e dell'Assistenza Domiciliare Integrata;
- Unità Operativa dei Servizi Sanitari, comprendente l'attività specialistica, la Pediatria di Comunità e l'attività del Consultorio familiare, allargata ai giovani con interventi specifici;
- Unità Operativa Socio Sanitaria che comprende Salute Anziani, Disabili adulti e Ser.T.

Ambiti di intervento

Le cure primarie offrono le seguenti tipologie di servizi:

- 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, malati di AIDS);
- 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 di assistenza definiti a livello aziendale.

La popolazione che afferisce al Dipartimento delle Cure Primarie al 31/12/2004 era così distribuita:

POPOLAZIONE DIVISA PER CLASSI DI ETÀ					
Distretto Ovest	età popolazione				TOTALE
	0-14	15- 44	45-64	>65	
Cento	3.950	1.2774	8.229	6.522	31.475
Bondeno	1443	5.552	4.275	4.309	15.579
Mirabello	343	1.306	939	819	3.407
Poggio Renatico	952	3.122	2.133	1.870	8.077
Sant'Agostino	780	2.612	1.622	1.343	6.357
Vigarano Mainarda	679	2.573	1.877	1.578	6.707
Totale	8.147	27.939	19.075	16.441	71.602

INDICE DI VECCHIAIA DELLA POPOLAZIONE					
Distretto Ovest	Popolazione oltre 65 anni	Popolazione oltre 75 anni	Tasso ultra 65 per 100 abitanti	Tasso ultra 75 per 100 abitanti	Indice di vecchiaia ¹
Cento	6.522	3.152	20,7	10,0	165,1
Bondeno	4.309	2.172	27,7	13,9	298,6
Mirabello	819	372	24,0	10,9	238,8
Poggio Renatico	1.870	886	23,2	11,0	196,4
Sant'Agostino	1.343	684	21,1	10,8	172,2
Vigarano Mainarda	1578	724	23,5	10,8	232,4
Totale	16.441	7.990	23,0	11,2	201,8

¹Indice di vecchiaia: popolazione ultra 65 anni x 100/popolazione 0-14 anni

Emblematica della situazione sanitaria della popolazione del Distretto, e soprattutto della diffusione delle malattie croniche nel territorio, è la distribuzione delle esenzioni ticket per patologia riferita ai residenti:

PRINCIPALI FORME DI ESENZIONE								
	Distretto Ovest 2004	Percentuale	Distretto Ovest 2003	Percentuale	Azienda USL 2004	Percentuale	Azienda USL anno 2003	Percentuale
Esenzioni patologia Totali	17.085	23,87	12.708	22,8	111.836	32	93.991	27
Esenzioni diabete	2.862	4	2.127	3,8	17.126	4,9	15.892	4,5
Esenzioni ipertensione	7.748	10,83	6.071	10,9	39.419	11,3	40.750	11,7
Esenzioni neoplasie	1.427	2	998	1,8	8.146	2,3	7.023	2
Esenzioni invalidità civile	3.505	4,09	2.714	4,9	19.693	5,6	19.481	5,6
Autorizzaz. protesi e ausili	1.478	2,07	1.071	1,9	7.276	2,11	6.661	1,91

I dati riferiti alla popolazione dei comuni di Poggio Renatico e di Vigarano Mainarda sono stati inseriti solo nel 2004, mentre per il 2003 sono stati rilevati dal Distretto Centro Nord.

Il numero di esenzioni per invalidità civile nel 2004 è pressoché invariato rispetto al 2003 e sovrapponibile a quello del 2002, mentre si rileva un incremento degli assistiti esenti per patologia e di autorizzazioni di protesi e ausili.

L'aumento del numero complessivo dei pazienti esenti per patologia è dovuto all'acquisizione dei comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda.

5.1.1. I Nuclei di Cure Primarie

L'Unità Operativa Nuclei Cure di Primarie comprende parte dell'attività di competenza del Servizio Assistenza Sanitaria di Base ridefinita nell'attuale modello organizzativo. All'interno dell'Unità Operativa si svolge l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale, dei responsabili organizzativi dell'Assistenza Domiciliare, degli infermieri dell'Assistenza Domiciliare, dei medici di organizzazione che si occupano di assistenza protesica e integrativa.

Per sostenere il ruolo strategico del medico di medicina generale all'interno dell'organizzazione aziendale, nell'Unità Operativa è stato attribuito un incarico di responsabile di Modulo Organizzativo a un medico di medicina generale e, all'interno dell'accordo locale dei medici di medicina generale, è stato valorizzato il ruolo del Coordinatore del Nucleo di Cure Primarie verso i medici di medicina generale in rapporto ai loro interlocutori istituzionali.

POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31/12/2004 SUDDIVISA NEI NUCLEI DI CURE PRIMARIE	
NUCLEI CURE PRIMARIE	POPOLAZIONE ASSISTITA
CENTO	16.777
SANT'AGOSTINO MIRABELLO FRAZIONI DI CENTO	24.462
BONDENO	15.579
POGGIO RENATICO VIGARANO MAINARDA	14.784
Totale	71.602

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

All'interno dei Nuclei operano medici associati e non associati.

La mappa delle associazioni presenti nel Distretto è composta da una Medicina di Gruppo a Vigarano Mainarda e da una Medicina in Associazione.

Presso la medicina di gruppo di Vigarano Mainarda è attivo un punto prelievi ed il servizio di telecardiologia.

A supporto dei Nuclei di Cure Primarie, per garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e nei giorni prefestivi e festivi sono garantiti tre punti di Continuità Assistenziale a Cento, Bondeno e Poggio Renatico, mentre a Sant'Agostino l'attività viene svolta solo nei giorni festivi.

Le visite effettuate dai medici di guardia medica sono state 7.921 nel corso dell'anno 2004, i consigli telefonici 2.275.

I medici di medicina generale hanno contribuito in modo sostanziale al raggiungimento dei risultati relativi alla campagna antinfluenzale, vaccinando oltre il 70% della popolazione ultrasessantacinquenne.

Nell'ambito territoriale del Distretto operano pediatri di libera scelta non ancora aggregati nei Nuclei delle Cure Primarie.

I pediatri di libera scelta sono responsabili della salute dei bambini di età da zero a quattordici anni, sono referenti diretti per tutti i problemi di salute dei pazienti in questa fascia di età e hanno competenze in ambito preventivo, diagnostico e terapeutico. Provvedono alle cure di base del bambino e garantiscono livelli uniformi di assistenza, con particolare attenzione alle fasce deboli della popolazione, coordinandosi con la Pediatria di Comunità, la Neuropsichiatria Infantile e il Servizio Sociale del Distretto; attuano la presa in carico del neonato sano dimesso precocemente e partecipano, dove si verificano le condizioni, all'esecuzione di interventi di prevenzione primaria.

I pediatri di libera scelta, in applicazione dell'accordo regionale, hanno garantito la continuità dell'assistenza al bambino con malattia cronica e a rischio socio-sanitario, integrando la propria attività con i Pediatri di Comunità e i Pediatri Ospedalieri. È stato condiviso, e successivamente applicato, un protocollo di assistenza del bambino diabetico che ha coinvolto i pediatri di libera scelta e di Comunità, l'Assistenza Domiciliare Integrata, l'Associazione delle famiglie dei bambini diabetici e la Divisione di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara.

Inoltre, i pediatri sono stati coinvolti all'interno dei Piani per la Salute nel Progetto *Sostegno ai genitori nella cura dei figli* per quanto riguarda la promozione dell'allattamento al seno.

CONSUMI INERENTI L'ATTIVITÀ SANITARIA EROGATA PER COMUNE							
	Provincia	Cento	Bondeno	Poggio Renatico	Sant'Agostino	Mirabello	Vigar. M
Visita cardiologica + ECG							
tasso di consumo	344,64	422,34	413,31	239,94	420,32	430,88	282,54
tasso di mobilità	18,8	29,58	21,12	80,72	16,05	5,87	6,56
Visita oculistica/cataratta							
tasso di consumo	10,21	9,37	10,91	8,42	8,97	7,34	11,33
tasso di mobilità	1	0,7	1,48	0,25	0,16	0	0,15
Risonanza magnetica							
tasso di consumo	63,07	48,77	60,34	50,51	47,66	65,16	66,35
tasso di mobilità	13,29	15,44	21,18	12,13	16,67	15,56	13,42
spesa farmaceutica procapite	218,60	193,83	209,94	228,34	224,83	204,68	185,57
spesa farmaci app. cardiocircolatorio	101,39	79,01	105,74	106,46	95,44	---	---
esenzione per invalidità	61,75	45,84	61,42	47,17	39,16	53,71	54,42
malattie rare	2,88	1,74	2,63	2,22	1,25	4,1	2,68
esenzione per patologia	315,73	232,24	320,49	281,4	215,66	264,45	243,62
autorizzazioni protesica	20,92	22,27	20,73	17,82	19,5	20,83	17,14
I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti							

Nella tabella sono stati riportati i tassi di consumo relativi alla visita cardiologica con ECG, alla visita oculistica e alla risonanza magnetica nucleare, suddivisi per i comuni del Distretto Ovest.

Il consumo di prestazioni cardiologiche è mediamente elevato in tutti i Comuni del Distretto, così come il tasso di consumo delle visite oculistiche risulta essere vicino alla media provinciale.

Per quanto riguarda la mobilità, emerge il dato elevato riferito alle visite cardiologiche del Comune di Poggio Renatico, l'unico a discostarsi in maniera evidente dagli altri, che al contrario presenta un andamento molto vicino alla media provinciale.

La risonanza magnetica nucleare non è presente tra le prestazioni fornite in ambito distrettuale; questo fatto favorisce un basso consumo di prestazioni, ma determina una mobilità discretamente superiore alla media provinciale.

La spesa farmaceutica pro capite è contenuta al di sotto della media provinciale in tutti i comuni del Distretto, mentre è superiore per i farmaci dell'apparato cardio-circolatorio.

Le esenzioni per invalidità, le malattie rare, le esenzioni per patologia e le autorizzazioni protesiche non si scostano dalla media provinciale.

TASSI DI RICOVERO E DI MOBILITÀ DEI COMUNI PER SPECIALITÀ							
	Provincia	Cento	Bondeno	Poggio Renatico	Sant'Agostino	Mirabello	Vigarano M
Tasso di ospedalizzazione							
tasso di ricovero	226,02	196,09	198,47	188,19	191,6	221,31	214,7
tasso di mobilità	39,31	51,88	38,77	38,88	33,03	26,71	27,28
Cardiologia							
tasso di ricovero	20,17	20,56	19,26	13,87	18,88	23,48	22,96
tasso di mobilità	2,68	2,73	3,27	1,86	0,63	1,17	0,89
Pneumologia							
tasso di ricovero	12,52	10,99	11,81	14,73	8,34	10,57	14,31
tasso di mobilità	1,20	2,03	1,35	1,36	0,00	0,00	0,30
Chirurgia generale							
tasso di ricovero	26,33	23,96	26,25	29,34	25,80	30,53	36,53
tasso di mobilità	4,52	7,82	5,97	6,44	4,56	4,99	5,81
Ortopedia							
tasso di ricovero	23,32	24,88	27,99	25,88	27,37	30,53	28,18
tasso di mobilità	8,09	8,23	7,45	6,93	5,98	4,70	5,81
Urologia							
tasso di ricovero	13,07	13,66	16,75	10,90	13,84	16,44	11,48
tasso di mobilità	2,61	2,26	1,48	1,98	2,26	0,29	0,45
Ostetricia ginecologia							
tasso di ricovero	21,14	29,96	23,81	26,25	30,83	24,36	24,00
tasso di mobilità	3,97	6,04	3,79	7,55	4,09	2,94	1,94
Oncologia							
tasso di ricovero	26,47	24,78	26,90	32,07	22,18	29,35	28,18
tasso di mobilità	4,44	7,24	3,66	4,46	5,35	2,64	2,98
Gastroenterologia							
tasso di ricovero	16,45	16,14	13,74	13,74	16,20	15,56	14,16
tasso di mobilità	2,44	3,65	1,80	3,10	2,36	0,00	0,75
Day Hospital							
tasso di ricovero	27,97	28,85	25,74	27,36	25,33	28,18	28,33
tasso di mobilità	4,35	7,91	3,59	4,70	5,51	2,05	2,39
Day Surgery							
tasso di ricovero	30,41	30,56	32,03	31,32	30,67	34,63	36,08
tasso di mobilità	5,51	7,75	5,20	4,95	4,88	3,23	3,13

I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti

Dall'esame dei dati riportati nella tabella emerge che complessivamente i tassi di ricovero sono inferiori rispetto al resto della Provincia, mentre la mobilità passiva è superiore alla media provinciale per il solo Comune di Cento.

Il posizionamento attorno al tasso provinciale è evidenziato per tutte le altre specialità, a esclusione della ginecologia, dove il consumo di ricovero anche in mobilità passiva risulta superiore al dato provinciale in tutti i Comuni.

I medici di medicina generale

Nell'anno 2004 i medici di medicina generale hanno realizzato i progetti assistenziali previsti dall'accordo locale 2004-2006: *Progetto Diabete* e *Progetto Ipertensione*. Questo ha significato una presa in carico di pazienti dimessi dai Centri Diabetologici secondo i protocolli concordati, e una gestione del paziente iperteso secondo linee guida predisposte da Tavoli Tecnici Interaziendali composti da specialisti territoriali, ospedalieri e medici di medicina generale.

Per ogni Nucleo di Cure Primarie sono disponibili i dati riferiti ai pazienti diabetici in carico ai medici di medicina generale e il numero degli esenti ticket per ipertensione.

PAZIENTI DIABETICI (2004)			
NCP	DIABETICI DOMICILIARI	DIABETICI AMBULATORIALI	TOTALE
CENTO	9	377	386
BONDENO	21	503	524
SANT'AGOSTINO	26	578	604
POGGIO RENATICO	33	363	396
TOTALE	89	1.821	1.910

PAZIENTI ESENTI PER IPERTENSIONE DIVISI PER NUCLEO DI CURE PRIMARIE (2004)			
NCP	esenti ipertensione	assistiti	Percentuale
CENTO	1.570	18.846	8
BONDENO	2.184	14.286	15
SANT'AGOSTINO	2.038	17.944	11
POGGIO RENATICO	1.635	13.597	125
TOTALE	7.427	64.673	11

Sempre con riferimento al progetto assistenziale Ipertensione, per quanto riguarda la terapia farmacologica, è possibile valutare tra i diversi Nuclei di Cure Primarie il consumo di risorse destinate alle rispettive popolazioni di utenti mediante un parametro numerico definito DDD² che rileva la spesa media per Dose Definita giornaliera.

² DDD: Defined Daily Dose, dose definita giornaliera

DOSI TERAPEUTICHE GIORNALIERE ANTIPERTENSIVE PER I NUCLEI DI CURE PRIMARIE 2° E 3° TRIMESTRE 2004		
NCP	2° trim. 2004	3° trim. 2004
CENTO	0,51	0,50
BONDENO	0,50	0,51
SANT'AGOSTINO	0,51	0,51
POGGIO RENATICO	0,51	0,50
MEDIA AZIENDALE	0,51	0,50
TOTALE		

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

I Nuclei delle Cure Primarie, oggi costituiti da medici di medicina generale e infermieri, rappresentano il primo impatto del cittadino con il Sistema Sanitario, hanno il compito e la possibilità di orientare il paziente all'interno dei servizi territoriali: sono il tramite fra le esigenze dei cittadini e il sistema delle cure messo in atto dall'Azienda USL. Rappresentano il riferimento per la gestione delle problematiche relative ai bisogni di salute dei pazienti e per la soluzione di problemi legati all'accessibilità, ai tempi di attesa e all'appropriatezza.

Per tali motivi, all'interno del Dipartimento delle Cure Primarie si è deciso di dare priorità al coinvolgimento dei medici di medicina generale in azioni volte al miglioramento del governo clinico, a facilitare l'accessibilità al sistema e a migliorare il livello delle prestazioni fornite ai cittadini.

In quest'ottica, durante il 2004 i referenti e i medici facenti parte dei Nuclei delle Cure Primarie sono stati coinvolti in azioni finalizzate a superare problemi di organizzazione e appropriatezza nella fornitura delle prestazioni del Servizio di Fisiatria e Riabilitazione del Distretto Ovest. Le modalità concordate hanno determinato un complessivo miglioramento nell'erogazione e fruizione delle prestazioni, la precisa definizione delle caratteristiche di urgenza e l'effettuazione di visite domiciliari specialistiche da parte del fisiatra.

Sono stati inoltre attivati i coordinatori dei Nuclei di Cure Primarie per tradurre a livello locale le indicazioni e le direttive aziendali riguardo i percorsi terapeutici e l'appropriatezza delle richieste di prestazioni specialistiche e diagnostiche, strumentali e di laboratorio.

Nel 2005 l'intervento, iniziato nel 2004, si concentrerà su quelle attività che favoriscono e semplificano i percorsi di cura dei cittadini.

I settori principali sui quali è orientato l'intervento per il 2005 sono:

- telecardiologia;
- progetto per pazienti con anticoagulanti orali;
- protocollo di collaborazione fra Dipartimento di Salute Mentale e medici di medicina generale.

TELECARDIOLOGIA

Il progetto nasce dalla necessità di limitare il numero delle visite cardiologiche, dando la possibilità di effettuare elettrocardiogrammi presso lo studio del proprio medico di medicina generale, ottenendo la lettura del referto da parte dello specialista collegato alla rete aziendale. In questo modo è possibile controllare le richieste direttamente da parte del medico curante, e favorire il ricorso a visite specialistiche solo nei casi di effettiva necessità.

Il progetto viene attivato presso la medicina di gruppo di Vigarano Mainarda in via sperimentale. A fine anno si verificherà l'effettiva riduzione delle visite specialistiche e l'adeguatezza delle prestazioni svolte.

PROGETTO TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

La gestione dei pazienti TAO attualmente risulta essere suddivisa fra i medici di medicina generale e i Centri per la coagulazione presenti presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara e altri presidi sanitari del territorio. Ciò comporta disagi per i pazienti, che si ritiene possano essere superati attraverso una diversa organizzazione.

Si ritiene utile passare dalla gestione congiunta dei pazienti da parte dei Centri e dei medici di medicina generale alla presa in carico degli utenti da parte dei medici di medicina generale, che può avvenire dopo la necessaria fase di stabilizzazione del quadro clinico gestita dai centri specialistici.

La corretta esecuzione del progetto garantisce una semplificazione dei percorsi da parte dei pazienti. Inoltre, la gestione da parte del medico di medicina generale garantisce una migliore conoscenza del paziente e delle problematiche annesse al tipo di patologia, e determina un miglior controllo della cura.

Con la realizzazione di questo progetto ci si propone anche di giungere a una gestione dei processi utilizzando in modo sempre più massiccio le reti telematiche, allo scopo di diminuire il tempo impiegato dai pazienti per ottenere il trattamento.

PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE FRA IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Costituisce la trasposizione a livello locale del progetto regionale che ha come obiettivo la gestione del paziente con patologie psichiatriche minori da parte del medico di medicina generale. Si tratta, anche in questo caso, della necessità di ricondurre a unità le cure per pazienti che esprimono necessità complesse, ma affrontabili dal medico curante con l'apporto degli specialisti del Dipartimento di Salute Mentale.

Di fatto, molti medici di medicina generale trattano già pazienti con lievi disturbi di tipo psichiatrico; il progetto prevede di migliorare la qualità dei trattamenti attraverso la consulenza strutturata dei professionisti del Dipartimento di Salute Mentale.

Il vantaggio per il paziente risiede nella possibilità di ricevere cure e prestazioni adeguate al di fuori dei Servizi di Salute Mentale, generalmente strutturati per affrontare patologie complesse, e di potersi rivolgere al proprio medico come per una qualunque altra patologia. Dalla realizzazione del progetto si attende anche una ri-

duzione del ricorso agli specialisti del Dipartimento di Salute Mentale e un miglioramento qualitativo delle terapie prescritte dai medici di medicina generale.

I NUCLEI DI CURE PRIMARIE		
Numero Obiettivo	Titolo	Tipo di Obiettivo
1	Prosecuzione del progetto assistenziale ipertensione e rischio cardiovascolare e realizzazione di un audit sulle statine.	Trasversale
2	Prosecuzione del progetto assistenziale diabete.	Trasversale
3	Promozione delle vaccinazioni antinfluenzali.	Trasversale
4	Attivazione della telecardiologia presso la medicina di gruppo di Vigarano Mainarda.	Distrettuale
5	Definizione del ruolo dei medici di medicina generale responsabili dei moduli organizzativi aziendali.	Trasversale
6	Progetto rivolto ai pazienti in terapia anticoagulante orale per la presa in carico da parte del medico di medicina generale.	Distrettuale
7	Gestione del paziente con patologie psichiatriche minori da parte del medico di medicina generale in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale.	Trasversale
8	Attivazione di una Medicina in Associazione (in rete) che vede coinvolti la maggior parte dei medici di medicina generale di Poggio Renatico.	Distrettuale

5.1.2. Le cure domiciliari

Parte integrante dell'attività dei Nuclei di Cure Primarie è l'Assistenza Domiciliare Integrata. Nell'anno 2004 i pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata sono stati 679 (non sono qui rilevati i pazienti non residenti assistiti dall'équipe assistenziale), comprendendo anche gli utenti dei Comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda, che nell'anno 2004 facevano riferimento al Distretto di Ferrara.

Riepilogo Tipologia Assistenza Domiciliare per Comune e livello di intensità (2003)

	Tad MMG	Liv.2	Liv.3	ADP	Tot. TAD MMG	TAD Inf.	TAD Spec. E Vol.	TAD Sociale	Totale
	Liv. 1								
Bondeno	42	46	18	11	117	268	2	16	403
Cento	154	58	14	34	260	305	14	7	586
Mirabello	11	11	1	5	28	64	6		98
Poggio Renatico	20	15	11	27	73	67	4		144
Sant'Agostino	25	9	4	8	46	56	5		107
Vigarano Mainarda	25	12	2	51	90	48	3		141
Non residenti	2	1		2	5	15	1		21
Totale Ovest	279	152	50	138	619	823	35	23	1.500

Riepilogo Tipologia Assistenza Domiciliare per Comune e livello di intensità (2004)

	Tad MMG	Liv.2	Liv.3	ADP	Tot. TAD MMG	TAD Inf.	TAD Spec. E Vol.	TAD Sociale	Totale
	Liv. 1								
Bondeno	74	40	11	13	138	250	4	10	402
Cento	142	76	16	40	274	342	16	8	640
Mirabello	12	9	2	4	27	64	3	1	95
Poggio Renatico	27	12	13	31	83	53	5	0	141
Sant'Agostino	25	20	4	5	54	77	2	1	134
Vigarano Mainarda	29	10	0	50	89	48	7	0	144
Non residenti	3	1	1	3	8	12	1		21
Totale Ovest	312	168	47	146	673	846	38	20	1.577

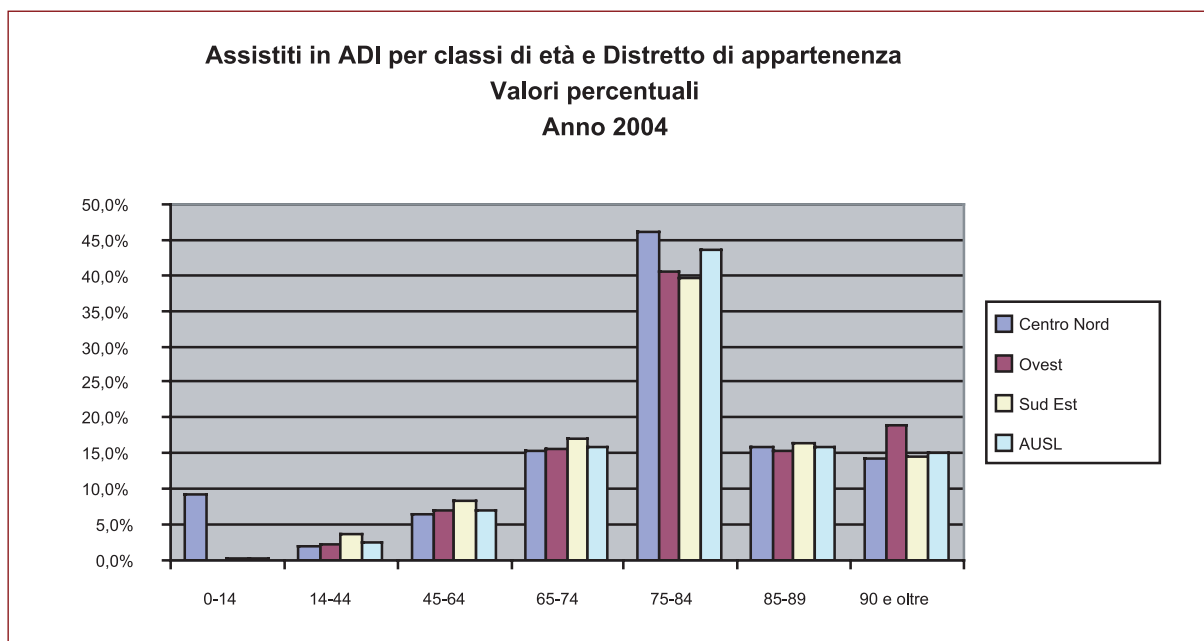
I residenti dei Comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda sono stati assistiti dall'équipe di Ferrara. Sono compresi gli assistiti dal Volontariato (tot. 26)

L'assistenza Domiciliare Integrata nel Distretto Ovest è garantita per 12 ore diurne. Nell'anno 2003 i pazienti assistiti in ADI, residenti nei comuni considerati, sono stati 619, di

cui 85 in ADI di terzo livello. Nell'anno 2004 i pazienti assistiti sono stati 673, con un incremento di poco superiore all'8%.

L'aumento ha interessato in particolare i pazienti in ADI di primo e secondo livello. Notevole è stato il numero di casi seguiti dai soli medici di medicina generale.

Nel grafico sottostante sono riportati i dati dell'assistenza domiciliare nei Distretti dell'Azienda USL di Ferrara, suddivisi per classi di età e per sesso.



TASSI SPECIFICI DEGLI ASSISTITI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER FASCE DI ETÀ (2004)

Classi di età	Centro Nord	Ovest	Sud Est	Azienda USL
0-14	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%
14-44	1,9%	2,2%	3,5%	2,4%
45-64	6,5%	7,1%	8,5%	7,1%
65-74	15,5%	15,7%	17,0%	15,9%
75-84	46,0%	40,5%	39,6%	43,5%
85-89	15,8%	15,5%	16,5%	16,0%
90 e oltre	14,1%	19,0%	14,6%	15,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

NOTA: I tassi sono stati calcolati sulla popolazione dei comuni di Cento, Bondeno, Mirabello e Sant'Agostino.

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

Il trattamento a domicilio del paziente nasce dall'esigenza di garantire la maggior parte delle prestazioni presso la sua abitazione, per utilizzare al meglio il valore aggiunto dato dal contesto familiare e per favorire la compliance del paziente nel proprio abituale ambito di vita.

Nel trattamento domiciliare viene attivato anche un sistema di protezione del paziente, che coinvolge diversi servizi e professionisti a seconda delle patologie trattate e

delle necessità espresse. Di questo contesto fanno parte attiva i familiari, in quanto garantiscono il supporto assistenziale e affettivo necessario al paziente.

Il trattamento domiciliare ha una funzione importante anche nell'economia aziendale, perché consente di garantire un buon livello di efficienza con un uso ottimale delle risorse diminuendo le difficoltà causate da ricoveri prolungati.

Per questi motivi, nel Distretto Ovest si è deciso di incentivare e razionalizzare il ricorso alle cure domiciliari intervenendo sugli aspetti organizzativi e clinici, in particolare per quanto riguarda l'Assistenza Domiciliare Integrata, le dimissioni protette e la nutrizione artificiale.

Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata rappresenta, nella maggior parte dei casi, la continuità del trattamento dalla struttura ospedaliera alla casa del paziente; in altri, l'attivazione avviene da parte del medico curante per effettuare trattamenti di patologie per le quali può essere evitato il ricovero. Si tratta di un intervento che deve essere effettuato per i casi con diverso grado di complessità che possono essere agevolmente seguiti anche dalle équipe territoriali.

Il buon livello di collaborazione fra i medici ospedalieri, i medici di medicina generale e i servizi sociali e sanitari del territorio ha consolidato quelli di maggiore complessità e aumentato il numero complessivo di trattamenti in ADI.

Tuttavia, l'incremento dei livelli assistenziali più complessi può essere ulteriormente incentivato a favore dei cittadini più bisognosi di cure domiciliari. Infatti, il raffronto mostra nel complesso un aumento dei casi in Assistenza Domiciliare Integrata con un incremento di quelli di secondo livello che rappresentano interventi di elevata complessità in pazienti con possibilità di remissione del quadro clinico.

Per l'anno in corso si prevede di mantenere il trend in crescita del numero complessivo degli interventi in ADI e di coinvolgere maggiormente nei progetti i medici di medicina generale con livelli di impegno e responsabilità più elevati.

Dimissioni Protette

Uno degli aspetti di maggior qualità per l'assistenza domiciliare è garantire la continuità assistenziale nel passaggio dal ricovero al domicilio attraverso la dimissione protetta, che nel Distretto Ovest viene assicurata dalla collaborazione fra i reparti di degenza, i medici di medicina generale e le strutture del territorio.

Nell'anno 2004 è stato applicato il protocollo interaziendale per la dimissione del paziente "fragile", finalizzato all'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata o all'utilizzo degli altri servizi della rete per anziani. Questo protocollo è stato esteso ai pazienti oncologici.

Nel corso del 2004 è progressivamente aumentato il numero dei pazienti segnalati dai reparti ospedalieri per l'immissione nel percorso di dimissione protetta. Si è per questo proceduto alla rilevazione sistematica delle richieste e delle dimissioni protette effettuate, e si sta monitorando la procedura per verificare quale sia la domanda effettiva di dimissioni protette rispetto alle necessità e quale l'effettiva partecipazione dei reparti ospedalieri al programma.

Questo obiettivo è condiviso con gli operatori del presidio ospedaliero di Cento e Bondeno, a dimostrazione dell'importanza che riveste nelle strategie del Distretto Ovest.

Nutrizione Artificiale

La nutrizione artificiale è una modalità assistenziale che da qualche tempo può essere praticata a domicilio del paziente con i vantaggi già evidenziati per i trattamenti domiciliari sopra descritti. Si tratta di una prestazione che ha bisogno di avere alle spalle personale preparato, protocolli specifici e un sistema organizzato.

Nel 2004 si è costituita la Commissione interaziendale per la nutrizione artificiale, con compiti di elaborazione di protocolli e percorsi assistenziali, di formazione del personale dedicato e per l'erogazione diretta dei farmaci necessari agli oltre 200 pazienti in assistenza domiciliare sul territorio aziendale.

Anche nel territorio del Distretto Ovest, per rispondere in modo adeguato alle esigenze dei pazienti che necessitano di nutrizione artificiale, si è predisposto un piano di lavoro concretizzato negli obiettivi per il 2005. Essi sono stati definiti e strutturati intorno alla necessità di adeguare le conoscenze del personale infermieristico riguardo a questo tipo di necessità assistenziale, di applicare i protocolli e le linee guida individuati dalla commissione interaziendale e di coinvolgere in questo progetto i medici di medicina generale, oltre ad attivare la collaborazione con uno specialista nutrizionista per la definizione delle diete più idonee per ogni paziente.

LE CURE DOMICILIARI

Numero Obiettivo	Titolo	Tipo di Obiettivo
1	Perfezionare il percorso delle dimissioni protette, garantendo una maggiore tempestività nell'erogazione dei presidi.	Trasversale
2	Riorganizzazione infermieristica dell'ADI per migliorare l'efficienza.	Distrettuale
3	Produzione del protocollo aziendale per l'Assistenza Domiciliare Integrata da parte della Commissione per le Cure Domiciliari per migliorare e omogeneizzare l'assistenza.	Trasversale

5.1.3. Le cure palliative

Per garantire una maggiore capacità di assicurare sul territorio livelli adeguati di assistenza a pazienti oncologici, a supporto dell'ADI e per integrare la rete delle cure palliative, l'Azienda USL ha attivato una convenzione a valenza con le associazioni di volontariato ADO, ANT e Nelson Frigatti.

Gli assistiti dalle associazioni di volontariato sono stati 27 nel 2003 e 25 nel 2004.

Oltre all'Assistenza Domiciliare viene offerta la possibilità, per i pazienti che ne hanno necessità, di essere ricoverati presso l'Hospice gestito dall'ADO a Ferrara, presso il quale sono disponibili 12 posti letto.

Nell'anno 2004 i pazienti residenti nel Distretto Ovest assistiti in convenzione presso questa struttura sono stati 22, mentre 7 pazienti sono stati ricoverati presso l'Hospice di Bentivoglio.

5.1.4. 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 tra 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 2004

Sono stati monitorati dalla Regione diciotto 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 nucleare cerebrale, risonanza magnetica dell'addome, risonanza magnetica della colonna. Oggetto del monitoraggio per ogni singola prestazione 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;
- 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 diciotto prestazioni critiche che la Regione controlla, il Distretto Ovest ha presentato le maggiori inadeguatezze in: oculistica, endocrinologia, cardiologia, elettromiografia. Tale andamento è comunque in linea con l'anno 2003. Rispetto alle criticità si sono presi specifici provvedimenti i cui effetti positivi dovrebbero trovare riscontro nel corso del 2005. In particolare per quanto riguarda le visite oculistiche, in accordo con i medici di medicina generale richiedenti, si sta predisponendo un percorso di accesso differenziato tra le prime visite e i controlli.

In considerazione della carenza di offerta di visite endocrinologiche in ambito distrettuale, è stato previsto un incremento con l'apertura di un nuovo ambulatorio presso l'Ospedale di Bondeno, che non prevedeva l'erogazione di tale prestazione.

Per fornire elementi utili alla valutazione della congruità dell'offerta di prestazioni, la Regione ha rilevato i dati relativi all'indice di consumo provinciale, sempre riferiti alle diciotto prestazioni monitorate, confrontandoli con quelli medi regionali.

Per quanto riguarda i consumi di prestazioni specialistiche, il Distretto Ovest si posiziona all'interno di un range di normalità rispetto agli altri Distretti della Regione, presentando valori inferiori rispetto agli altri territori aziendali.

L'area di normalità di riferimento è stata calcolata tra 978 e 1.446 prestazioni per 1.000 abitanti.

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

FIGURA 1

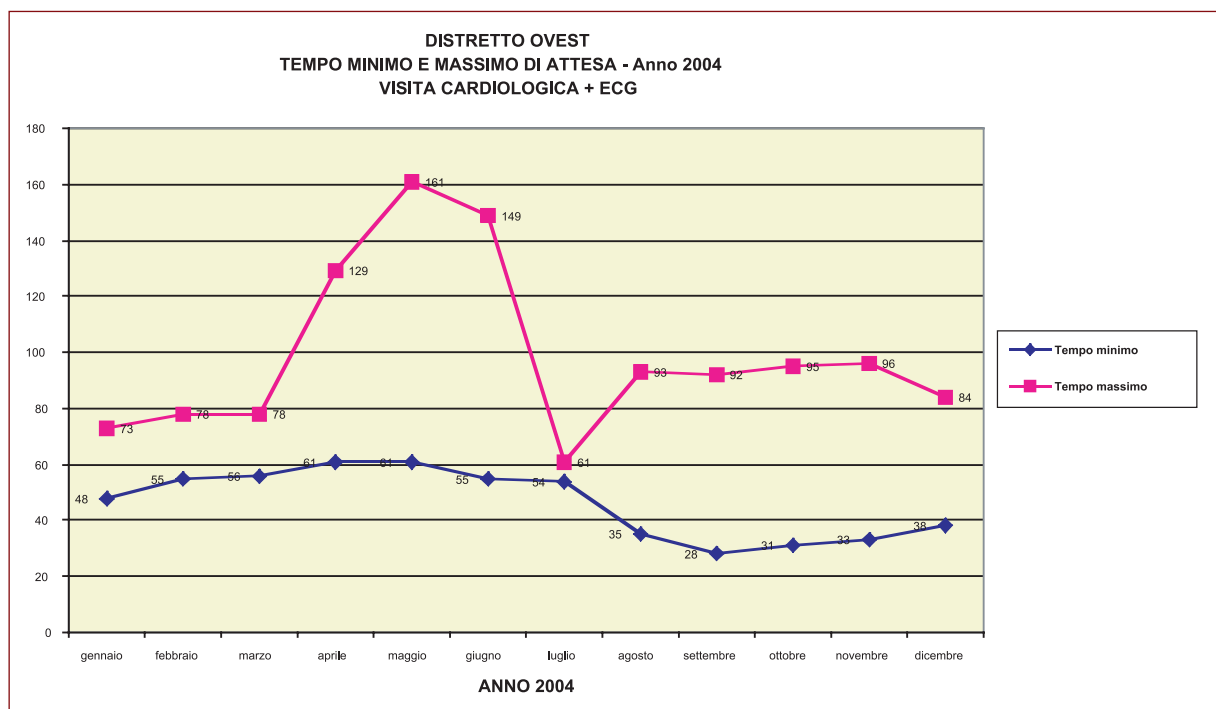
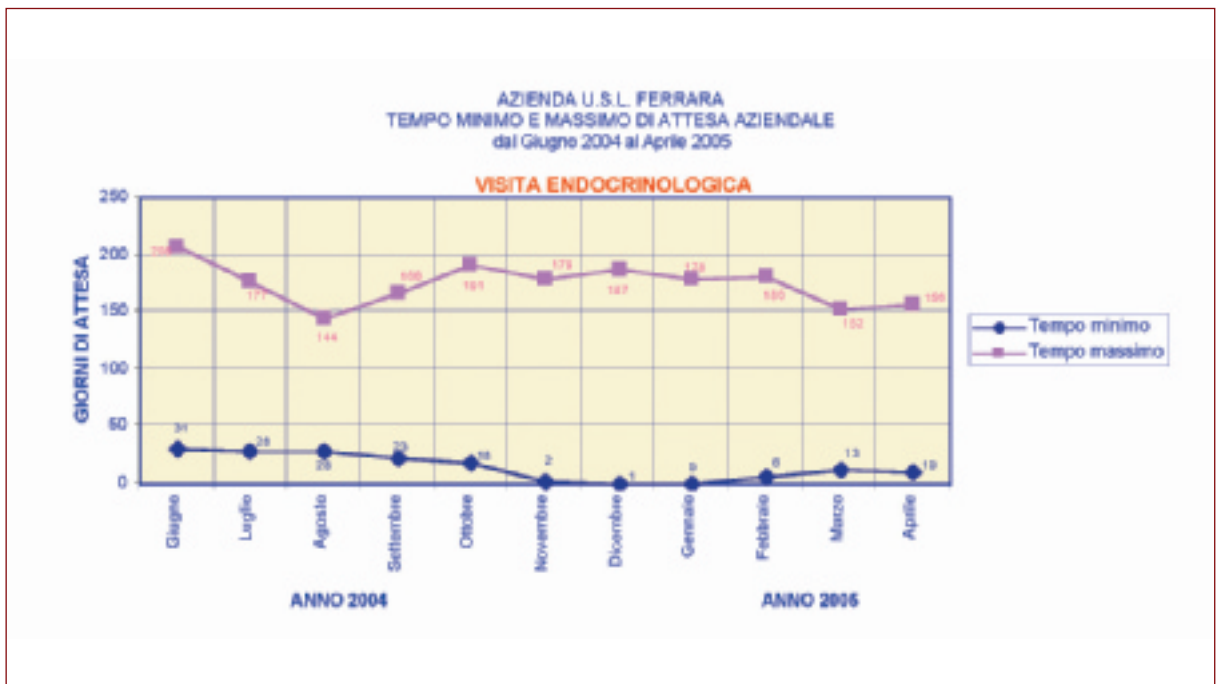
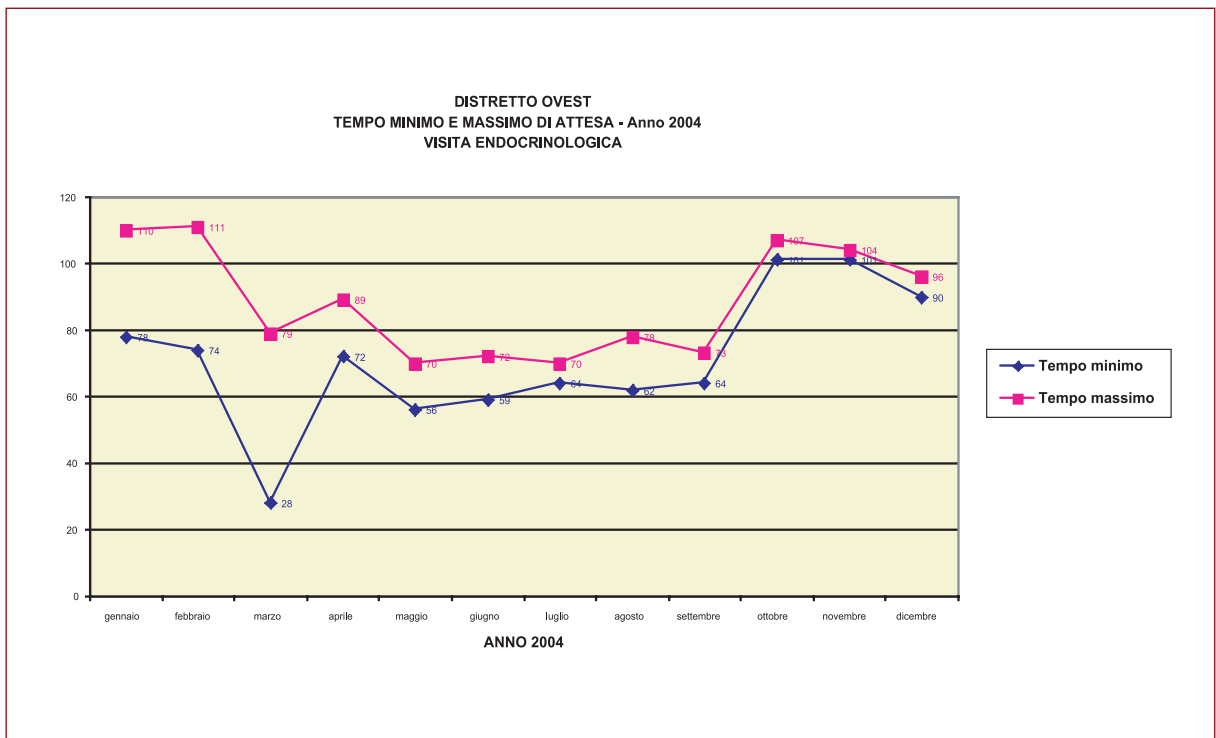


FIGURA 3



Dall'esame del grafico relativo ai tempi d'attesa per visita cardiologica più ECG (Figura 1), si evidenzia che i tempi minimi presentano un andamento, almeno per quanto riguarda l'ultima parte dell'anno 2004, in linea con le rilevazioni effettuate a livello aziendale.

Anche i tempi massimi, a parte un aumento nei mesi primaverili dovuto a una contrazione dell'offerta per carenza di medici specialisti a causa di un'improvvisa e imprevista assenza, presenta un andamento in linea con il resto della provincia.

Il grafico relativo all'andamento dei tempi di attesa per le visite oculistiche (Figura 2)

evidenza, per quanto riguarda i tempi minimi, valori in genere sempre superiori a quelli aziendali. Per quanto riguarda i tempi massimi di attesa, i valori del nostro Distretto si attestano comunque sempre al di sotto di quelli aziendali, pur rimanendo nel complesso elevati.

La carente offerta a livello distrettuale di visite endocrinologiche (Figura 3) si traduce, come evidenziato dal grafico, in un andamento dei tempi di attesa preoccupante, con tempi massimi elevati ma in linea con quelli aziendali e tempi minimi sempre al di sopra di quelli provinciali. È evidente la necessità di intervenire per ridurre nel complesso i tempi di attesa; in primo luogo si propone un aumento dell'offerta, attualmente di molto inferiore alla media regionale.

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

Anche nell'anno 2005, per ridurre le criticità derivanti dai lunghi tempi di attesa, l'Azienda intende 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 potrebbe essere perseguito mediante un'attenta revisione e diversa articolazione delle agende di prenotazione, secondo il criterio della prima prestazione, del controllo e dell'urgenza, non trascurando 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 inoltre evita la discontinuità nell'erogazione delle prestazioni, che si traduce, all'atto pratico, 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.

Importante è implementare l'adozione del nuovo modello organizzativo di semplificazione dell'accesso, finalizzato a garantire la continuità terapeutica/assistenziale e la presa in carico del paziente direttamente dall'ambulatorio specialistico.

Di rilevanza fondamentale è la considerazione che, nonostante gli sforzi di adeguamento, e nello specifico di aumento dell'offerta, questa non ha determinato ricadute positive in termini di riduzione dei tempi di attesa, se non nel breve periodo. Contestualmente, è pertanto necessario affrontare la questione dell'introduzione dei requisiti dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche per individuare le priorità di accesso, azione rivelatasi spesso determinante ed efficace per il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione del tempo di attesa.

Dal primo giugno 2005 è avviata l'applicazione del nuovo programma regionale per l'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'assistenza odontoiatrica, che prevede una "riorganizzazione dell'assistenza odontoiatrica" nell'Azienda territoriale, sulla base dell'analisi qualitativa e quantitativa dell'attività specialistica erogata, per poter garantire ai cittadini con vulnerabilità sociale e sanitaria uniformità e omogeneità dell'offerta di cure, come previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 2678/2004. Tale programma troverà la sua completa attivazione nell'anno 2006.

ASSISTENZA SPECIALISTICA CONVENZIONATA		
Numero obiettivo	Titolo	Tipo di obiettivo
1	Separazione delle agende in prestazioni programmabili, di controllo e in urgenze per il governo dei tempi di attesa.	Trasversale
2	Attenta gestione delle agende di prenotazione, per evitare la discontinuità nell'erogazione delle prestazioni, che si traduce, all'atto pratico, nella chiusura e/o sospensione delle agende, con gli inevitabili allungamenti del tempo di attesa.	Trasversale
3	Implementazione del nuovo modello organizzativo di semplificazione all'accesso, finalizzato a garantire la continuità terapeutica/assistenziale e la presa in carico del paziente direttamente dall'ambulatorio specialistico.	Trasversale
4	Introdurre azioni per migliorare l'appropriatezza prescrittivi.	Trasversale
5	Applicazione del programma regionale per l'attuazione dei LEA odontoiatrici secondo la DGR n. 2678/2004 che verrà completato nel 2006.	Trasversale

5.1.5. L'Assistenza Farmaceutica

Nella Provincia di Ferrara, nell'anno 2004, l'assistenza farmaceutica è stata caratterizzata dalla costituzione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale che, fin dai primi mesi dello stesso anno, ha operato coordinandosi con le altre Direzioni Aziendali coinvolte (principalmente Politica del Farmaco e Dipartimento Cure Primarie), nell'obiettivo di omogeneizzare la politica farmaceutica provinciale, sia territoriale che ospedaliera, nell'ottica di individuare e potenziare tutte le attività che rendano più efficace la continuità ospedale-territorio e l'uso razionale e sicuro del farmaco.

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.

Principali Attività Svolte

- Costituzione della Commissione Terapeutica Provinciale, unica tra le due Aziende, con relativa predisposizione del Prontuario Terapeutico Provinciale, derivante dal Prontuario Regionale, unico, condiviso, che accanto alla lista dei farmaci contiene anche raccomandazioni d'impiego per aree terapeutiche con notevole impatto economico. Nella stesura di tale Prontuario, che si basa su criteri di qualità, sicurezza, efficacia, appropriatezza ed economicità, è stata valutata l'equivalenza terapeutica per alcune categorie omogenee di farmaci, propedeutica all'indizione di gara d'acquisto secondo questa modalità. Tale gara, già espletata, determinerà un notevole risparmio, su base annua, della spesa farmaceutica diretta.
- Rafforzamento della collaborazione tra Azienda Ospedaliera e Azienda USL per mantenere e, ove possibile, potenziare l'erogazione diretta di farmaci (E.D.) sia dopo le dimissioni ospedaliere che dopo le prestazioni specialistiche ambulatoriali, al fine di favorire la continuità terapeutica ospedale-territorio in ambito farmaceutico, migliorare l'appropriatezza prescrittiva e annullare i comportamenti dissociati tra medicina ospedaliera e territoriale.
- Individuazione di aree comuni di intervento e applicazione di un'unica strategia in campo farmacologico con le altre Direzioni coinvolte (Dipartimento di Cure Primarie, Politica del Farmaco) per rendere più coerenti e sinergiche le azioni relative all'assistenza farmaceutica, come ad esempio:
 - a) attivazione di Tavoli Tecnici comuni tra medici di medicina generale e medici ospedalieri sul corretto utilizzo dei farmaci cardiovascolari (statine) e dei farmaci per il sistema muscolo-scheletrico;
 - b) informazione e formazione ai prescrittori (medici di medicina generale e specialisti), anche attraverso il confronto tra clinici nell'ambito di commissioni dedicate;
 - c) controllo della prescrizione dei medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali; azioni di formazione ai cittadini sul corretto uso dei farmaci, sia capillare per utente, in ambito di erogazione diretta (mediante informazione sulla tipologia dei farmaci prescritti, sulle loro corrette modalità di assunzione, posologia, tipo di

farmaco, effetti collaterali, interazioni, eventuali incompatibilità, rimborsabilità, eventuali limitazioni di utilizzo rispetto alle note AIFA⁴), sia mediante un progetto di educazione sanitaria aziendale, divulgato alla popolazione dall'emittente televisiva locale, sul corretto stile di vita, premessa indispensabile per procedere alle indicazioni sul corretto uso del farmaco, che verrà ulteriormente sviluppato nel corso del 2005.

Farmaceutica Convenzionata

In particolare nel Distretto Ovest, l'Assistenza Farmaceutica Territoriale (Farmaceutica convenzionata) viene erogata da 23 farmacie presenti nel territorio distrettuale.

Nell'anno 2004 la spesa media netta pro capite nel Distretto Ovest è stata di 170,81 euro, con una variazione rispetto alla spesa media netta pro capite aziendale di 205,36 euro, pari a -20,23% (nel Distretto Centro Nord tale spesa è stata pari a 216,61 euro, +5,19% rispetto alla media aziendale, e nel Distretto Sud Est di 210,14 euro, con una variazione aziendale pari a +2,28%).

La variazione percentuale della spesa netta aziendale anno 2004 contro 2003 è stata di +2,90%, a fronte di una variazione percentuale della media regionale di +5,16%.

L'Azienda USL di Ferrara, nel 2004, si è pertanto posizionata al secondo posto tra le aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna in termini di minor incremento della spesa netta pro capite rispetto all'anno precedente, e ha conseguito l'obiettivo attribuito dalla Regione Emilia-Romagna di 195 euro di spesa netta pro capite pesata, portandola a 191,51 euro.

Nel Distretto Ovest la spesa lorda pro capite per l'anno 2004 è stata di 202,89 euro con una variazione aziendale pari a -7,18% rispetto alla media aziendale di 218,60 euro (nel Distretto Centro Nord tale spesa è risultata di 217,62 euro, pari a -0,44%, mentre nel Distretto Sud Est è stata pari a 231,32 euro, con una variazione aziendale pari a +5,82%). La variazione percentuale della spesa aziendale lorda anno 2004 contro 2003 è stata di +4,86%, a fronte di una variazione percentuale della media regionale di +7,06%.

Per il calcolo della spesa pro capite è stato considerato il numero di abitanti del Distretto al 31/12/2004, pari a 71.602.

Nelle pagine seguenti, le figure 1 e 2 riportano lo scostamento percentuale dei Nuclei di Cure Primarie contro media Distretto di spesa media lorda pro capite e DDD/1.000 abitanti e lo scostamento percentuale dei Nuclei di Cure Primarie contro media Aziendale di spesa media lorda pro capite e DDD/1.000 abitanti, e le figure 3 e 4 rappresentano graficamente il diverso andamento della spesa media lorda pro capite e del consumo farmaci espresso in DDD/1.000 abitanti dei Nuclei di Cure Primarie, rispettivamente riferito alla media di Distretto e alla media Aziendale.

⁴ AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco

Risultati 2004

L'appropriatezza prescrittiva è stata perseguita con la predisposizione, da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti, di linee guida e protocolli terapeutici, nel rispetto dei principi di farmacoeconomia e sicurezza del farmaco, per i farmaci dell'apparato muscolo scheletrico e per le statine, monitorando, come obiettivo aziendale, il rispetto degli accordi sulla prescrizione di farmaci per la terapia dell'ipertensione. Sono state inoltre effettuate analisi, valutando la correttezza della prescrizione, rispetto a:

- la scheda tecnica del farmaco;
- le note AIFA;
- la presenza del Piano Terapeutico dove previsto e verifica della corretta stesura;
- l'associazioni di farmaci particolari;
- la terapia a breve termine dove è prevista una terapia cronica.

Nel Distretto Ovest sono presenti tre punti per la distribuzione diretta di farmaci, uno presso la Farmacia dell'Ospedale di Cento (via Vicini 2), un altro presso l'Ospedale di Bondeno, sede CUP, (Via Dazio 105) e un altro ancora presso il Poliambulatorio di Sant'Agostino. Anche in queste due ultime sedi, dove non è presente la Farmacia Interna, provvede all'erogazione il personale farmacista assegnato alla Farmacia di Cento.

Nell'anno 2004 è stato intrapreso l'incremento dell'erogazione diretta farmaci in ottemperanza alla legge 405/2001, l'erogazione diretta è stata effettuata relativamente ai farmaci prescritti dopo l'accesso in Day Hospital, le dimissioni dal ricovero ospedaliero, a seguito di visita specialistica ambulatoriale ai farmaci dell'Allegato 2 della legge 405/2001, oltre che a pazienti residenti in strutture residenziali e semiresidenziali, a pazienti in ADI 1 e 2, ai pazienti affetti da patologie croniche in terapia con farmaci soggetti a Piano Terapeutico.

Nel Distretto Ovest l'erogazione diretta ha consentito un risparmio sulla farmaceutica convenzionata di 2.506.629,63 euro, pari al 12,5% del risparmio provinciale (19.965.816 euro). È comunque necessario considerare che al risparmio provinciale ha contribuito in maniera determinante (10.233.472 euro, pari al 51,2% del risparmio provinciale) l'Azienda Ospedaliera che eroga farmaci a cittadini residenti principalmente nel Distretto Centro Nord, ma anche in altri Distretti della provincia.

Per una dettagliata consultazione si allega la relativa Tabella 1.

Nel 2004 è stata attivata nel Distretto Ovest la distribuzione diretta ADI 1, che insieme all'ADI 2 viene erogata dalla farmacia interna di Cento.

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

Anche nel 2005 verrà perseguita l'appropriatezza prescrittiva, attraverso l'applicazione, da parte dei medici di famiglia e degli specialisti, dei protocolli terapeutici prodotti dalle commissioni tecniche aziendali. Tali protocolli riguardano la terapia dell'ipertensione, l'utilizzo delle statine e dei farmaci dell'apparato muscolo-scheletrico.

Partendo dall'analisi dei dati, verranno effettuati incontri con i coordinatori dei Nuclei di Cure Primarie e con i responsabili di modulo organizzativo, per monitorare il comportamento prescrittivo dei vari Nuclei di Cure Primarie.

Verrà proseguita la distribuzione dei farmaci ai pazienti in Assistenza Domiciliare secondo le modalità concordate, cercando di limitare gli ostacoli organizzativi. È previsto l'aumento della distribuzione diretta dei farmaci a seguito di visita specialistica, soprattutto migliorando l'organizzazione complessiva e dedicando ambulatori a patologie specifiche quali il glaucoma.

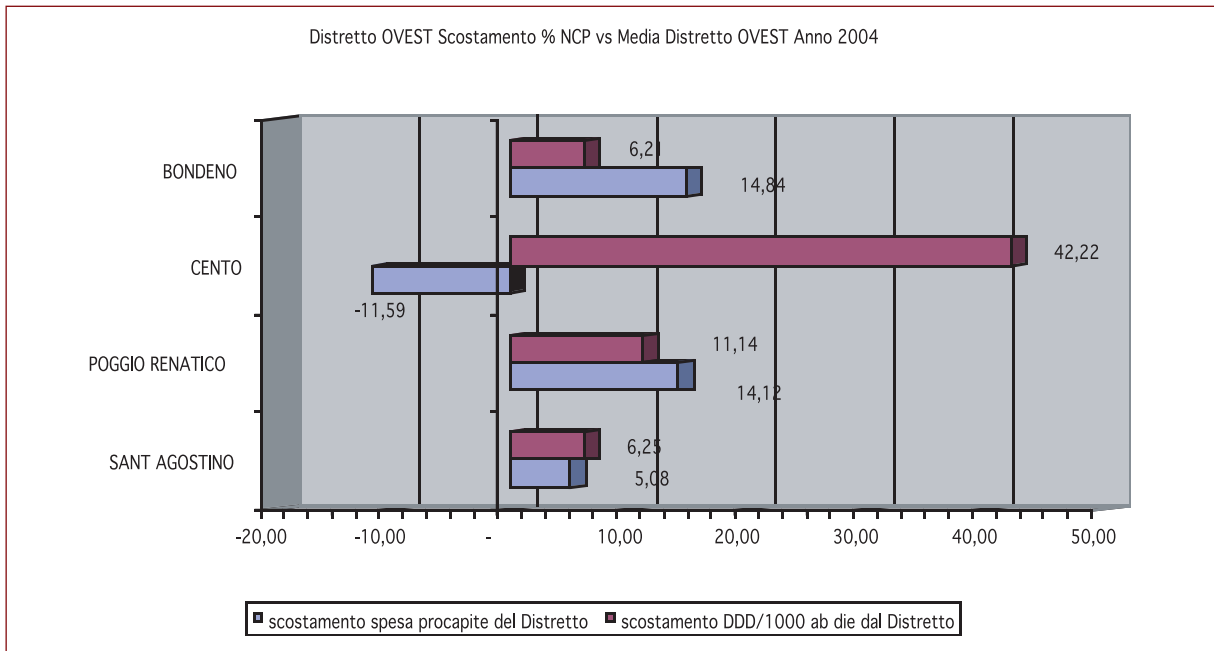


Figura 1. La rappresentazione grafica evidenzia che solo il Nucleo di Cento presenta uno scostamento negativo della spesa media pro capite lorda rispetto alla media distrettuale, e il maggiore scostamento positivo di DDD/1.000 abitanti.

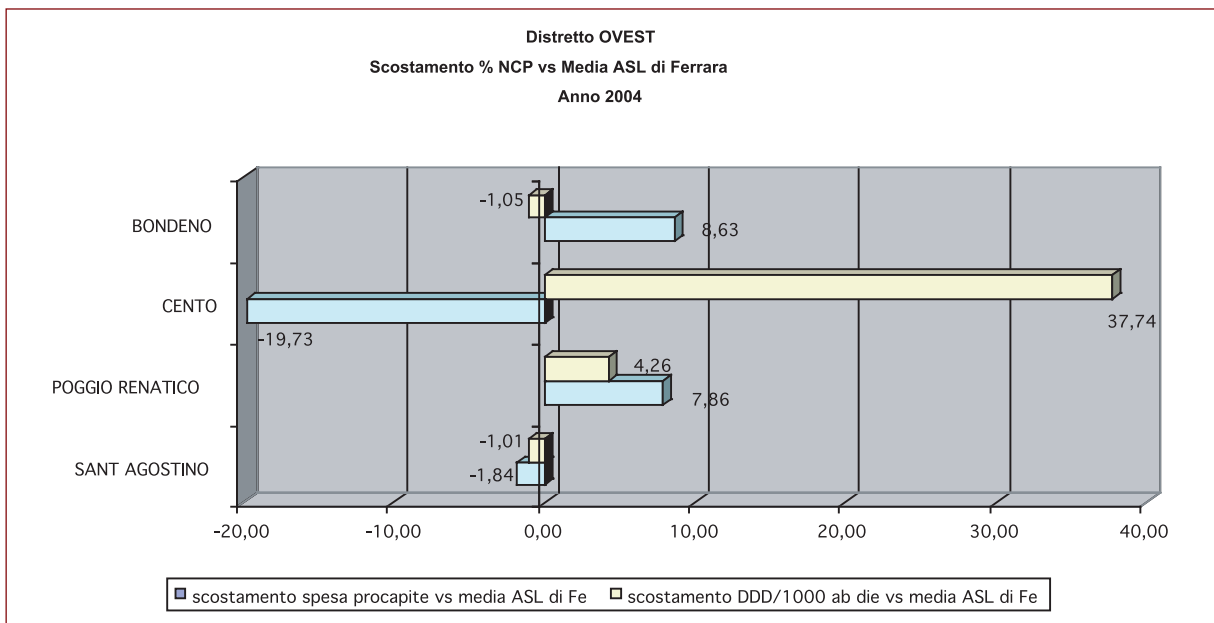


Figura 2. Il Nucleo di Cento presenta uno scostamento negativo di spesa media pro capite lorda rispetto alla media distrettuale, alla quale al contrario corrisponde il maggiore scostamento positivo di DDD/1.000 abitanti; il Nucleo di Bondeno presenta il maggiore scostamento rispetto alla media aziendale di spesa media pro capite, con un lieve scostamento negativo in DDD, mentre Sant'Agostino ha un lieve scostamento negativo sia in DDD/1.000 che in termini di spesa media pro capite.

Figura 3

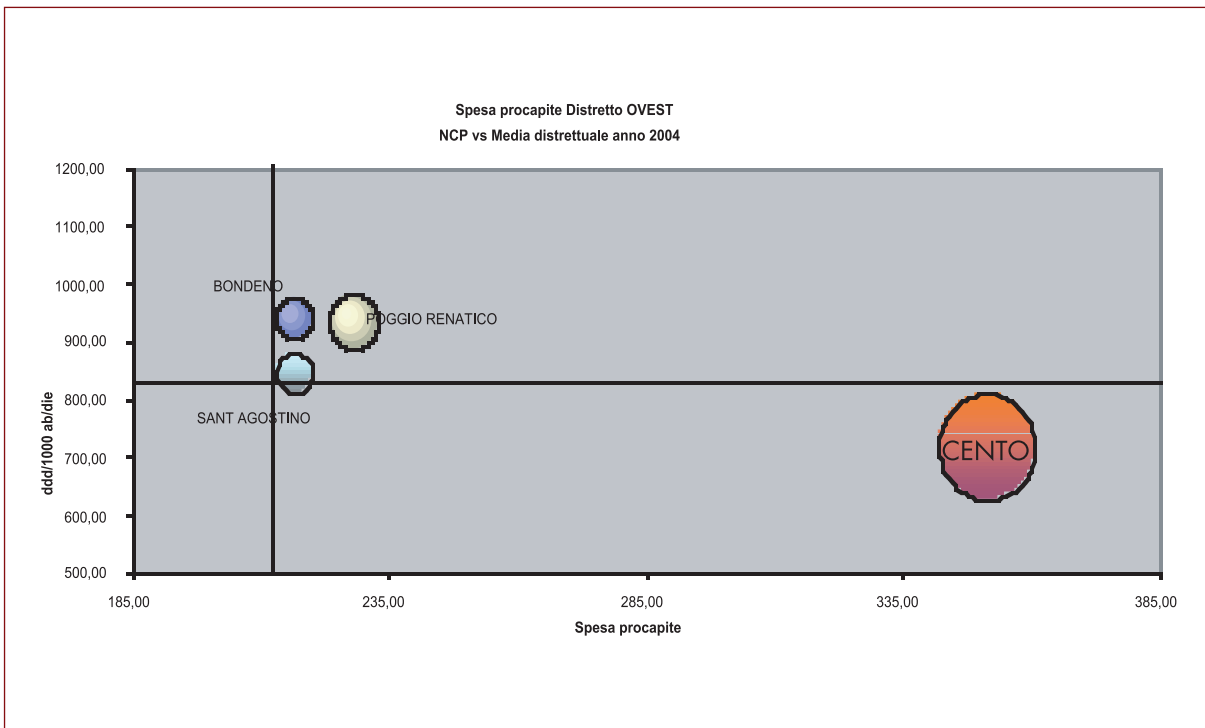
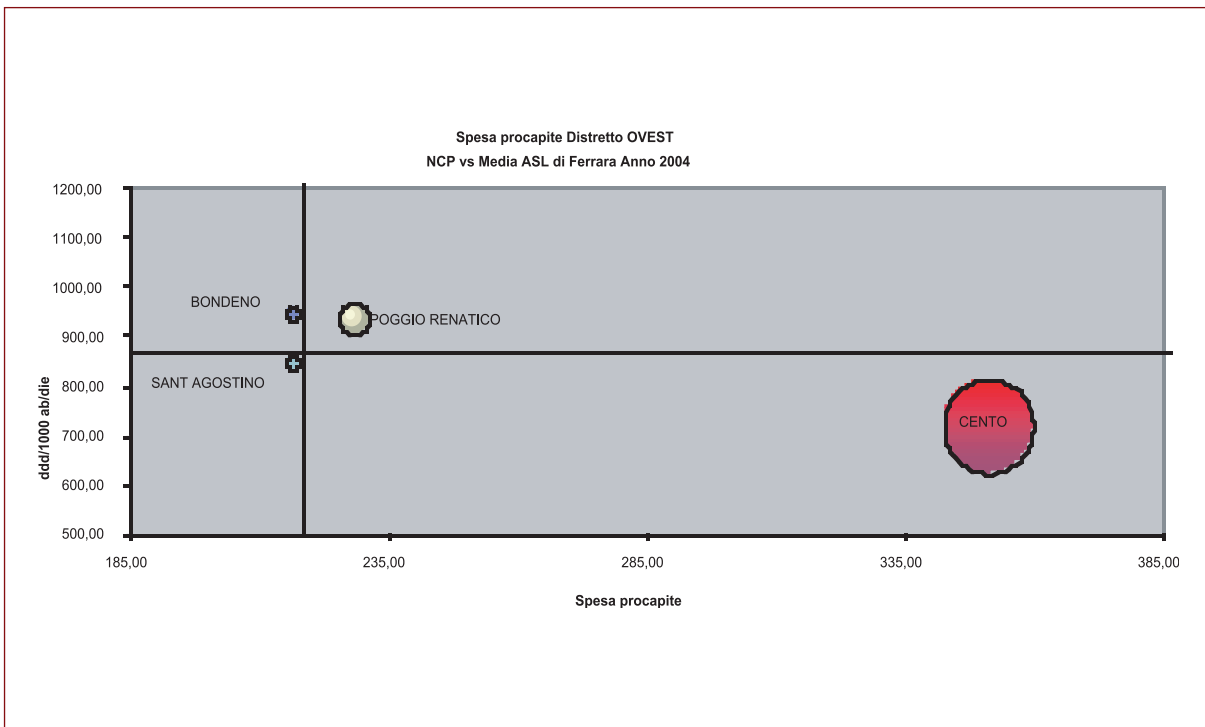


Figura 4



Le Figure 3 e 4 rappresentano graficamente l'andamento diverso della spesa media lorda pro capite e del consumo di farmaci espresso in DDD/1.000 abitanti dei Nuclei di Cure Primarie, rispetto alla media di Distretto e alla media aziendale.

In sintesi, le posizioni nel quadrante superiore destro significano maggiori consumi e spesa, mentre il posizionamento in basso a sinistra indica le condizioni più efficienti rispetto al valore medio considerato.

ASSISTENZA FARMACEUTICA		
Numero obiettivi	Titolo	Tipo obiettivo
1	Perseguire l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'applicazione da parte dei medici di famiglia e degli specialisti dei protocolli terapeutici prodotti dalle commissioni tecniche aziendali. Tali protocolli riguardano la terapia dell'ipertensione, l'utilizzo delle statine e dei farmaci dell'apparato muscolo-scheletrico.	Trasversale
2	Monitorare il comportamento prescrittivo dei vari NCP, coinvolgendo i coordinatori NCP e i responsabili di modulo.	Trasversale
3	Promuovere l'erogazione diretta dei farmaci a duplice via di distribuzione e all'interno di strutture residenziali ancora non coinvolte dal progetto aziendale.	Trasversale
4	Proseguire la distribuzione dei farmaci ai pazienti in assistenza domiciliare secondo le modalità concordate, cercando di limitare gli ostacoli organizzativi.	Trasversale

5.1.6. Il Consultorio Familiare

Le finalità del consultorio familiare sono:

- garantire l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio, promuovendo azioni atte a realizzare l'umanizzazione del parto e l'integrazione con altri servizi, favorire la cultura dell'accoglienza e garantire il diritto alla salute della popolazione immigrata e in situazione di particolare disagio sociale;
- assicurare l'attuazione dei programmi di screening per i tumori femminili da parte della popolazione target;
- promuovere ogni azione volta alla tutela della salute femminile, dall'adolescenza alla terza età.

Popolazione target 2003 (Comuni Distretto: Cento, Bondeno, Sant'Agostino, Mirabello)

Popolazione femminile anni 14-65: 18.572

Popolazione target (Comuni Distretto Ovest: Cento, Bondeno, Sant'Agostino, Mirabello, Poggio Renatico, Vigarano Mainarda)

Popolazione femminile anni 14-65: 23.553

NUOVE SEDI DI EROGAZIONI DEI SERVIZI

È stato aperto per tre ore settimanali il Servizio Citologico a Poggio Renatico. Quello che segue è il confronto tra i dati di attività del 2003 e del 2004 su alcuni temi che caratterizzano il consultorio.

PERCORSO NASCITA			
Anno 2003	Numero	Anno 2004	Numero
Corsi pre-parto:	15	Corsi pre-parto:	17
Incontri di preparazione attivati:	165	Incontri di preparazione attivati:	187
Nestanti:	163	Gestanti:	165
Incontri mamme e bambini:	13	Incontro mamme e bambini:	17

A fronte di un incremento previsto del 5% delle azioni descritte, si è osservata una sostanziale stabilizzazione del numero delle partecipanti, con un numero più alto di incontri, segno di una maggior assiduità di partecipazione ai programmi proposti.

SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO AL SENO			
Anno 2003	Numero	Anno 2004	Numero
Consulenze telefoniche:	125	Consulenze telefoniche:	50
Consulenze ambulatoriali e telefoniche:	505	Consulenze ambulatoriali e telefoniche:	540

Nel Consultorio di Cento esiste uno spazio dedicato al sostegno all'allattamento materno e un Numero Verde (800.076.640) a cui le mamme possono rivolgersi per consulenze. L'allattamento al seno viene promosso e sostenuto dalle ostetriche durante il Servizio di Puerperio a domicilio; è attivo nel Distretto Ovest dal 1989.

Nel 2004 si è avuto un incremento delle richieste di consulenza, che sono passate da 505 a 540.

Al servizio di consulenza ambulatoriale accedono sia le mamme che hanno frequentato i corsi di preparazione alla nascita per un incontro dopo il parto, sia le mamme che si rivolgono personalmente al consultorio con il proprio bambino per le problematiche inerenti l'allattamento materno.

CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA			
Anno 2003	Numero	Anno 2004	Numero
Gravidanze fisiologiche:	202	Gravidanze fisiologiche:	287
Donne immigrate in gravidanza:	42	Donne immigrate in gravidanza:	45
Donne in gravidanza in disagio sociale:	16	Donne in gravidanza in disagio sociale:	36

Sono state messe in atto diverse strategie per seguire le gravidanze di donne immigrate o con situazioni di disagio sociale.

L'incremento osservato nel numero delle gravidanze fisiologiche è del 42%, e si può interpretare come il segno di un rapporto di fiducia verso il servizio che si va consolidando nella comunità degli immigrati.

La gravidanza fisiologica è sempre più di competenza del Servizio Salute Donna, che è diventato un punto di riferimento importante per le donne straniere e con disagio sociale.

Il *Progetto Menopausa* dedica particolare attenzione alle donne in climaterio a rischio di osteoporosi e alterazione del tono dell'umore.

Le ostetriche della Salute Donna eseguono le densitometrie ossee a ultrasuoni di primo livello per individuare le donne a rischio di osteoporosi e inviarle presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara, dove da anni è strutturato un percorso agevolato per le pazienti inviate dal servizio Salute Donna di Cento. Il *Progetto Menopausa* prevede la collaborazione di uno psichiatra per problemi legati ai disturbi dell'umore.

Il numero delle donne che hanno usufruito dei servizi offerti dal *Progetto Menopausa* sono state 334 nel 2003 e 366 nel 2004, con un aumento di circa il 10%; inoltre, allo scopo di migliorare le conoscenze attorno a questi problemi e per prevenire i disturbi e le eventuali patologie connesse al periodo climaterico, sono stati effettuati tre incontri pubblici e vari interventi presso l'Università della terza età.

CONFRONTO DEI DATI DI ATTIVITÀ DEL SERVIZIO

ANNO 2003	ANNO 2004		
Donne in gravidanza prese in carico	202	Donne in gravidanza prese in carico	287
- di cui extracomunitarie	42	- di cui extracomunitarie	45
Corsi di preparazione alla nascita	15	Corsi di preparazione alla nascita	17
Numero di donne in gravidanza partecipanti i corsi	163	Numero di donne in gravidanza partecipanti i corsi	165
Assistenza al puerperio domiciliare	324	Assistenza al puerperio domiciliare	330
Sostegno all'allattamento	125	Sostegno all'allattamento	150
Pap-test eseguiti	3.511	Pap-test eseguiti	3.589
-di cui per screenig	2.890	-di cui per screenig	2.730
Visite ginecologiche	2.150	Visite ginecologiche	2.083
Contraccezione	420	Contraccezione	312
Certificazioni IVG	32	Certificazione IVG	24
Assistenza alla menopausa		Assistenza alla menopausa	
Numero donne seguite	334	Numero donne seguite	366

Negli ultimi anni, le donne si rivolgono sempre più spesso ai medici di medicina generale per la prescrizione dei metodi contraccettivi, ma si ipotizza un aumento delle prestazioni per contraccezione con la prossima apertura dello Spazio Giovani.

Considerazioni sui risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

Gli obiettivi del 2004 sono stati sviluppati in parte all'interno di due progetti condivisi a livello provinciale, *Percorso Nascita e Allattamento al seno*, e in due progetti di carattere locale, il primo inerente il tentativo di incentivare il numero delle gravidanze fisiologiche seguite nei consultori per donne immigrate e in condizioni di disagio sociale, il secondo volto a prevenire i disturbi e le patologie connesse al periodo del climaterio. Come si può verificare dalle tabelle esposte precedentemente, i risultati sono stati raggiunti e l'adesione ai programmi è stata buona. L'aumento di donne immigrate al consultorio ha dato la possibilità di diminuire i rischi che si determinano quando il periodo della gestazione non viene opportunamente monitorato. Il buon livello di risposta ottenuto può essere testimone di un miglior rapporto con la comunità degli immigrati, che comincia a vedere con favore il ricorso ai consultori e non solo all'ospedale per il momento del parto. Come segno di apprezzamento professionale può essere interpretato il buon risultato in termini di afflusso ai corsi pre-parto, che nella nostra Azienda sono sottoposti a ticket, mentre in quella limitrofa di Bologna sono gratuiti. Un'analisi attenta del territorio del Distretto e delle esigenze dei cittadini ha portato a evidenziare alcuni temi emergenti:

- **I giovani rappresentano il 15% dell'utenza totale del consultorio familiare, quindi utilizzano scarsamente questo tipo di servizio**, perché la struttura consultoriale è pensata in modo particolare per un pubblico femminile e adulto. Inoltre si ritiene utile dedicare ai giovani uno spazio in cui sia tutelata in modo adeguato la privacy. Infatti, i giovani non sono molto propensi a utilizzare il consultorio insieme a un parente o un familiare.
- Un fenomeno emergente già affrontato negli ultimi anni è **il progressivo incremento dell'utenza femminile straniera**, che pone le strutture sanitarie di fronte alla necessità di avere a disposizione personale competente e strutture per rispondere in maniera adeguata alle esigenze di persone che provengono da contesti culturali diversi. Nel Distretto Ovest questa esigenza è particolarmente sentita, perché si tratta di un territorio a forte immigrazione di persone che poi tendono a stabilizzarsi. In questo contesto in cui il problema è rilevante, nasce la collaborazione fra il Servizio Salute Donna del Distretto Ovest e l'Unità Operativa di Ostetricia per la realizzazione del Progetto ***Nascere e crescere stranieri***.

In questa dimensione, gli obiettivi fissati per il 2005 si sviluppano nelle aree di criticità individuate, con un ulteriore incremento delle gravidanze fisiologiche assistite di donne immigrate e con la realizzazione del consultorio Spazio Giovani dedicato alle persone da 14 a 24 anni con l'apporto di un'educatrice e di una psicologa, oltre alle figure già esistenti di ginecologa e ostetrica.

Nel corso dell'anno è prevista l'apertura dell'ambulatorio citologico, e la presa in carico delle donne in età di screening nei Comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainar-

da. Infine, in collaborazione con la Divisione di Ostetricia e Ginecologia e con la Pediatria di Comunità, verrà realizzato un progetto per favorire l'allattamento al seno e prolungarlo oltre il terzo mese di vita.

CONSULTORIO FAMILIARE		
Numero obiettivo	Titolo	Tipo di obiettivo
1	Realizzazione del progetto per l'integrazione delle donne immigrate dal titolo <i>Nascere e crescere stranieri</i> in collaborazione con l'Unità Operativa di Ostetricia dell'Ospedale di Cento.	Distrettuale
2	Apertura dell'ambulatorio citologico e presa in carico delle donne in età di screening nei Comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda.	Distrettuale
3	Realizzazione di un progetto per incrementare le gravidanze fisiologiche nelle donne immigrate.	Distrettuale
4	Attuazione di un progetto per favorire l'allattamento al seno e prolungarlo oltre il terzo mese di vita in collaborazione con la Pediatra di Comunità.	Distrettuale
5	Realizzazione di un consultorio dedicato ai giovani e istituzione di uno Spazio Giovani con l'apporto di una psicologa e di una educatrice.	Distrettuale

5.1.7. La Pediatria di Comunità

Le finalità della Pediatria di Comunità sono:

- la tutela della salute della popolazione da zero a diciassette anni attraverso la promozione di stili di vita corretti, la prevenzione delle malattie infettive, la tutela dei soggetti in condizioni di rischio socio-sanitario e 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;
- la consulenza e la collaborazione con altri servizi (scuola, servizio sociale, Salute Donna ecc) nell'ambito delle funzioni di tutela della salute psico-fisica.

Popolazione target 0 – 17 anni al 31/12/2004

Distretto Ovest (Comuni di Cento, Bondeno, Poggio Renatico, Mirabello, Sant'Agostino, Vigarano Mainarda): **9.689**

Attività avviate nel 2004:

- **Partecipazione alla ricerca regionale sull'allattamento al seno** dal titolo *Dall'evidenza alla prassi* tendente a evidenziare le cause dell'abbandono precoce dell'allattamento al seno. Nel 2004 i pediatri del punto nascita di Cento (compresi i due pediatri di comunità) hanno compilato 63 questionari somministrati ad altrettante mamme che avevano partorito a Cento. I questionari sono poi stati completati nel corso del 2004 con una serie di inchieste telefoniche. I risultati della ricerca sono ora in corso di studio per individuare le modalità di intervento mirate a incrementare l'allattamento al seno.
- **Prevenzione del fumo di sigaretta** nelle scuole medie inferiori e superiori dei Comuni di Cento, Bondeno, Sant'Agostino e Mirabello, secondo un progetto regionale che prevede l'uso di due guide (*Lasciateci puliti* e *Si sta meglio a non fumare*). Nell'anno scolastico 2003/2004 la Pediatria di Comunità e il Ser.T. hanno per la prima volta esteso il progetto a tutte le scuole, ottenendo la partecipazione al progetto di sei scuole sulle undici presenti contro due sole partecipanti nell'anno precedente. Per la prima volta i risultati dei lavori svolti dai ragazzi sono stati presentati nella giornata mondiale senza tabacco (31 maggio).
- **Promozione sistematica delle vaccinazioni contro pneumococco e meningococco** ai bambini sotto i tre anni d'età non a rischio. Nel 2004 sono state somministrate 193 dosi dei suddetti vaccini contro solo 18 dosi somministrate nel 2003.

DATI DI ATTIVITÀ 2004 E CONFRONTO COL 2003.

- Coperture vaccinali nella popolazione infantile:

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE: (polio, difterite, tetano, epatite B)		
Anno	Al 12° mese	Al 24° mese
2003	99,6%	99,1%
2004	99,6%	99,4%

VACCINAZIONI FACOLTATIVE: PERTOSSE		
Anno	Al 12° mese	Al 24° mese
2003	99,6%	99,3%
2004	99,4%	99,1%

VACCINAZIONI FACOLTATIVE: EMOFILO		
Anno	Al 12° mese	Al 24° mese
2003	99,1%	98,9%
2004	99%	98,1%

VACCINAZIONI FACOLTATIVE: MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA		
Anno	Al 24° mese	Al 13° anno
2003	95,9%	95%
2004	94,7%	93,5%

Secondo il Piano Sanitario Nazionale l'obiettivo è quello di raggiungere, a 24 mesi d'età, una copertura vaccinale del 95% della popolazione target per difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, emofilo, morbillo, parotite, rosolia e 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 2004 una copertura per morbillo, parotite e rosolia a 24 mesi dell'85% e per il 2006 del 95% fino a 15 anni. Le coperture vaccinali del nostro Distretto sono sovrapponibili a quelle provinciali, superiori a quelle regionali e molto superiori a quelle nazionali. Nelle tabelle precedenti risulta evidente come le coperture raggiunte siano superiori a quelle raccomandate.

- Assistenza ai bambini affetti da malattie croniche:

Anno	Numero prestazioni
2003	38
2004	40

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

• **Prestazioni a minori extracomunitari:**

Anno	Numero di extracomunitari	Percentuale sulla popolazione 0-17 anni	Numero prestazioni*
2003	415	5,63	569
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 infettive; prescrizione gratuita di prodotti alimentari e igienizzanti.

Il numero di minori extracomunitari è in costante aumento da diversi anni, nel 2004 si è verificata una impennata di ben 131 soggetti con relativo incremento di prestazioni e impegno del Servizio Salute Infanzia.

• **Visite pre vaccinali:**

Anno	Numero visite
2003	2424
2004	2681

L'aumento di visite prevaccinali nel 2004 è legato all'incremento della natalità degli ultimi anni.

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

Anno	Numero controlli
2003	74
2004	34

La diminuzione di controlli igienico-sanitari nelle collettività è legato a un obiettivo di razionalizzazione delle risorse.

• **Refezioni scolastiche:**

Anno	Numero controlli
2003	64
2004	54

La diminuzione di controlli nelle refezioni è conseguenza della stessa razionalizzazione di risorse appena descritta. I controlli igienico-sanitari e i controlli delle mense scolastiche sono previsti dal DPR 1518/67 e dalla legge regionale 1/2000.

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

Anno	Numero tabelle approvate
2003	55 su 55 refezioni
2004	55 su 55 refezioni

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

• **Malattie infettive in collettività:**

Anno	Interventi	Soggetti controllati	Inchieste epidemiologiche	Riammissioni in collettività
2003	33	374	4	47
2004	31	210	2	38

Nel 2004 vi sono stati meno episodi infettivi in collettività, in particolare si sono lievemente ridotti i casi di pediculosi.

• **Diete speciali in collettività prescritte:**

Anno	Numero diete
2003	59
2004	159

Nell'anno 2003 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.

• **Consulenze per allattamento materno:**

Anno	Numero consulenze
2003	322
2004	331

Le consulenze per allattamento materno sono effettuate durante i controlli neonatali nell'Unità Operativa di Ostetricia, nei Consultori Pediatrici e telefonicamente. Sono rivolte a tutte le mamme che ne fanno richiesta. L'attività è in lieve incremento concordeamente ai buoni dati di prevalenza di allattamento al seno nel nostro Distretto.

• **Vaccinazioni eseguite:**

Anno	Numero vaccinazioni
2003	4941
2004	4865

La lieve flessione è dovuta al rinvio al 2005 di parte delle vaccinazioni di richiamo contro morbillo-parotite-rosolia dell'anno di nascita 1993, per la riorganizzazione della proposta di rivaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia.

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

La popolazione dei comuni di Vigarano Mainarda e Poggio Renatico da 0 a 17 anni al 31/12/2004 era di 1.930 abitanti. Nel 2004 i nati di Poggio Renatico sono stati 78 e i nati di Vigarano Mainarda 47.

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

Gli obiettivi del 2004 si sono sviluppati attorno ai progetti di prevenzione, in quanto la popolazione che vive nel territorio di riferimento ha un atteggiamento positivo nei confronti dell'infanzia, con un buon livello di attenzione ai problemi dei bambini. In particolare il servizio ha partecipato alla campagna di prevenzione del fumo di tabacco nelle scuole medie inferiori e superiori del Distretto e ha promosso le vaccinazioni antipneumococco e antimeningococco per bambini di età inferiore a tre anni.

Nell'area del Distretto Ovest esiste una forte presenza di immigrati di seconda istanza che tende a stabilizzarsi in questa zona per la facilità di trovare lavoro. Si tratta di persone giovani che tendono a riunire qui la propria famiglia con un conseguente aumento del numero delle nascite. Ciò comporta un impegno in tendenziale e costante aumento del servizio per fare fronte alle esigenze di questi bambini che si trovano ad affrontare gravi problemi derivanti anche dallo scarto culturale esistente fra le loro famiglie e il nuovo contesto in cui si trovano a vivere.

La Pediatria di Comunità si sta adoperando per garantire le stesse possibilità di accesso ai servizi e di trattamento a tutti i bambini presenti sul territorio.

Gli obiettivi 2005 sono stati indirizzati verso tre filoni di intervento: la prevenzione come continuità e incremento delle attività svolte nel 2003, l'organizzazione del sistema e la tutela della salute.

Gli interventi di prevenzione del fumo di tabacco verranno mantenuti e potenziati per dare maggior copertura alle scuole, mentre continuerà la campagna vaccinale iniziata lo scorso anno per la vaccinazione antipneumococco e antimeningococco con un significativo coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Per quanto riguarda l'organizzazione del sistema, si adotterà un nuovo programma per l'informatizzazione dell'attività vaccinale, all'uso del quale verrà addestrato tutto il personale interessato. Verrà inoltre completato il piano di presa in carico dell'attività vaccinale e di sorveglianza igienico-sanitaria nelle scuole dei Comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda passati dal Distretto Centro Nord al Distretto Ovest.

Infine, per quanto riguarda il tema della tutela della salute in tutti gli ambienti di vita, si sta creando un registro dei minori affetti da patologie croniche per meglio assistere i bambini malati con la necessaria continuità e competenza. Per questi bambini è prevista l'offerta attiva di vaccini particolari. A sostegno dell'inserimento scolastico viene fornito per bambini con diabete, celiachia, allergie e patologie che richiedano la somministrazione di farmaci a scuola allo scopo di garantire le stesse opportunità anche a bambini che soffrono di patologie che potrebbero favorire la loro esclusione dai circuiti scolastici.

Un ultimo aspetto specifico riguarda la prescrizione di farmaci con un progetto che ha lo scopo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva nell'antibiotico-terapia in pediatria.

PEDIATRIA di COMUNITÀ		
Numero obiettivo	Titolo	Tipo di obiettivo
1	Completamento del processo di informatizzazione dell'attività vaccinale.	Aziendale
2	Trasferimento dal Distretto Centro Nord al Distretto Ovest della sorveglianza igienico sanitaria delle comunità scolastiche e dell'attività vaccinale della popolazione in età 0-17 anni dei Comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda.	Distrettuale
3	Estensione del programma di prevenzione e dissuefazione dal fumo nelle scuole in collaborazione con il Ser.T. del Distretto Ovest.	Distrettuale
4	Individuazione delle criticità che ostacolano localmente la prosecuzione dell'allattamento al seno, attraverso l'elaborazione dei risultati dell'indagine provinciale svolta nel 2004 con il coordinamento del CEVEAS.	Aziendale e PPS
5	Offerta attiva e gratuita della vaccinazione antipneumococcica a tutti i bambini frequentanti gli asili nido pubblici e privati.	Aziendale
6	Sostegno all'inserimento scolastico di bambini con patologie croniche che richiedono la somministrazione di particolari farmaci a scuola.	Distrettuale
7	Miglioramento l'appropriatezza prescrittiva dell'antibiotico-terapia in Pediatria.	Trasversale

5.1.8. Le Dipendenze Patologiche

Popolazione target		
POPOLAZIONE RESIDENTE	Popolazione target Tossicodipendenti Età 15-44 al 31/12/2004	Popolazione target Alcolisti Età 15-64 al 31/12/2004
Cento	12.774	21.003
Sant'Agostino	2.612	4.234
Mirabello	1.306	2.245
Bondeno	5.552	9.827
Poggio Renatico	3.122	5.255
Vigarano Mianarda	2.573	4.450
Distretto	27.939	47.014

La popolazione target è aumentata in seguito all'acquisizione dei Comuni di Vigarano Mainarda e Poggio Renatico.

Dati di attività 2003-2004				
UTENTI TOSSICODIPENDENTI	Residenti 2004	Residenti 2003	Residenti 2004	Residenti 2003
Cento	43	42	17	20
Sant'agostino	5	6	1	1
Mirabello	5	6	1	1
Bondeno	31	17	9	1
Poggio Renatico	7	9	1	1
Vigarano	12	8	2	3
Distretto	103	88	31	27

L'aumento di utenti tossicodipendenti di circa il 17% da attribuire a una migliore capacità di risposta del servizio in seguito all'inserimento, nell'équipe, della figura dell'educatore. Ciò ha permesso una maggiore capacità di accoglienza e di sviluppo dei programmi socio-educativi.

Tassi di incidenza e prevalenza suddivisi per comune di appartenenza				
Utenti Tossicodipendenti	Tasso di Prevalenza*1.000 2004	Tasso di Prevalenza*1.000 2003	Tasso di Incidenza*1.000 2004	Tasso di Incidenza*1.000 2003
Cento	3,37	3,39	1,33	1,61
Sant'Agostino	1,91	2,34	0,38	0,39
Mirabello	3,83	4,60	0,77	0,77
Bondeno	5,58	3,02	1,62	0,18
Poggio Renatico	2,24	2,96	0,32	0,33
Vigarano	4,66	3,15	0,78	1,18
Distretto	3,69	3,20	1,11	0,98

La variazione rispetto al 2003 è per il tasso di prevalenza di +0,49, per il tasso di incidenza di +0,13. L'aumento di questi parametri diminuisce il costo pro capite della prestazione. Considerando che una delle criticità evidenziate nel "Programma attività territoriali Distretto Ovest" dell'anno scorso consisteva nell'alto costo-prestazione, la modifica di questo indice migliora il dato 2003.

Confronto dati di attività 2003-2004 per utenti alcoldipendenti				
Utenti Alcoldipendenti	Residenti 2004	Residenti 2003	Nuovi utenti Residenti 2004	Nuovi utenti Residenti 2003
Cento	27	18	13	12
Sant'agostino	6	5	2	2
Mirabello	1	1	1	0
Bondeno	8	6	4	2
Poggio Renatico	2	0	0	0
Vigarano	6	3	2	1
Distretto	50	33	22	17

Gli utenti alcoldipendenti sono aumentati in modo significativo, passando da 50 a 72 con un incremento del 44% del totale dei pazienti in carico e dei nuovi utenti che sono passati nell'anno 2004 da 17 a 22. Questo risultato è da attribuire allo sviluppo di un progetto specifico sull'alcolismo, portato avanti dall'educatrice del Ser.T. e dall'impegno di tutto il servizio su questo tema.

Tassi di prevalenza e incidenza degli utenti alcolodipendenti. Confronto 2003-2004				
Utenti Alcolodipendenti	Tasso di Prevalenza*1.000 2004	Tasso di Prevalenza*1.000 2003	Tasso di Incidenza*1.000 2004	Tasso di Incidenza*1.000 2003
Cento	1,29	0,88	0,62	0,59
Sant'Agostino	1,42	1,20	0,47	0,48
Mirabello	0,45	0,44	0,45	0
Bondeno	0,81	0,61	0,41	0,20
Poggio Renatico	0,38	0	0,00	0
Vigarano	1,35	0,68	0,45	0,23
Distretto	1,06	0,71	0,47	0,37

L'incremento del tasso di prevalenza dimostra un buon livello di tenuta dei pazienti all'interno dei programmi di trattamento, e il tasso di incidenza indica una buona costanza di afflusso dei nuovi utenti.

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

Il territorio del Distretto Ovest è caratterizzato da una bassa incidenza e prevalenza di tossicodipendenti da droghe illegali. Il lavoro del Ser.T. negli ultimi anni si è quindi concentrato maggiormente sulla prevenzione dell'uso e abuso di droghe legali quali alcol e tabacco, e sul trattamento di alcolisti e fumatori. Questa strategia ha portato, in particolare nell'ultimo anno, 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* e *Salute Donna*, 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 l'Unità Operativa di medicina dell'Ospedale di Cento per la segnalazione e il trattamento di pazienti alcolisti.

Nel corso del 2005 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 la Pediatria di Comunità, verrà garantita una maggior 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 che sempre più spes-

so ne fanno un uso pericolosamente ricreativo.

Sul versante del trattamento, nel quadro delle collaborazioni che caratterizzano l'operato del Ser.T., si amplierà il protocollo operativo riguardante il trattamento e la segnalazione di pazienti alcolisti, stipulato con l'Unità Operativa di Medicina dell'Ospedale di Cento, anche con la Chirurgia.

Questo protocollo amplia le possibilità di intercettare 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. Il protocollo con l'Unità Operativa 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.

SER.T		
Numero obiettivo	Titolo	Tipo di obiettivo
1	Azioni di governo clinico per migliorare i fattori sociali e le condizioni di salute che condizionano la qualità di vita degli utenti tossicodipendenti cronici multiproblematici.	Trasversale
2	Attuazione di un programma Ser.T.-Dipartimento di Salute Mentale per i pazienti con doppia diagnosi per migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi.	Trasversale
3	Piano di sensibilizzazione nelle fabbriche e negli Enti Pubblici finalizzato alla riduzione del consumo di tabacco sui luoghi di lavoro.	Trasversale
4	Prevenzione dei rischi relativi all'assunzione di alcol da parte dei giovani adulti in collaborazione con alcune Unità Operative dell'Ospedale di Cento.	Trasversale Distrettuale
5	Interventi di prevenzione nelle scuole e sul territorio in collaborazione con il Servizio di Pediatria di Comunità del Distretto Ovest.	Trasversale Distrettuale
6	Revisione del sistema di gestione della qualità certificato secondo i requisiti previsti dall'accreditamento.	Trasversale

5.1.9. Gli Anziani

Gli anziani rappresentano, all'interno della popolazione distrettuale, la parte che necessita più di altre di una attenzione particolare riguardante sia aspetti di tipo sanitario che aspetti di tipo sociale. È pertanto all'interno del Modulo Organizzativo Socio – Sanitario del Dipartimento Cure Primarie che trova posto l'organizzazione e la gestione delle attività necessarie per 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 di programmazione della gestione integrata e della risposta ai bisogni dell'anziano.

A livello distrettuale è presente una rete di servizi che permette una risposta adeguata a tutti i tipi di bisogni 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, integrazione coi comuni, di interventi socio – sanitari volti alla prevenzione e alla cura delle disabilità, alla riattivazione e al mantenimento dell'anziano al domicilio e all'erogazione di prestazioni assistenziali integrate.

Popolazione target

2003

< 65 anni: 16.224 pari al 23,09% della popolazione residente

< 75 anni: 7.874 pari al 11,20% della popolazione residente

2004

< 65 anni: 16.441 pari al 23,09% della popolazione residente(+ 220 unità)

< 75 anni: 7.990 pari al 11,20% della popolazione residente (+ 120 unità)

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

DATI DI ATTIVITÀ (2003/2004)			
ATTIVITÀ e/o PROGETTI	Numero prestazioni 2004	Numero prestazioni 2003	Differenza
Consulenza geriatrica ambulatoriale	138 in regime ambulatoriale	111 in regime ambulatoriale	+ 27
Unità di Valutazione Geriatrica UVG	181 valutazioni totali, di cui 82 in strutture	228 valutazioni totali, di cui 120 in strutture	- 47
Assistenza Sanitaria in RSA	51 ricoveri per 6.373 giorni di degenza	60 ricoveri per n. 5.594 giorni di degenza	- 9
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: Servizio Amministrativo U.O. Socio-Sanitaria Modulo Anziani-Handicap Adulto

L'aumento delle visite specialistiche è da mettere in relazione all'aumento della domanda (visite geriatriche, valutazione per progetto demenze, visite per la concessione dell'indennità di accompagnamento), per cui si è reso necessario incrementare il numero di visite ambulatoriali per cercare di ridurre i tempi di attesa.

La diminuzione della attività di valutazione può essere messa in relazione anche alle politiche regionali di sostegno alla domiciliarità, che presuppongono un ricorso alla istituzionalizzazione sempre più tardivo.

La diminuzione dei ricoveri in RSA è principalmente dovuta alla gravità dei casi che giungono alla valutazione, che necessitano di periodi di permanenza sempre più lunghi; la maggior parte dei ricoveri provengono dalle strutture ospedaliere territoriali con grave difficoltà di gestione familiare a domicilio e dimissione verso strutture protette.

DATI DI ATTIVITÀ CASE PROTETTE E CENTRI DIURNI ANNO 2003/2004			
Case protette convenzionate	2004	2003	Differenza
Case protette	8*	6	+ 2
Posti letto	221	160	+ 61
Presenti al 1° giorno del trimestre/anno	204	160	+ 44
Nuovi ingressi	71	43	+ 28
Dimessi	3	4	
Utenti deceduti	60	38	+ 22
Totale giornate di degenza	72.995	57.148	+15.847
Giornate di ricovero ospedaliero	1.383	640	+743
Ricoveri ospedalieri	157	88	+69
Centri diurni convenzionati			
Centri diurni	2*	2	-
Posti	17	17	-
Nuovi ingressi	11	5	+ 6
Giornate di presenza	3.721	2.860	+861
Fonte: Servizio Amministrativo U.O. Socio-Sanitaria Modulo Anziani-Handicap Adulto			
* La Struttura Protetta "La Residence" di Ficarolo e il Centro Diurno presso la Struttura Protetta "Opera Pia Galuppi" di Pieve di Cento hanno un contratto di fornitura di prestazioni e di oneri a rilievo sanitario a esaurimento, con graduale rientro dei posti in ambito distrettuale.			

L'aumento del numero delle case protette convenzionate è in relazione alla nuova configurazione dei Distretti sanitari, che ha incorporato i Comuni di Vigarano Mainarda e Poggio Renatico nel Distretto Ovest.

L'incremento delle giornate di ricovero ospedaliero è da mettere in relazione alla tipologia degli ospiti delle strutture protette a maggior grado di disabilità ed elevato carico sanitario e all'aumento delle strutture afferenti al Distretto.

DATI ATTIVITA' RSA DISTRETTO OVEST			
	2004	2003	Diff.
R.s.a.	1	1	-
Posti letto effettivi/attivati	20	20	-
Presenti al 1° giorno del trimestre/ anno	14	19	- 5
Nuovi ingressi	51	60	9
Totale giornate di degenza	6.373	5.594	+ 779
Giornate di ricovero ospedaliero	78	11	+ 67
Ricoveri ospedalieri	12	2	+ 10
Utenti totali	65	79	- 14
Dimessi	38	64	- 26
Utenti deceduti	8	7	+ 1

Fonte: 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.

ATTIVITÀ DEL CENTRO DELEGATO MALATTIA DI ALZHEIMER PRESSO LA CASA PROTETTA PLATTIS DI CENTO (2004)					
ATTIVITÀ E/O PROGETTI	SEDE	ACCESSO	N. ADDETTI	N. PRESTAZIONI 2004	INTEGRAZIONI
Centro delegato malattia di alzheimer	C/o Istituto G. B. Plattis	Mercoledì 8,30- 13	2 MEDICI 2 INFERMIERI PROFESSIONALI	474 DI CUI PRIME VISITE = 94	Medici di medicina generale Servizi sociali
Progetto Cronos	Via Cicini 5, Cento	16 - 18		CONTROLLI = 380	Centro diurno
Tel. 051 / 90.16.64	Tel. 051/90.30.48				Strutture protette
	Fax 051/683.11.62				

COMUNE	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2003	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2004
Cento	70	86
Bondeno	27	22
Mirabello	4	3
Poggio Renatico	32	22
Sant'Agostino	12	15
Vigarano Mainarda	21	21
TOTALE	166	169

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

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

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 conseguentemente migliorarne la funzionalità complessiva. È evidente inoltre 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 severa.

Nel corso del 2004 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 possibile di autonomia per la persona anziana. Attraverso l'assegno di cura o utilizzando i ricoveri temporanei di sollievo in RSA e in Casa Protetta, si è favorita la permanenza al domicilio di anziani non autosufficienti, ritardando in questo modo 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 severa nel corso del 2004 è aumentata l'attività ambulatoriale e di assistenza sanitaria rivolta soprattutto all'individuazione precoce e al trattamento dei soggetti affetti da demenza o da altre malattie fortemente invalidanti.

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

In sintonia con le criticità verificate, con le aree di miglioramento individuate e con i Piani per la Salute, gli obiettivi 2005 si svilupperanno nelle seguenti aree:

- Sostegno al *care giver*;

- miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria;
- promozione della salute.

Sostegno del *care giver*

È evidente l'importanza della figura del *care giver*, individuabile nella quasi totalità dei casi in un familiare, nel mantenimento del soggetto presso il proprio domicilio. È 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 è stato predisposto un protocollo aziendale per i ricoveri di sollievo che troverà la piena applicazione nel corso del 2005. Per ricoveri di sollievo si intende il 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 presuppone la fattiva collaborazione delle strutture di ricovero e il coinvolgimento del personale preposto all'interno delle stesse. È evidente anche l'importanza nell'individuare delle linee di comportamento uguali per tutti a cui attenersi.

Nel corso del 2005 verranno definiti e sperimentati protocolli relativi al nursing geriatrico da attuare all'interno delle strutture residenziali del Distretto.

Promozione della salute

In collaborazione con i centri anziani presenti in tutti i Comuni del Distretto Ovest e con i Servizi Sociali, verranno organizzati incontri incentrati soprattutto sul mantenimento della memoria. Questi incontri, oltre a costituire importanti momenti di socializzazione, permettono di coinvolgere i soggetti anziani in aspetti relativi alla promozione della salute e alla prevenzione delle patologie tipiche dell'età.

GLI ANZIANI		
Numero obiettivo	Titolo	Tipo di obiettivo
1	Predisposizione di azioni per facilitare il percorso delle dimissioni difficili.	Trasversale
2	Sostegno ai <i>care giver</i> : programma di supporto alla dimissione dalla RSA e ricoveri di sollievo.	Trasversale e PPS
3	Definizione di protocolli per migliorare l'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali per anziani.	Trasversale
4	Realizzazione di un progetto di promozione della salute sulla memoria in collaborazione con i centri sociali per anziani.	Distrettuale

5.1.10. I Disabili Adulti

La situazione di disabilità, oltre alla condizione particolare in termini di salute in cui si trova la persona, vede comunque un forte coinvolgimento di chi gli ruota attorno. Un altro aspetto peculiare di questa area è la necessità di garantire forme assistenziali personalizzate, dipendentemente dalle eventuali patologie, dal grado di gravità delle stesse e dall'età.

Particolarmente diversificata e legata a questi aspetti risulta essere la rete dei servizi offerti, che è costituita nel Distretto Ovest da Centri Socio-Riabilitativi semiresidenziali in convenzione, da un laboratorio protetto, da inserimenti lavorativi e dall'assistenza domiciliare sostenuta nella maggior parte dei casi dall'erogazione degli assegni di cura.

Risulta pertanto oltremodo importante garantire la qualità della rete dei servizi e migliorare l'aspetto curativo e riabilitativo rivolto al singolo.

La programmazione in questo ambito è oggetto di accordo di programma tra l'Azienda Sanitaria e i Comuni del Distretto ed è supportata da un tavolo di programmazione provinciale.

I vari livelli di programmazione hanno il compito di definire strumenti e azioni in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei soggetti disabili e delle loro famiglie. Le finalità dell'area disabili adulti, che vede nell'Unità di Valutazione Multidimensionale delle Abilità Residue (UVAR) il punto di accesso alla rete dei servizi 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 cognitiva;
- facilitare i processi educativi e l'inserimento nei centri socio-riabilitativi;
- mettere in atto iniziative di aiuto e sostegno alle famiglie a incentivazione della domiciliarità;
- coordinare l'aspetto sanitario delle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili per favorire un maggior livello qualitativo nell'assistenza socio-riabilitativa.

Popolazione target compresa fra i 26 e i 65 anni di età: 41.392

I destinatari del Servizio Disabili Adulti sono utenti di varia età. Quelli di età più giovane sono in carico all'Unità Operativa di SMRIA, quelli di età più avanzata sono in carico alla sezione salute anziani/disabili. In linea generale si possono considerare utenti adulti quelli compresi fra i 26 e i 65 anni.

DATI DI ATTIVITÀ 2003/2004 DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE DELLE ABILITÀ RESIDUE						
ATTIVITÀ U.V.A.R.	2003			2004		
	SEDUTE UVAR n. 22			SEDUTE UVAR n. 20		
	Totale	di cui minori	di cui adulti	Totale	di cui minori	di cui adulti
Utenti valutati complessivamente	31	6	25	30	4	26
Primi casi	4	2	2	2	1	1
Nuove ammissioni C.S.R.	3	1	2	2	1	1
Dimessi con progetto assistenziale	-	-	-	-	-	-
Invio ad altro servizio	-	-	-	-	-	-
Inserimento in struttura residenziale	2	1	1	1	1	-

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

L'offerta di servizi per disabili nel Distretto Ovest è costituita dai 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 **inserimenti lavorativi** e gli **assegni di cura per disabili** gestiti dagli enti locali.

STRUTTURE AREA DISABILI (2003/2004)						
Denominazione	Tipologia Servizio	Gestore	2003	2003	2004	2004
			Numero posti	Numero utenti	Numero posti	Numero utenti
Gruppo Verde	Laboratorio Protetto	Associazione Comuni	15	11	15	12
Pilacà	C.S.R. Diurno	Fondazione Zanandrea	12	11	12	12
Airone	C.S.R. Diurno	Coop. Serena	12	12	12	12

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

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

Uno dei risultati più importanti conseguiti nel corso del 2004 è stata la costituzione e l'attività del gruppo provinciale per l'integrazione socio-sanitaria in area disabili, composto dalla Direzione dell'Azienda USL, dai dirigenti dei Servizi Sociali dei Comuni, da rappresentanti sindacali e rappresentanti del mondo dell'associazionismo. Compito di questo gruppo di lavoro è quello di programmare su tutta la rete dei servizi interventi

e azioni per rispondere ai bisogni degli utenti.

Il monitoraggio della qualità della rete dei servizi e il miglioramento della cura sono gli aspetti di maggiore interesse evidenziati nel corso del 2004 verso i quali si è indirizzata la programmazione 2005.

Gli obiettivi individuati per il 2005 sono:

n°1) Monitoraggio delle attività dei centri semiresidenziali

n°2) Maggiore integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale

1) MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DEI CENTRI SEMIRESIDENZIALI

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 centri semiresidenziali convenzionati.

I centri semiresidenziali attivi nel territorio distrettuale e convenzionati con l'Azienda USL sono frequentati da persone che presentano diversi gradi di disabilità e pertanto necessitano di attività personalizzate e soprattutto efficaci da un punto di vista assistenziale.

2) MAGGIORE INTEGRAZIONE CON IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Gran parte delle persone con gravi disabilità presentano anche patologie 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 2005 verranno favoriti e implementati momenti di confronto e scambio di opinioni fra i professionisti coinvolti in accordo con quanto specificatamente previsto in protocolli di intesa fra il Dipartimento di Salute Mentale e il Referente dell'Area Handicap Adulti.

I DISABILI ADULTI		
Numero obiettivo	Titolo	Tipo di obiettivo
1	Monitoraggio delle attività assistenziali e educative nei centri semiresidenziali come garanzia di governo clinico	Trasversale
2	Maggiore integrazione con il dipartimento di Salute Mentale al fine di migliorare la qualità delle cure	Trasversale

5.2. I servizi socio sanitari progettati per il 2005 nel Piano di Zona 2005-2007 del Distretto Ovest

La programmazione dei servizi socio-sanitari distrettuali è definita attraverso un accordo di programma tra Azienda Sanitaria e Comuni del Distretto che recepisce la programmazione dei servizi contenuti nel Piano di Zona 2005-2007 e la parte attuativa del Piano per il 2005.

Gli orientamenti strategici sono stati definiti dal Tavolo di Concertazione nel quale è presente il Direttore del Distretto, mentre la programmazione delle attività e dei servizi è stata realizzata dall'Ufficio di Piano nel quale è presente la componente tecnica del Distretto.

In questo capitolo sono sintetizzati gli orientamenti di programmazione strategica 2005-2007 e gli obiettivi attuativi 2005 per l'area dei servizi socio-sanitari.

Orientamenti strategici

1- Area minori e famiglie

- 1) proseguimento e potenziamento delle attività rivolte agli adolescenti;
- 2) introduzione della figura di sistema per tutti gli interventi rivolti ai minori;
- 3) intensificazione della formazione rivolta agli adulti educatori (genitori e insegnanti);
- 4) ridefinizione del sistema di servizi rivolto alle famiglie.

2- Area giovani e dipendenza

L'attenzione dovrebbe trovare la propria applicazione nello sviluppo armonico dei centri giovanili in tutti i Comuni del Distretto, con la partecipazione dell'associazionismo e il coinvolgimento in progetti specifici del volontariato giovanile.

Il progetto si differenzia dal *Progetto adolescenti*, integrandolo, in quanto riguarda essenzialmente l'area delle relazioni, del tempo libero e dell'impegno sociale e si propone di migliorare la conoscenza reciproca dei giovani in modo che possano riconoscere come tangibile l'appartenenza al territorio distrettuale.

Infine nel 2006 si ritiene opportuno focalizzare l'attenzione sul rapporto fra giovani e lavoro coinvolgendo il Centro per l'Impiego e il Centro Territoriale Permanente di formazione degli adulti.

3- Area immigrazione e contrasto alla povertà

All'interno del Distretto l'area del centese è quella a più forte immigrazione anche se altri Comuni sono interessati da questo fenomeno in modo uguale o superiore al resto del territorio provinciale. Il tessuto sociale coeso, un'economia locale forte, una tolleranza diffusa come modo di vita e una buona capacità di assorbimento hanno di fatto ridotto i problemi che di solito si verificano nelle zone sottoposte a flussi migratori significativi.

Aspetti critici stanno comunque emergendo e per questo si ritiene opportuno attivare campagne di informazione e sensibilizzazione della comunità anche attraverso la promozione di reti sociali e relazionali, e di equità nell'erogazione dei servizi.

4- Area anziani e disabili

Anziani:

La situazione degli anziani ha spesso aspetti multiproblematici, al punto che risulta indispensabile progettare ogni intervento all'interno di un sistema integrato di servizi capace di facilitare l'accesso e garantire la fruibilità dei trattamenti in tempi adeguati. Nel corso del triennio verrà costituito un osservatorio permanente della casistica allo scopo di migliorare la qualità e l'appropriatezza degli interventi.

Nella direzione della tutela delle persone più fragili si colloca la necessità di definizione puntuale dei percorsi terapeutici e assistenziali fra ospedale, territorio e strutture convenzionate per migliorarne efficienza e fruibilità.

Nel settore "Anziani" operano diversi gruppi di volontariato ai quali sono rivolti due progetti specifici.

Il primo ha lo scopo di migliorare la rete di servizi intorno alle persone anziane in condizioni di bisogno, creando una rete secondaria di assistenza con punti decentrati sul territorio per svolgere attività di ascolto, accoglienza, interventi a bassa soglia, servizi di vicinato, accompagnamento.

Il secondo progetto riguarda l'avvio di un lavoro di rete tra i centri sociali del territorio, per promuovere al loro interno una certa disponibilità ad attivarsi verso le persone anziane parzialmente autonome o non autosufficienti del territorio.

Disabili:

Si intende consolidare il settore tramite l'individuazione di una figura di sistema che promuova e sostenga l'integrazione tra i diversi attori rispetto ai momenti della vita attraversati dalla persona in condizioni di disabilità e cioè il periodo scolastico, la fase dell'età adulta e quella successiva alla eventuale scomparsa dei famigliari.

Programma attuativo 2005

1. Programma finalizzato ad azioni di coordinamento nell'ambito degli interventi di qualificazione scolastica, socio-educativi, assistenziali, sanitari. L'Azienda USL partecipa attraverso i servizi SMRIA, Spazio Giovani e Pediatria di Comunità.
2. Programma finalizzato ai giovani:
 - progetto per la prevenzione e il contrasto del bullismo nelle scuole del Distretto Ovest realizzato da Promeco;
 - Spazio Giovani polifunzionale.
3. Programma finalizzato dipendenze e utenza multiproblematica realizzato dal Ser.T. del Distretto Ovest.
4. Assegno di cura finalizzato al sostegno di anziani e disabili con il sostegno economico dell'Azienda USL di Ferrara.
5. Attivazione di un coordinamento per favorire l'integrazione di persone in condizione di disabilità o svantaggio sociale.

Il progetto *Uscire dalla violenza* viene sostenuto dall'Azienda USL secondo gli impegni sottoscritti con un protocollo del 2000, con l'intervento dei servizi per i minori e del Dipartimento di Salute Mentale

Programmi provinciali approvati con delibera del 5.7.2005 n.266/68841

1. Adozione nazionale e internazionale;
2. Affidamento familiare e in comunità;
3. Protocollo d'intesa tra Comuni, Azienda USL, Provincia, Associazione Famiglie affidatarie nel dicembre 2004;
4. sostegno alle politiche di tutela minori (abuso e maltrattamento);
5. Protocollo tra Provincia, Azienda USL, Comuni per la prevenzione e la tutela dal maltrattamento e dall'abuso nell'ottobre 2003;
6. piano provinciale per l'integrazione sociale degli stranieri;
7. fondo di solidarietà per ricovero in struttura di minori, ripartito tra le zone sociali.

5.3 Dipartimento di Sanità Pubblica

Dal punto di vista organizzativo l'aspetto più rilevante del 2004, in seguito alle linee di indirizzo regionali, è stata la creazione, nell'ambito del territorio distrettuale, di un livello gestionale in grado di realizzare l'analisi dei bisogni per identificare gli obiettivi di salute e la valutazione del fabbisogno delle prestazioni da erogare. Le funzioni di questa nuova figura gestionale saranno consolidate nel corso del 2005.

Igiene Pubblica

L'attività svolta nel 2004 ricalca quella svolta negli anni precedenti, in linea con le indicazioni nazionali (Piano Sanitario Nazionale), regionali (Piano Sanitario Regionale) e con gli indirizzi programmatici aziendali. Le attività che hanno riscontrato significative differenze rispetto agli anni precedenti sono costituite da:

- **Campagna vaccinale antinfluenzale:** le indicazioni nazionali e regionali in materia, ritenendo di particolare importanza la prevenzione delle patologie respiratorie direttamente o indirettamente connesse alla malattia influenzale, indicano una percentuale di persone a cui offrire la vaccinazione sempre maggiore, con particolare impegno rivolto alla popolazione anziana. Nel 2004 sono state somministrate 86.000 dosi di vaccino, con l'importante collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Per la specifica fascia di età delle persone ultrasessantatenni si è andati oltre il 70% di copertura vaccinale, confermando il trend in crescita degli ultimi anni.

Campagna vaccinale	Dosi somministrate a ≥ 64	Percentuale di ≥ 64 vaccinati
2001/2002	53.863	63,1
2002/2003	57.579	66,7
2003/2004	60.657	69,5

Sono stati utilizzati vaccini privi di residui organo-mercuriali: sub virionico e adiuvato con MF59. Quest'ultimo, scelto per i soggetti di età superiore ai 75 anni in considerazione della maggiore risposta anticorpale (per livello e durata) rispetto ai vaccini convenzionali, ha confermato sul campo la sua efficacia condizionando, negli stessi, una

minore incidenza della malattia.

Tenendo conto della necessità di tendere quanto più possibile al 75% dell'indice età correlato e di implementare la vaccinazione nelle categorie a rischio per patologia e rischio professionale, anche in vista del "rischio pandemico", sono state, per ora, preventivate 90.000 dosi ottimizzando l'offerta attiva alle persone a rischio aumentato.

- **Vaccinazione antirubeolica alle donne suscettibili in età fertile**

L'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita rappresentano un'azione prioritaria di prevenzione vaccinale, come indicato dallo specifico Piano Nazionale 2003/07 e dall'Organizzazione Mondiale Sanità per la regione europea.

In linea con quanto sopra, a partire dal 2005 si è individuata la strategia di offerta attiva della vaccinazione trivalente a tutte le donne suscettibili in età fertile (18-45), stimata intorno al 10% della popolazione target, con particolare attenzione alle donne immigrate, in ogni occasione di accesso agli ambulatori.

- L'attività del Modulo Organizzativo **Tutela della salute nelle attività sportive** è caratterizzata da un sostanziale mutamento finalizzato all'incentivazione di progetti in tema di promozione di stili di vita sani, proseguendo comunque nell'attività certificativa agonistica e non agonistica, perseguendo l'ottimizzazione dei percorsi e delle consulenze richieste, alla luce anche del corretto rilascio del libretto dello sportivo.
- Nell'ambito del Modulo Organizzativo **Igiene degli ambienti confinati** una rilevante quota di attività è stata assorbita dalle problematiche costituite dalle richieste dei cittadini extracomunitari finalizzate all'accertamento dell'idoneità della abitazione occupata a ospitare altri congiunti. A tal proposito si ritiene opportuno mettere in rilievo la problematica complessiva costituita dal crescente numero di cittadini extracomunitari e il conseguente rilevante impegno, costituito, oltre a quanto già descritto, dalle malattie infettive emergenti o riemergenti come la tubercolosi, soprattutto in ambienti confinati e di particolare impegno quali ad esempio la casa circondariale.

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

- Nell'anno 2005 è iniziata l'attività di **controllo di tutti gli studi professionali odontoiatrici** (circa 350) ai sensi delle DGR 327/2004 e 2520/2004, consistente in verifiche documentali e sopralluoghi,
- Verifiche sulla nuova normativa inerente il divieto di fumo nei locali chiusi (legge 3/2003 e DPR 23/12/2003) in collaborazione con il SIAN (Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione).

Medicina Legale

Il Servizio di Medicina Legale ha svolto nell'anno 2004 attività certificativa monocratica e attività valutativa collegiale secondo le tipologie sotto indicate, precisando che la certificazione monocratica viene erogata nel solo Distretto Centro Nord.

Nel corso dell'anno 2004, nell'ambito del programma di implementazione del processo *Risk Management*, è stato costituito con atto deliberativo aziendale l'Ufficio Gestio-

ne Sinistri rappresentato da un gruppo di lavoro pluridisciplinare, coordinato dal Direttore del Servizio di Medicina Legale, con ruolo consultivo per la Direzione Aziendale per i casi di responsabilità civile per rischi professionali (pareri in ordine alla congruità del risarcimento del danno, valutazione della possibilità di transigere dei sinistri in via stragiudiziale).

TIPO DI PRESTAZIONI MEDICO - LEGALI	NUMERO DI PRESTAZIONI ANNO 2004
Certificati monocratici (idoneità alla guida, porto d'armi, contrassegni invalidi, esonero cinture di sicurezza e certificati necroscopici)	12.995
Collegio medico di idoneità alla guida (commissione medica locale)	5.144
Collegio medico di idoneità alle mansioni e collegio medico di idoneità alle mansioni dei disabili	261
Attività area invalidità (commissioni invalidi civili, L. 104/92, ciechi civili e sordomuti, L. 68/99; sia ambulatoriali che domiciliari che valutazioni sugli atti).	10.385
Istruttoria pratiche L. 210/92	36
Valutazioni medico-legali in tema di responsabilità professionale	47
Accertamenti di inabilità temporanea al lavoro (visite fiscali sia domiciliari che ambulatoriali)	3.506
TOTALE	32.374

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

Per l'anno 2005, per quanto riguarda l'attività certificativa e valutativa l'obiettivo rimane il contenimento dei tempi di attesa secondo i parametri dei progetti obiettivo. Inoltre, considerata la mutata condizione contrattuale assicurativa in essere dal marzo 2005, si darà attuazione al potenziamento del ruolo e dell'attività dell'Ufficio Gestione Sinistri cui competerà la trattazione diretta di tutti i sinistri per Responsabilità Civile contro Terzi rientranti nella soglia economica della franchigia indicata nel contratto assicurativo.

Alimenti e Nutrizione

L'attività annuale del SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione) viene programmata nei tre distretti provinciali in funzione del mandato istituzionale e della domanda espressa dai territori.

Obiettivi/Azioni del servizio nei tre distretti:

1. prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti, bevande, funghi;
2. tutela delle acque potabili;
3. sorveglianza nutrizionale;
4. promozione di modelli alimentari in linea con standard ottimali.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

Il piano di lavoro per il 2005 ripercorre a grandi linee quello dell'anno precedente.

Le novità sono costituite dall'applicazione di un nuovo corpo giuridico (regolamenti CE) e delle indicazioni regionali che comportano: aggiornamenti in materia di campioni di alimenti per il controllo degli OGM, dei residui di micotossine e pesticidi; novità interessanti nel campo della nutrizione artificiale.

L'attività assistenziale territoriale sempre più spesso richiede interventi efficaci e sicuri per soddisfare bisogni nutrizionali di pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata. In questo caso i medici del SIAN, esperti in nutrizione artificiale, affiancano, dietro richiesta specifica, l'équipe territoriale per l'assistenza di pazienti non solo territoriali ma anche ospiti di RSA e Case di Riposo.

SINTESI DELLE ATTIVITÀ 2004

Attività	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest
Numero di corsi di formazione per alimentaristi			
Corsi attivati il 07/04/2004	34	22	16
Totale persone coinvolte 837			
Totale ispezioni per controllo alimenti	1.732	1.224	549
Campioni di alimenti per controlli	318	353	108
Sanzioni elevate per violazioni a norme igienico sanitarie	18	38	16
Campioni di acqua per il controllo delle potabilità	741	375	255
Visite dietologiche e controlli dietoterapici	3.557	1.153	2.317

SINTESI ATTIVITÀ PROGRAMMATA 2005

Attività	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest
90 corsi di formazione per alimentaristi che hanno coinvolto 1500 persone	42	28	20
Totale ispezioni per controllo alimenti	1.850	1.270	680
Campioni di alimenti per controlli	450	400	150
Campioni di acqua per il controllo delle potabilità	644	288	240
Visite dietologiche e controlli dietoterapici	3.557	1.153	2.317

Organizzazione Oncologica

L'attività dell'Unità Operativa Organizzazione Oncologica nel corso del 2004 è stata particolarmente mirata a perseguire gli obiettivi di seguito descritti:

- L'avanzamento del programma di screening per la diagnosi precoce dei **tumori del collo dell'utero** iniziato nel 1996 e giunto attualmente alla fase di conclusione della terza fase.

La popolazione bersaglio è costituita da 100.575 donne residenti nei territori aziendali, nella fascia di età compresa fra 25 e 64 anni, che nell'arco di un triennio (ottobre 2002-settembre 2005) ha ricevuto l'invito per aderire al programma di prevenzione. La periodicità dell'invito è triennale.

Complessivamente nel 2004 sono state invitate 34.305 donne, con 18.192 adesioni all'invito pari al 53%; alle donne che non hanno risposto sono stati mandati solleciti a distanza di tre mesi dal primo invito.

Il programma di prevenzione è stato offerto, con invito personalizzato, anche alle donne domiciliate nella nostra provincia.

- L'avanzamento del programma di screening per la diagnosi precoce **dei tumori della mammella** iniziato nel 1997: attualmente è in corso la quarta fase. La popolazione bersaglio da invitare nell'arco di un biennio (ottobre 2003-settembre 2005) è costituita da circa 50.268 donne residenti, nella fascia di età compresa fra 50 e 69 anni. La periodicità dell'invito è biennale.

Sono state complessivamente invitate, nel 2004, 22.752 donne, con una adesione all'invito di 15.833, pari al 69,6%; alle donne che non hanno risposto sono stati inviati solleciti a distanza di tre mesi dal primo invito.

- La progettazione dello screening per la diagnosi precoce dei **tumori del colon retto** sulla base delle linee guida e della griglia fornite dalla Regione per la progettazione di un nuovo modello organizzativo fondato sul coordinamento interaziendale unico per tutti e tre gli screening oncologici.

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

- Completamento della terza fase dello screening per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero, con estensione dell'invito alla rimanente popolazione bersaglio. È previsto l'inizio della quarta fase nel mese di ottobre.
- Completamento della quarta fase dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella con estensione dell'invito alla rimanente popolazione bersaglio. È previsto l'inizio della quinta fase nel mese di ottobre.
- Attivazione nel marzo 2005 in ogni Distretto della prima fase di screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto, secondo le indicazioni previste dal programma regionale.

Lo screening del colon-retto 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 2005-2006 riceveranno l'invito per aderire al programma. A chi non ha risposto è stato inviato un sollecito dopo tre mesi dal primo invito.

Alla data del 31 luglio 2005 l'offerta attiva dello screening ha coinvolto 10.160 persone; sono stati inoltre spediti 735 solleciti.

- Estensione di tutti i programmi di screening oncologico anche alle persone domiciliate nella nostra Provincia.
- Implementazione del coordinamento interaziendale e dei gruppi tecnico-scientifici di supporto all'Ufficio di Coordinamento.

Epidemiologica ed Educazione alla Salute

Le attività svolte per il **2004** sono così riassumibili:

- 1) collaborazione alla valutazione del Piano per la Salute "Ferrara in Piano". I principali risultati del 2004 sono:
 - a) costruzione degli indicatori di processo del Piano in maniera condivisa con i responsabili dei cinque progetti;
 - b) realizzazione dei report di processo del piano per gli anni 2003 e 2004;
 - c) preparazione di un progetto dettagliato per la valutazione di impatto del piano, da attivare nel 2005;
- 2) studio epidemiologico sulle disuguaglianze di salute nell'Azienda USL di Ferrara. Nel 2004 si è conclusa l'analisi dei dati di accesso alla seconda fase dello screening citologico;
- 3) collaborazione all'attività dell'Osservatorio provinciale per l'educazione e la sicurezza stradale. Questa attività è stata inserita nel Piano per la Salute. I principali risultati del 2004 sono:
 - a) elaborazione di un report aggiornato sugli incidenti stradali e sulle loro conseguenze in termini di salute;
 - b) partecipazione alle consultazioni periodiche dell'Osservatorio per la predisposizione del piano provinciale di interventi per la sicurezza stradale;
- 4) valutazione dell'impatto dell'ambiente locale sulla salute mediante studi di epidemiologia ambientale:
 - a) studio triennale inserito nel piano per la salute "*L'esposizione ambientale come fattore di rischio per la salute a Ferrara*" finanziato dal Comune di Ferrara;
 - b) studio di impatto sulla salute dei microinquinanti atmosferici nella città di Ferrara (*Microinquinanti e salute*). Questa attività è stata inserita nel Piano per la Salute;
 - c) studio *La salute del bambino e l'ambiente*, condotto in tutta la Provincia con l'aiuto del Servizio Salute Infanzia dell'Azienda USL e con il coinvolgimento di tutte le scuole elementari e medie con il finanziamento della Provincia;
 - d) conclusione delle analisi sui dati dello studio sull'asma nei giovani adulti di Ferrara (ISAYA);
 - e) studio sulla situazione sanitaria nel comune di Poggio Renatico in relazione alle preoccupazioni della popolazione derivanti dalla presenza del radar.

I principali risultati conseguiti nel 2004 sono:

 - *L'esposizione ambientale come fattore di rischio per la salute a Ferrara*: è stata conclusa la prima fase descrittiva.

- *Microinquinanti e salute*: è stata conclusa la prima fase di raccolta dei dati.
- *La salute del bambino e l'ambiente*: è stata conclusa la raccolta di 6.600 questionari compilati alla loro informatizzazione.
- studio *ISAYA*: è stata conclusa l'analisi dei dati.
- radar: è stata presentata una proposta di lavoro al Comune di Poggio Renatico.

Le attività previste per il 2005 comprendono il proseguimento di quelle azioni indicate per il 2004 e una nuova attività, ovvero la collaborazione alla preparazione del nuovo Piano per la Salute per il 2006-2008.

Le azioni in corso finalizzate alla raccolta di informazioni sulla situazione di salute dei ferraresi sono:

- 1) la realizzazione di un'indagine campionaria provinciale sulle abitudini di vita dei ferraresi e la loro salute percepita, denominata **In linea con la salute**;
- 2) la costruzione di un profilo di salute orientato.

Lo studio *In linea con la salute* è stato promosso dalla Direzione Generale dell'Azienda USL di Ferrara, con l'obiettivo di misurare la presenza dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari nella popolazione ferrarese. Informazioni di questo tipo si ottengono solo con un'indagine *ad hoc*, che ha richiesto un impegno notevole per coniugare efficacia, economicità e tempestività.

Si tratta di un'indagine campionaria, perciò i risultati dello studio sono rappresentativi della situazione locale e si potranno utilizzare per promuovere azioni di miglioramento della salute calibrate sulla reale dimensione dei bisogni locali. I risultati di questo studio consentiranno anche di misurare l'efficacia di queste azioni, dopo che saranno state completate.

Prevenzione e 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.

PRINCIPALI DATI DI ATTIVITÀ DEL 2004

Attività 2004	Distretto OVEST	Distretto CENTRO NORD	Distretto SUD EST	Azienda USL FERRARA
Unità Locali controllate	307	449	265	1021
Lavoratori addetti	3.757	12.952	4.075	20.784
Atti autorizzativi	476	836	496	1.808
Lavoratrici madri	59	117	63	239
Visite mediche apprendisti	265	746	897	1.08
Inchieste infortuni	31	34	21	86

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

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 2005 può essere così sintetizzata:

Principali attività previste per il 2005	Distretto OVEST	Distretto CENTRO NORD	Distretto SUD EST	Azienda USL FERRARA
Atti autorizzativi	450	840	510	1.800
Visite mediche	350	1240	1.180	2.770
Lavoratrici madri	60	120	65	245
Inchieste infortuni	24	35	20	79
Unità Locali da controllare	210	450	240	900
Lavoratori addetti alle Unità Locali da controllare	3.500	12.500	4.000	20.000

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

- **La valutazione del rischio da agenti cancerogeni nelle attività di saldatura su acciai inossidabili e nelle attività di cromatazione:** si valuterà il grado di applicazione del titolo VII del decreto legislativo 626/94 dal titolo "protezione dei lavoratori da agenti cancerogeni", nelle aziende che svolgono queste attività, attraverso l'esame della valutazione del rischio e della registrazione degli esposti a Cromo VI e Nichel, agenti cancerogeni per l'uomo. Le conclusioni saranno portate a un tavolo tecnico costituito con le associazioni imprenditoriali dell'industria e dell'artigianato, per condividere le eventuali azioni da intraprendere.
- **La valutazione del rischio da fitofarmaci nelle attività agricole:** si esprimerà un modello di valutazione dei rischi chimici durante la preparazione e la somministrazione dei fitofarmaci sulle colture arboree e su quelle seminative, in un'azienda rappresentativa del territorio, che servirà come esempio per tutte le altre aziende del settore.
- Inoltre, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, la Regione Emilia-Romagna e l'Azienda USL di Forlì, si realizzerà uno studio sulle modalità di somministrazione dei fitofarmaci e gli effetti sulla salute in un campione di 50 aziende agricole, individuate dalle associazioni provinciali degli imprenditori agricoli.
- **La conclusione dello studio sul gruppo delle persone che sono state esposte a CVM:** si elaboreranno i dati emersi dalla sorveglianza epidemiologica e sanitaria delle persone che sono state esposte al CVM, studio condotto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, le Regioni Emilia-Romagna e Veneto, l'Università di Padova, le AUSL di Ravenna, Dolo-Mirano e Marghera.
- I risultati dello studio serviranno per decidere le modalità di prosecuzione della sorveglianza degli ex esposti, con evidenti implicazioni di tipo informativo, assistenziale e medico-legale.
- **La conclusione dello studio sul rischio da polveri di silice libera cristallina:** la recente classificazione della silice libera cristallina nel gruppo 1 della IARC (cancerogeno certo per l'uomo) ha riportato in primo piano questo antico fattore di rischio

professionale, per cui la Regione Emilia-Romagna ha costituito un gruppo di lavoro tecnico per valutare l'attuale grado di esposizione dei lavoratori nei diversi comparti produttivi.

- Anche il SPSAL (Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro) dell'Azienda USL di Ferrara sta partecipando allo studio multicentrico, in particolare con il campionamento di polvere aerodispersa in lavorazioni agricole di motoaratura. Nel corso del 2005 sarà completato lo studio e saranno pubblicate le conclusioni.

Servizio Veterinario

Sanità animale

Anno 2004

Sono stati monitorati secondo un piano regionale gli allevamenti intensivi (industriali) di pollame per il controllo dell'influenza aviaria con visite ispettive, ricerche sierologiche e virologiche. Negli allevamenti di galline ovaiole e di riproduttori, sempre sulla base di diversi piani di monitoraggio, sono stati inoltre effettuati controlli per la salmonellosi al fine di diminuire il rischio di infezioni all'uomo da consumo di uova e di prodotti derivati.

Dopo il caso positivo per BSE nel 2002 in Provincia di Ferrara, nel 2004 è stato individuato un capo bovino sospetto ai test clinici in un allevamento da riproduzione del Distretto Sud Est. Il capo sospetto è poi risultato negativo agli esami di laboratorio; inoltre sono stati controllati clinicamente tutti gli allevamenti da riproduzione e sono stati effettuati esami sul Sistema Nervoso Centrale di tutti i bovini morti in azienda.

Anche la Blue Tongue, che è una malattia virale trasmessa da moscerini pungitori e colpisce i ruminanti, in particolar modo le pecore con grave mortalità e compromissione produttiva, è stata controllata sulla base di un piano di monitoraggio nazionale che consente l'individuazione precoce della presenza degli insetti vettori e della circolazione del virus nel territorio.

L'anagrafe bovina è di primaria importanza al fine di garantire della tracciabilità delle derrate di origine bovina. I punti di erogazione del servizio (implementazione dati e rilascio passaporti) sono stati mantenuti a Bondeno, Ferrara e Portomaggiore. Inoltre sono stati effettuati controlli negli allevamenti bovini per verificare le rispondenze reali di rispetto alla situazione dei dati su banca dati nazionale.

I piani di controllo ed eradicazione della tubercolosi bovina effettuati nel 2004 hanno dimostrato una prevalenza della malattia dello 0% rispetto al 2,30% del 2003, con una percentuale di allevamenti ufficialmente indenni del 100% in miglioramento rispetto al 98,7% del 2003.

Per quanto riguarda la brucellosi e leucosi enzootica dei bovini/bufalini l'attività 2004 conferma una prevalenza della malattia dello 0%, pur essendosi verificati due episodi di sospetto determinato da reattività sierologia non specifica.

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

I piani locali di sanità animale nel 2005 non prevedono sostanziali modifiche rispetto all'anno precedente, perché allineati ai piani regionali e nazionali.

Significativo sarà comunque l'orientamento rivolto a migliorare la qualità del servizio e delle prestazioni erogate secondo procedure validate.

L'entrata in vigore del regolamento comunitario 178/2002 pone come condizione primaria di sicurezza nella filiera degli alimenti di origine animale (carne, pesce, latte, uova) la sanità degli animali destinati a produrre alimenti per l'uomo, realizzata fra l'altro mediante il controllo e l'eradicazione delle malattie.

Verranno pertanto realizzati auditing e 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.

Nuova attività di controllo prevista:

Scrapie. Nel 2005 prende avvio, secondo il piano regionale, il controllo della scrapie (encefalopatia da prioni) negli allevamenti ovini iscritti ai libri genealogici, al fine di selezionare geneticamente i riproduttori maschi con maggiore resistenza alla malattia. La scrapie è una malattia appartenente al gruppo delle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili, che colpisce pecore e capre. Non risulta essere trasmissibile all'uomo, ma è di difficile distinzione dalla BSE, la quale può colpire pure pecore e capre; la diminuzione di frequenza della scrapie nelle greggi consentirà quindi di controllare meglio la possibile presenza di BSE in tali specie, con evidenti vantaggi in tema di prevenzione nell'uomo.

Miglioramento delle prestazioni:

BSE. Cinque allevamenti (campione della popolazione bovina del Distretto Sud Est) verranno sottoposti a test clinici ravvicinati per valutare il coefficiente di ripetibilità agli stimoli nella procedura di controllo della BSE.

Si tratta di un controllo previsto per verificare l'effettiva attendibilità dei test messi a punto nella procedura clinica predisposta da questa unità operativa e divulgata a tutte le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna.

Progetti in collaborazione con altri Enti e Servizi:

L'Unità Operativa partecipa a un progetto europeo *Po 2005-flood emergency*.

Il Servizio di Protezione Civile, con la Regione Emilia-Romagna, la Provincia di Ferrara, la Prefettura di Ferrara, i Comuni di Ferrara e Bondeno, le associazioni di volontariato verranno pianificati e simulati piani di intervento ed emergenza, in uno scenario a elevato rischio idraulico rappresentato dall'esondazione del Po.

Il Servizio Veterinario pianificherà ed eseguirà un intervento di evacuazione di un allevamento bovino da un territorio a rischio allagamento.

Igiene degli alimenti di origine animale

L'attività dell'unità operativa è strutturata in tre rilevanti settori d'intervento:

- a) sorveglianza delle zone adibite a molluschicoltura e stabilimenti riconosciuti

- CEE nel settore dei prodotti della pesca;
- b) stabilimenti riconosciuti CEE nel settore carni e prodotti a base di latte;
- c) vigilanza e controllo nel settore della commercializzazione e somministrazione di alimenti di origine animale.

Risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

- a) Molluschi bivalvi vivi: nel corso dell'anno 2005 si è continuato il lavoro di sorveglianza e monitoraggio delle zone di produzione, effettuando anche i controlli delle medesime zone per conto del Settore Ambiente della Provincia di Ferrara, previa ratifica di una nuova convenzione.

L'attività di monitoraggio eseguita per compiti istituzionali attribuiti all'Azienda USL di Ferrara e quella svolta per conto del Settore Ambiente della Provincia di Ferrara si contraddistinguono in campionamenti di molluschi (sui quali sono eseguiti controlli microbiologici, chimici e biotossicologici) e di acqua (sui quali sono eseguiti controlli microbiologici, conta delle cellule algali, ecc.); inoltre vengono effettuate determinazioni di campo (T°, Salinità, Ossigeno, Ph, Idrocarburi in sospensione, ecc.) dal medesimo personale dell'Azienda USL durante la fase di campionamento nelle singole stazioni di monitoraggio.

Relativamente a questo settore di intervento, rispetto al 2004, si è implementata un'attività di ricerca sul filetto di tonno rosso sia fresco che decongelato, prodotto da paesi terzi e commercializzato sul nostro territorio. La ricerca eseguita su vari campioni (prelevati presso depositi all'ingrosso) ha evidenziato la presenza di **"monossido di carbonio"**, additivo non consentito, che maschera lo stato di freschezza, con rischio per il consumatore finale di incorrere in episodi di tossinfezione alimentare da ingestione di tonno con valori elevati di istamina. I dati di detta ricerca sono stati comunicati in data 14/03/2005 al Ministero della Salute e all'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna.

- b) Per quanto riguarda l'attività negli stabilimenti, si precisa che rispetto all'anno 2004 si è provveduto a:
 - ridistribuire gli incarichi di veterinario ufficiale presso i vari stabilimenti, inserendo negli elenchi provinciali le nuove strutture riconosciute;
 - rimodulare le frequenze dei sopralluoghi in funzione del frequenzimetro regionale, delle potenzialità operative, dell'analisi del pericolo per singola struttura in correlazione con i dati storici;
 - programmare *auditing* sulle procedure di controllo ufficiale in tre distinte strutture individuate nelle tre principali aree d'intervento, settore ittico, avicolo, e della trasformazione.
- c) Rintracciabilità degli alimenti di origine animale: nel corso dell'anno si è ritenuto utile continuare un'attività di informazione, con particolare riguardo agli stabilimenti di trasformazione (salumifici), al fine di illustrare le modalità operative di etichettatura dei prodotti ottenuti, in modo tale da poter ricostruire sino alla fonte iniziale il percorso fatto da ogni singolo ingrediente che compone l'alimento. Per perseguire l'obiettivo prefissato, ci si è avvalsi anche della collaborazione delle singole associazioni di categoria.

Relativamente a questo settore di intervento, ciò che di diverso si è ritenuto opportuno implementare rispetto al 2004 è stato:

- un'attività di ricerca eseguita sui formaggi stagionati, e in particolare grana padano e parmigiano reggiano, prodotti nel secondo semestre dell'anno 2003, caratterizzato dall'emergenza **afatossina M1** e attualmente in corso di commercializzazione;
- la programmazione di un incontro formativo con gli operatori del settore carni (macellai) del Distretto Sud Est.

Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche

Attività Anno 2004

L'attività ha avuto come obiettivo la sicurezza delle produzioni di origine animale (carne, latte, uova, miele, ecc.) rispetto al rischio della presenza di sostanze chimiche e la tutela del benessere di animali allevati e d'affezione.

I controlli ufficiali sono stati svolti da veterinari e tecnici della prevenzione formati sulla base di una programmazione annuale del lavoro, secondo procedure di controllo condivise e scritte.

Gli ambiti di cui si occupa l'Unità Operativa Distrettuale sono:

- l'Alimentazione animale, con ispezioni e campionamenti svolti nella fase di deposito di mangimi, nella fase di produzione, in mangimifici e impianti di sottoprodotti destinati all'alimentazione animale, nella fase di distribuzione, nelle rivendite, nella fase di utilizzo e negli allevamenti;
- il Farmaco veterinario, con ispezioni e campionamenti (Piano Nazionale Residui) svolti nella fase di distribuzione, in farmacie e grossisti, e nella fase di utilizzo dei farmaci, negli allevamenti intensivi e ambulatori veterinari;
- le sostanze vietate (anabolizzanti), con ispezioni e campionamenti (Piano Nazionale Residui) negli allevamenti zootecnici e negli impianti di produzione primaria (2 macelli avicoli del territorio di Copparo);
- l'Igiene della produzione del latte, con ispezioni e campionamenti nelle aziende di produzione di latte bovine, bufaline e ovi-caprine e nella centrale del latte di Copparo; il Benessere animale, con rilascio di pareri preventivi su progetti edilizi e ispezioni per il benessere animale negli allevamenti intensivi, nei luoghi di detenzione degli animali d'affezione quali i canili, i gattili, gli allevamenti, le pensioni e i negozi di animali, le mostre di animali, i circhi, le toelettature, negli stabulari di animali oggetto di sperimentazione e, infine, i controlli durante il trasporto degli animali d'allevamento;
- l'Igiene Urbana Veterinaria, con sopralluoghi e altre attività svolte su richiesta delle Amministrazioni Comunali per la valutazione delle problematiche connesse alla convivenza tra l'uomo e gli animali d'affezione (cani e gatti in particolare), e anche gli animali sinantropi, colombi e gatti di colonia. Nell'ambito degli interventi volti a migliorare il rapporto uomo - animale si inserisce il progetto di Zooantropologia didattica, in base al quale medici veterinari dell'Azienda USL e liberi professionisti incaricati, tutti appositamente formati, hanno condotto cicli di interventi nelle scuole

elementari e medie con scopo informativo ed educativo sul corretto approccio con il cane e il gatto, insieme agli insegnanti.

Nell'anno 2004 si sono controllate 889 strutture su 906 esistenti, per un totale di 3.622 controlli, riscontrando 267 irregolarità a cui hanno fatto seguito 270 provvedimenti.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

Per quanto riguarda l'attività programmata 2005 sono stati previsti gli stessi volumi per le diverse attività di controllo.

Obiettivi aggiuntivi sono l'attivazione del progetto di sterilizzazione dei gatti delle colonie feline presso l'ambulatorio del gattile municipale di Ferrara, la partecipazione al **progetto regionale Sicurezza alimentare**, un percorso di auditing (valutazione interna) su diverse tipologie di controllo ufficiale, la partecipazione al progetto di **Pet-Therapy** rivolto a malati di Alzheimer presso la casa di riposo Ripagrande di Ferrara. In collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale è prevista la partecipazione al progetto di **Pet-Therapy Cerniere sul territorio- minori, animali e musica: percorsi educativo-riabilitativi** da svolgere presso il Canile di Migliaro.

5.4 IL DIPARTIMENTO di SALUTE MENTALE

IL LIVELLO DISTRETTUALE

1) Area Adulti

Popolazione target⁵ – uguale/ maggiore 18 anni: 70.279

uguale/ maggiore 18 anni – uguale/minore 64 anni: 44.763

Dipartimento Salute Mentale si occupano di tutta la popolazione maggiore di 18 anni.

Osservazioni

- Il Centro di Salute Mentale del Dipartimento Salute Mentale nel Distretto Ovest ha incrementato sia il tasso di incidenza che quello di prevalenza rispetto all'anno precedente, 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 il tasso di prevalenza dei pazienti seguiti nel corso dell'anno è inferiore circa dello 0,6% rispetto al dato atteso. Cioè più di 300 persone con patologia psichiatrica grave non ricevono ancora le cure specialistiche presso il Dipartimento Salute Mentale.
- Il tasso di incidenza dei ricoveri totali è calato rispetto all'anno precedente di circa 10 punti percentuali, anche se rimane superiore a quello provinciale.
- Anche il tasso d'incidenza dei ricoveri in casa di cura è calato, pur essendo la popolazione di Cento lontana geograficamente dai punti di ricovero dipartimentali.
- Il tasso di incidenza dei trattamenti sanitari obbligatori è inferiore rispetto a quello

⁵ Al Centro Salute Mentale del Distretto Ovest non fanno riferimento ancora i cittadini dei Comuni di Poggio Renatico e di Vigarano, anche se vi afferiscono territorialmente. L'attuale sistema informatico del DSM, in via di trasformazione, non è in grado di selezionare i dati che, pertanto, non sono stati scorporati anche perchè strettamente collegati al funzionamento generale delle équipe.

Sebbene la popolazione target sia calcolata per la fascia di età 18-64 anni, le Strutture Com-plesse di Psichiatria Adulti di tutto il DSM si occupano di tutta la popolazione maggiore di 18 anni.

aziendale, anche se numericamente è stabile rispetto all'anno precedente.

- Continua il miglioramento nell'attività terapeutico-riabilitativa in Centro Diurno che è probabilmente una delle componenti del calo del tasso di ricovero.
- All'interno dei *Piani per la Salute* si è attivato un punto di ascolto per le famiglie, in cui si dà risposta alle domande che i familiari possono avere sulla malattia dei loro congiunti e sui possibili trattamenti.

Integrazioni esistenti

Sono confermate le integrazioni già rappresentate nel Programma Attività Territoriali dello scorso anno, 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 Centro Salute Mentale di Cento partecipa al programma regionale G. Liggieri con i medici di medicina generale.

Queste integrazioni avranno ulteriore formalizzazione nelle procedure per l'accreditamento Dipartimento di Salute Mentale.

ATTIVITÀ TERRITORIALE E DI RICOVERO NEL CSM DEL DISTRETTO OVEST							
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TERRITORIALE	OVEST 2004	% sul DSM	DSM 2004	OVEST 2003	Differenza %	Poggio Renatico	Vigarano Mainarda
Prime visite	343	17,4%	1.972	264	+29,9	17	20
Tasso d'incidenza per 100m abitanti Età ≥ 18	562,41		641,7	432,88			
Maschi	136	18,0%	754	86	+58,1	5	11
Tasso d'incidenza per 100m abitanti Età ≥ 18	462,62		518,57	292,54			
Femmine	207	17,0%	1.218	177	+16,9	12	9
Tasso d'incidenza per 100m abitanti Età ≥ 18	655,29		752,27	560,32			
Totale accessi	15.929	18,1%	88.005	15.125	+5,3	698	922
Totale prestazioni	26.170	18,8%	139.438	24.593	+6,4	914	1937
Totale pazienti seguiti nel periodo	847	15,9%	5.343	767	+10,4	38	34
Tasso di prevalenza per 100m abitanti Età ≥ 18	1.388,82		1.738,64	1.257,65			
Accessi ambulatoriali	14.819	18,9%	78.600	13.558	+9,3	660	841
Accessi domiciliari	390	9,0%	4.326	381	+2,3	37	15
Accessi in altre sedi	720	14,2%	5.079	1.186	-39,3	1	66
RICOVERI	OVEST 2004	% sul DSM	DSM 2004	OVEST 2003	% sul DSM	DSM 2003	
Ricoveri in TSO	16	17,0%	94	16	15,2%	105	
Tasso d'incidenza per 100m abitanti Età ≥ 18	26,24		30,59	26,24		34,2	
RICOVERI TOTALI	129	11,8%	1.094	168	13,3%	1.266	
CASE DI CURA	35	25,2%	139	41	26,1%	157	
Tasso d'incidenza per 100m abitanti Età ≥ 18	57,39		45,23	67,23		51,1	
Costi per rette n° 8 non ex OP al 31/12	103.748	11,9%	872.408	80.955	16,2%	499.993	
Costi per sussidi al 31/12	55.683	11,4%	486.533	47.779	12,3%	388.081	

2) Area Minori

Popolazione target⁶

I bambini e gli adolescenti minori di 18 anni: 9.292

UTENTI SU POPOLAZIONE TARGET (PREVALENZA)				
Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
7,2	9,3	9,14	7,7	7,4

NUOVI UTENTI SU POPOLAZIONE TARGET (INCIDENZA)				
Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
2,7	3,6	2,2	2,5	2,77

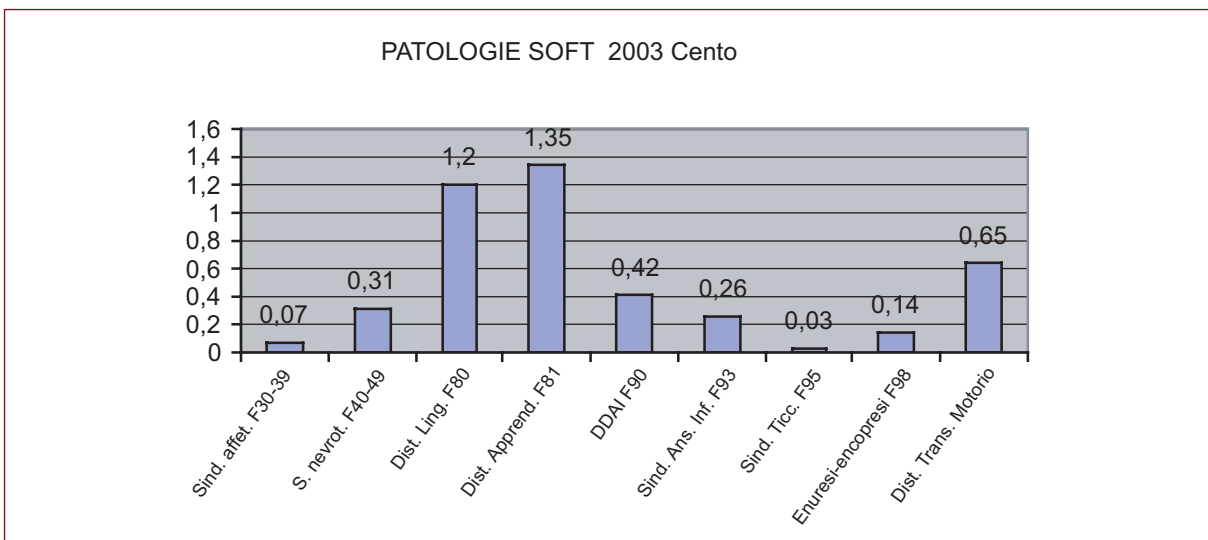
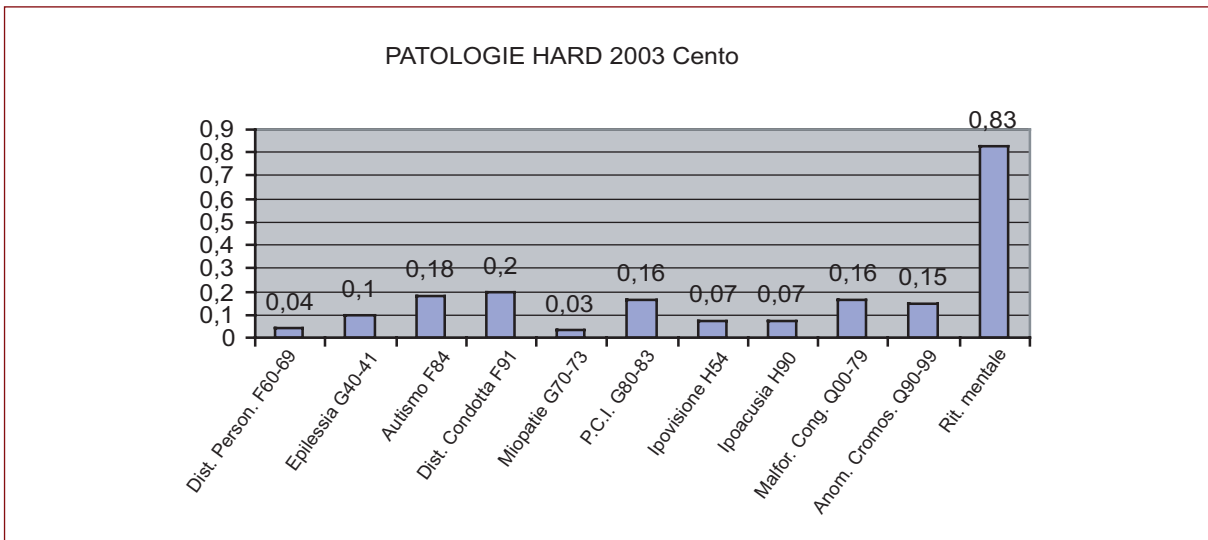
⁶ Anche nel 2004 non sono stati fatti cambiamenti per allineare i Servizi alle nuove definizioni territoriali dei Distretti. Pertanto i dati riferiti a patologie e prestazioni sono da mettere in relazione all'assetto precedente. È stato possibile ridefinire esclusivamente i parametri epidemiologici di prevalenza e incidenza secondo la nuova territorialità distrettuale.

PRESTAZIONI NEGLI ANNI 2000/2004				
Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
10.925	11.030	11.159	11.310	11.347

Rispetto alla relazione dell'anno precedente si sono stabilizzati i valori della prevalenza e dell'incidenza, che si avvicinano sempre più a quelli degli altri distretti. Sostanzialmente c'è una stabilità del Distretto, con lieve incremento delle prestazioni effettuate, segnale di tenuta di una struttura che da diversi anni lavora a pieno regime. Il confronto con le altre realtà regionali colloca il servizio di Ferrara, in tutte le sue articolazioni distrettuali, tra quelli più richiesti da parte della popolazione.

Utenti per tipologia e per target di popolazione

I valori riportati nelle due tabelle che riassumono le principali categorie diagnostiche (la prima riguarda tutte le patologie che comportano una permanenza nel servizio per più di 5 anni, ovvero "hard", mentre la seconda riguarda le altre, ovvero "soft") confermano, e non potrebbe essere diversamente nel breve tempo di un anno, la progressiva riduzione tra i vari Distretti della disomogeneità su alcune patologie: disturbi di apprendimento, DDAI, disturbi dell'umore, disturbi transitori motori; questo rimane uno degli obiettivi principali anche per i prossimi anni.



Nel Distretto Ovest risultano certificati 147 bambini per una percentuale su popolazione target pari al 1,8 %.

Gli inserimenti in strutture psichiatriche residenziali di minori con patologie severe e non più sostenibili da parte delle famiglie sono al momento assenti, mentre gli inserimenti in strutture per handicap grave risultano due, di cui una in struttura residenziale (soltanto per un periodo dell'anno) e una in struttura diurna.

Per le caratteristiche proprie della disciplina, il servizio distrettuale di SMRIA (Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza) 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.

Negli anni 2001-2003 si è consolidato un già positivo rapporto con i pediatri di libera scelta e di comunità, che si intende mantenere come obiettivo costante dell'operatività. Per quanto riguarda il Distretto Ovest, continua il lavoro di stretta collaborazione con i Comuni su progetto di intervento a favore di tre bambini non vedenti con disabilità associate finanziato in parte dal Comune di Cento, il comune di residenza dei tre bambini.

PSICOLOGIA CLINICA A TUTELA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

INDICI DI ATTIVITÀ		
	Anno 2003	Anno 2004
Utenti	226	183
Nuovi utenti	100	96
Prevalenza	3,14	2,5
Incidenza	1,38	1,3

ANDAMENTO				
	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
Prevalenza	2,3	2,6	3,1	2,5
Incidenza	0,82	0,79	1,38	1,3

TIPOLOGIA DELLE REGIONI DEGLI INTERVENTI						
I Categoria			II Categoria			
2002	2003	2004*	2002	2003	2004*	
35,6%	38,9%		64,3%	61,0%		

* I dati 2004 sono in elaborazione; è comunque prevedibile che non vi siano particolari difformità.

N.B. I Categoria: interventi per gli abusi, maltrattamenti e i casi inviati dal Tribunale e dalla Procura Minorile. II Categoria: tutela preventiva, adozioni e affidi.

Osservazioni:

Nell'anno 2004 si è verificata una diminuzione nel numero complessivo di utenti seguiti rispetto all'anno precedente, anche se l'indice di prevalenza rimane in linea con gli ultimi anni; l'indice di incidenza, che rappresenta la nuova utenza, rimane costante.

Nell'attività distrettuale va sommata anche l'importante partecipazione degli operatori ai Tavoli Provinciali di Coordinamento e ai tavoli dei Piani di Zona distrettuali.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

La programmazione e gli obiettivi per l'anno 2005 del Dipartimento di Salute Mentale si articolano secondo le seguenti aree di intervento.

PROGETTI TRASVERSALI COMUNI A TUTTI I DISTRETTI**1. La centralità del cittadino**

1.1. Coinvolgimento nella programmazione, gestione e valutazione del rapporto tra domanda e offerta dei servizi:

- a) consolidamento dei rapporti tra le Strutture Complesse del Dipartimento di Salute Mentale e i Distretti tramite regolare partecipazione ai Comitati di Distretto e relativi gruppi di lavoro;
- b) Piani per la Salute: attivare processi di sostegno ai care giver:
 - offerta di informazioni mirate a sostegno dei percorsi ai familiari di persone con disturbi psichici;
 - offerta di sostegno psicologico e relazionale ai care giver di pazienti affetti da psicosi cronica;
 - tempo di sollievo: sperimentazione di strategie di affido familiare per pazienti affetti da patologia psichiatrica, a tutela dei bisogni dei care giver;
 - percorso sperimentale integrato a Portomaggiore: attivazione di percorsi di facilitazione per i genitori di ragazzi affetti da malattia psichiatrica cronica.

1.2. Garanzie all'accesso del cittadino ai servizi e alla maggiore qualità nelle prestazioni erogate:

- a) accreditamento istituzionale del Dipartimento di Salute Mentale
 - perfezionamento dei documenti e rilevazione degli indicatori per l'adeguamento ai parametri previsti dal modello regionale per l'accreditamento;
 - *audit* interno verso le funzioni del Dipartimento di Salute Mentale sottoposte a valutazione regionale;
 - *audit* esterno istituzionale verso il Dipartimento di Salute Mentale;
 - Adeguamento e verifica del sistema informatico del Dipartimento di Salute Mentale (obiettivo regionale);
 - Misurazione della soddisfazione degli utenti (*Progetto Zancan*);
- b) attivazione dei gruppi permanenti per la Salute Mentale all'interno dei Comitati Consultivi Misti.

2. L'universalità e l'equità di accesso

2.1. Garanzia di condizioni omogenee di qualità e appropriatezza:

- a) Implementazione della sperimentazione scaturita al Tavolo della Provincia per affido – abusi – adozione: integrazione SMRIA⁷, servizi sociali, enti autorizzati;
- b) lo sviluppo dell' integrazione socio-sanitaria:
 - attivazione di un Tavolo Provinciale tra la struttura complessa S.M.R.I.A. e i

⁷ SMRIA: Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza

Servizi Sociali distrettuali per la stesura di una procedura unica di intervento nelle attività socio-sanitarie integrate dell'area minori.

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

3.1. revisione degli assetti organizzativi e razionalizzazione nell'impiego dei fattori produttivi:

- a) Interventi in tema di coordinamento e omogeneizzazione dei comportamenti clinici
- Migliorare i trattamenti terapeutici pazienti ricoverati nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC):
 - 1) introduzione tecniche terapeutiche di gruppo.
 - 2) riduzione contenzioni
 - introduzione nel Servizio Psichiatrico dell'attività Gruppo cinema gestita dal personale infermieristico formato, una volta alla settimana, con visione di un film e discussione dello stesso con i pazienti.
 - Introduzione nel Servizio Psichiatrico dell'attività Gruppo di Rilassamento, gestita dal personale infermieristico formato, una volta alla settimana
 - Introduzione nel Servizio Psichiatrico dell'attività Terapia di gruppo gestita dal personale infermieristico formato due volte la settimana.
 - Nel Servizio Psichiatrico si vuole ridurre del 10% l'intervento di contenzione (36 volte nel 2004) migliorando il nursing infermieristico (esclusi i pazienti con patologie psicorganiche)
 - Assistenza psicologica e costruzione percorso dedicato per genitori di figli con malformazioni congenite:
 1. progetto di assistenza personalizzato;
 2. costruzione percorso personalizzato per l'invio ai servizi di cura.
 - Monitoraggio pazienti con diagnosi di disturbo di personalità in trattamento nel Distretto Sud Est: costruzione di una modalità di ricerca per l'identificazione dei pazienti con diagnosi di disturbo di personalità e monitoraggio dei trattamenti erogati.
 - Perfezionamento procedure di ricovero in emergenza urgenza (Dipartimento di Salute Mentale, Pronto Soccorso, 118):
 1. definizione di nuove procedure interne al Dipartimento di Salute Mentale;
 2. definizione di nuove procedure Dipartimento di Salute Mentale, Pronto Soccorso, 118.
 - Implementazione delle linee guida, monitoraggio dei protocolli diagnostici.
 - Linee Guida per l'autismo:
 1. linee guida per D.D.A.I.;
 2. SIMFER – SINPI: verifica/sviluppo competenze per profilo funzionale in fasce d'età.
 - Implementazione delle linee guida, monitoraggio protocolli diagnostici: protocollo diagnostico DSA: indicazioni per un'epidemiologia di servizio; criteri per l'individuazione di ipotesi di trattamento.

- Definizione del gruppo operativo multiprofessionale per *break-down* in età adolescenziale:
 1. formulazione delle linee guida per la diagnosi e il progetto terapeutico;
 2. ipotesi di attivazione con privato sociale di struttura post-emergenza e urgenza.
- Definizione di una procedura dipartimentale per l'assistenza domiciliare ai pazienti in trattamento complesso.

3.2. riduzione del grado di onerosità dei fattori produttivi impiegati:

- a) **Interventi organizzativi:** chiusura della comunità di portatori di handicap psicofisici (ex Ospedale psichiatrico S. Bartolo); intervento per il supporto tecnico all'inserimento.
- b) **Predisposizione di procedure integrate:**
 - Consolidamento della rete tra Centri di Salute Mentale distrettuali, le degenze distrettuali e l'Emergenza-Urgenza per il monitoraggio dei ricoveri e gli inserimenti in struttura.
 - Integrazione degenza Sud Est, Salute Mentale Riabilitazione Infanzia e Adolescenza e Emergenza Urgenza per pazienti Adolescenti:
 1. Integrazione Ospedaliera concordata tra Servizio Psichiatrico Dell'Ospedale Del Delta e SMRIA per definire la reciproca integrazione a favore di adolescenti che necessitano di ricovero Ospedaliero.
 2. Integrazione Ospedaliera concordata tra Centro di Salute Mentale Sud Est e SMRIA per definire la reciproca integrazione a favore di adolescenti che necessitano di un trattamento integrato.
 - Perfezionamento delle procedure di ricovero in emergenza urgenza (Dipartimento di Salute Mentale, Pronto Soccorso, 118):
 1. definizione nuove procedure interne al Dipartimento di Salute Mentale
 2. definizione nuove procedure Dipartimento di Salute Mentale, Pronto Soccorso, 118.
 - Implementazione linee guida, monitoraggio protocolli diagnostici:
 1. linee Guida per l'autismo;
 2. linee guida per D.D.A.I.;
 3. SIMFER – SINPI: verifica e sviluppo delle competenze per il profilo funzionale in fasce d'età;
 4. protocollo diagnostico DSA: indicazioni per una epidemiologia di servizio; criteri per l'individuazione di ipotesi di trattamento.
 - Definizione del gruppo operativo multiprofessionale per il break-down in età adolescenziale:
 1. formulazione delle linee guida per la diagnosi e il progetto terapeutico;
 2. ipotesi di attivazione con privato sociale di struttura post-emergenza e urgenza.

AZIONI SPECIFICHE PER IL DISTRETTO DISTRETTO OVEST

La qualità dell'assistenza e l'efficienza gestionale: *le strategie dell'appropriatezza e dell'integrazione nel Dipartimento di Salute Mentale.*

a) analisi quali-quantitativa dei ricoveri psichiatrici **nel Centro di Salute Mentale** del Distretto Ovest, finalizzata all'elaborazione di una proposta per **l'attivazione di una Residenza Psichiatrica per Trattamenti Intensivi.**

Salute Mentale e 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:

- implementazione ed estensione del punto di consulenza telefonica"; valutazione dell'impatto sulla collaborazione tra i medici di medicina generale e il Centro di Salute Mentale;
- costituzione del gruppo di lavoro aziendale previsto dal Progetto Liggieri e del Gruppo di Lavoro Distrettuale previsto dal Progetto Liggieri per il Distretto e il Centro di Salute Mentale Ovest con individuazione dei partecipanti al Corso di Formazione regionale.

b) ulteriori progetti di integrazione tra Lungodegenza Post Acuzie e Dipendenze Patologiche:

- monitoraggio applicazione protocollo LPARE/DSM Bondeno;
- verifica dell'applicazione del protocollo Sert.T Dipartimento Salute Mentale, modificato dopo il primo anno di attuazione, con monitoraggio degli interventi sul territorio, nelle residenze, nelle strutture di ricovero e di riabilitazione;
- attivazione di un programma di formazione per tutti gli operatori del DSM Area Psichiatria Adulti SMRIA, NPI e Ser.T. Psicopatologia dell'Adolescenza e abuso di sostanze;
- attivazione di almeno un audit clinico per anno con gli operatori dei due servizi in ogni Distretto.

PROGETTI TRASVERSALI COMUNI A TUTTI I DISTRETTI

- Consolidamento dei rapporti tra le strutture complesse del Dipartimento di Salute Mentale e i Distretti;
- Piani per la Salute;
- accreditamento istituzionale del Dipartimento Salute Mentale;
- attivazione dei gruppi permanenti per la Salute Mentale dei Comitati Consultivi Misti;
- implementazione della sperimentazione scaturita al Tavolo della Provincia per affido, abusi, adozione;
- sviluppo dell'**integrazione socio-sanitaria**: attivazione di un tavolo provinciale tra la Struttura Complessa S.M.R.I.A. e i Servizi Sociali distrettuali per la stesura di una procedura unica di intervento nelle attività socio-sanitarie integrate dell'area minori;
- interventi in tema di coordinamento e omogeneizzazione dei comportamenti clinici;

- Chiusura della comunità portatori di handicap psicofisici (ex Ospedale S. Bartolo);
- predisposizione di procedure integrate.

AZIONI SPECIFICHE PER IL DISTRETTO OVEST

Nel D.S.M.: analisi quali-quantitativa dei ricoveri psichiatrici **nel C.S.M.** del Distretto Ovest, finalizzata all'elaborazione di una proposta per l'attivazione di una residenza psichiatrica per trattamenti intensivi.

Salute Mentale e Cure Primarie:

- 1) 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;
- 2) integrazione con Lungodegenza Post Acuzie: attivazione protocollo LPARE/DSM Bondeno.
- 3) verifica dell'applicazione del protocollo Sert.T. DSM, tramite attivazione di audit clinici con gli operatori dei due servizi

5.5. L'assistenza ospedaliera

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 765 posti letto, 654 di ricovero ordinario (RO) e 111 di ricovero in regime di Day Hospital (DH).

Nello specifico abbiamo:

Area ospedaliera Ovest – 1				Area ospedaliera Est – 2			
Ospedale di Cento	174 PL	161 RO	13 DH	Ospedale del Delta	223 PL	201 RO	22 DH
Ospedale di Bondeno	61 PL	40 RO	21 DH	Ospedale di Comacchio	63 PL	48 RO	15 DH
Ospedale di Copparo	94 PL	66 RO	28 DH	Ospedale di Argenta	150 PL	138 RO	12 DH
Totale	329 PL	267 RO	62 DH	Totale	436 PL	387 RO	49DH

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

I Dipartimenti Ospedalieri strutturali, che sono composti da UU.OO. affini, ma che insistono in stabilimenti diversi, sono:

- Dipartimento dell'Emergenza,
- Dipartimento Medico,
- Dipartimento Chirurgico,
- Dipartimento Materno Infantile,
- Dipartimento della Diagnostica di Laboratorio,
- Dipartimento della Diagnostica per Immagini e di Radiologia Interventistica.

Il Dipartimento Ospedaliero Funzionale è il :

- Dipartimento Medicina di Comunità di Copparo.

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 Ospedaliera-Universitaria di Ferrara, secondo la logica dell'*hub and spoke*.

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

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

- nei confronti dei Distretti e dei Dipartimenti Cure Primarie soprattutto attraverso l'organizzazione complessiva dell'attività specialistica, i protocolli delle dimissioni protette e gli ambulatori dedicati alle dipendenze patologiche;
- nei confronti del Dipartimento Salute Mentale attraverso la presenza di servizi all'interno dell'Ospedale (SPOD);
- nei confronti del Dipartimento Sanità Pubblica attraverso l'organizzazione e l'esecu-

zione 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 dovranno trovare nel 2005 le loro conseguenze applicative più evidenti. Esse sono:

- lo sviluppo di una coerente integrazione programmatoria e di percorsi clinico-assistenziali tra ospedale e territorio attraverso il confronto costante con i costituiti Dipartimenti delle Cure Primarie;
- all'interno di questa dialettica, l'approfondimento specifico avviato 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 che già prefigurano, nella programmazione 2005, una pratica ormai costante di condivisione di analisi e di procedure; il terzo punto ha portato invece alla formalizzazione 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 una 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 U.O. operanti in quell'ospedale e afferenti ai diversi Dipartimenti, il luogo della corrispondente condivisione di obiettivi generali e specifici.

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

DISTRETTO OVEST

1- 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	24
D.E.A (Degenza elevata assistenza)	4	-	4
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	28	1	29
OSTETRICA E GINECOLOGIA	19	2	21
MEDICINA	43	5	48
GERIATRIA	16	-	16
UROLOGIA	13	1	14
PEDIATRIA	-	2	2
CARDIOLOGIA	11	1	12
RIABILITAZIONE	-	-	-
UTIC	4	-	4
TOTALE	161	13	174
OSPEDALE DI BONDENO			
Unità Operative Ospedale di Bondeno:	Posti letto ordinari	Posti letto Day Hospital	Posti letto Totali
MEDICINA	-	5	5
LUNGODEGENZA	34	-	34
Day Hospital RIABILITAZIONE	-	6	6
GERIATRIA	6	-	6
PEDIATRIA	-	2	2
Day Hospital POLISPECIALISTICO	-	8	8
TOTALE	40	21	61

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 DRG¹⁰ prodotti in regime di ricovero ordinario e i primi 10 DRG prodotti in regime di Day Hospital e Day Surgery da tutte le UU.OO. presenti rispettivamente negli Ospedali di Cento e Bondeno.

¹⁰ **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 2004				
Primi 20 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Cento				
Ricoveri Ordinari				
DRG	Descrizione DRG	residenti	Mobilità Attiva	Totale
391	-Neonato normale	369	277	646
127	M-Insufficienza cardiaca e shock	267	86	353
373	M-Parto vaginale no CC	259	213	472
311	C-Int. per via transuretrale no CC	115	21	136
139	M-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca no CC	115	30	145
209	C-Interventi su articolazioni magg. e reimpianti di arti inferiori	115	85	200
359	C-Int. utero/annessi, no neoplasie no CC	82	52	134
183	M-Esofag., gastroen, miscel. malattie app. digerente età >17 no CC	78	30	108
116	C-Pacemaker perm. o di defibrill. autom. o di generat. di impulsi	76	18	94
231	C-Escissione locale rimoz. mezzi fis. intramidollare no anca e femore	75	21	96
324	M-Calcolosi urinaria no CC	73	16	89
88	M-Malattie polmonari cronic-ostruttive (COPD)	68	22	90
15	M-A.I.T. e occlusioni precerebrali	67	19	86
14	M-Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto A.I.T.	63	20	83
395	M-Anomalie dei globuli rossi, età >17	63	10	73
335	C-Interventi maggiori pelvi maschle, no CC	61	7	68
121	M-Malattie cardiovascolari con IMA con compl. cardiovasc. vivi	60	22	82
89	M-Polmonite semplice e pleurite, età>17 con CC	60	16	76
371	C-Taglio cesareo no CC	59	33	92
112	C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	58	15	73

Anno 2004				
Primi 10 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Cento				
Day Hospital				
DRG	Descrizione DRG	residenti	Mobilità Attiva	Totale
304	C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie mal.	186		186
410	M-Chemioterapia non associata a diagnosi second. di leucemia acuta	121	43	164
162	C-Interventi per ernia inguinale e femorale > 17 no CC	92	27	119
384	M-Altre diagnosi preparto no complicazioni mediche	86	56	142

Anno 2004				
Primi 20 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Bondeno				
Ricoveri Ordinari				
DRG	Descrizione DRG	residenti	Mobilità Attiva	Totale
127	M-Insufficienza cardiaca e shock	47		47
209	C-Interventi su articolazioni magg. e reimpianti di arti inferiori	29	5	34
12	M-Disturbi degenerativi sistema nervoso	23	2	25
14	M-Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto A.I.T.	17	1	18
395	M-Anomalie dei globuli rossi, età >17	15		15
210	C-Interventi anca, femore, eccetto artic.magg. età>17 con CC	13		13
467	M-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	12		12
429	M-Disturbi organici e ritardo mentale	9		9
101	M-Altre diagnosi apparato respiratorio con CC	8	3	11
249	M-Ass.riabilitativa per malattie sist.muscolo-schel. e tess.connett.	8	1	9
87	M-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	7		7
15	M-A.I.T. e occlusioni precerebrali	7		7
202	M-Cirrosi e epatite alcolica	7		7
144	M-Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	6		6
211	C-Interventi anca, femore, eccetto artic.magg. età>17 no CC	6	2	8
461	C-Interv. con diagnosi di altro contatto con SSN	5		5
207	M-Malattie delle vie biliari con CC	5		5
89	M-Polmonite semplice e pleurite, età>17 con CC	5		5
90	M-Polmonite semplice e pleurite, età>17 no CC	5		5
148	C-Interventi magg. su intestino crasso e tenue con CC	4		4
205	M-Mal.fegato eccetto neoplasie mal.,cirrosi,epatite alc. con CC	4		4
172	M-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	4		4
243	M-Affezioni mediche del dorso	4		4
248	M-Tendinite, miosite e borsite	4		4

Anno 2004				
Primi 10 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Bondeno				
Day Hospital				
DRG	Descrizione DRG	residenti	Mobilità Attiva	Totale
222	C-Interventi sul ginocchio no CC	162	45	207
364	C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie mal.	100	13	113
162	C-Interventi per ernia inguinale e femorale > 17 no CC	66	6	72
229	C-Interv. mano o polso, eccetto interv.magg. articolazioni no CC	58	10	68

Considerazioni sui risultati 2004 e obiettivi 2005

1- Interventi strutturali e riorganizzativi avvenuti nel 2004

Nel corso del 2004 presso l'Ospedale di Cento sono stati eseguiti numerosi interventi strutturali tesi a un miglioramento sia per quanto riguarda la sicurezza che la qualità dell'assistenza prestata. Essi sono rappresentati da:

- completamento della ristrutturazione del blocco operatorio con la disponibilità acquisita di una quarta sala operatoria,
- la realizzazione della risonanza magnetica, che ha dotato l'Ospedale di Cento di una fondamentale ulteriore risorsa tecnologica, che determinerà una evidente moltiplicazione 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:

- il completamento dell'organico del Pronto Soccorso;
- il potenziamento del Servizio 118, azioni che insieme tendono a migliorare la risposta all'emergenza-urgenza presso l'Ospedale di Cento che in questi anni ha continuamente aumentato i dati di attività del Pronto Soccorso;

- la riorganizzazione infermieristica del reparto di Medicina Interna-Geriatria;
- la creazione del Centro Servizi Ambulatoriali;
- il miglioramento del comfort alberghiero in alcuni reparti;
- l'attivazione del percorso "mediatore culturale", scelta strategicamente importante visto il grande numero di pazienti extracomunitari che utilizzano l'Ospedale di Cento e soprattutto il reparto di Ginecologia-Ostetricia.

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

- la ristrutturazione del Servizio Dialisi;
- la ristrutturazione del 2° piano;
- vari interventi di messa a norma;
- la riorganizzazione dell'attività di Area Medica;
- la realizzazione del teleconsulto radiologico tra Cento e Bondeno che amplia i tempi di disponibilità alla lettura medica dell'attività radiologica anche presso la sede bondenese.

2- Interventi previsti nel 2005

Per l'Ospedale di Cento sono previsti nel 2005 numerosi interventi strutturali tesi al miglioramento del comfort di alcuni servizi esistenti e la predisposizione di nuove attività di seguito indicate:

- Il completamento di "Villa Verde" che consentirà un allargamento degli spazi destinati sia a funzioni di servizio che all'attività specialistica ambulatoriale e di degenza;
- l'avanzamento dello Schema Direttore complessivo dell'Ospedale.

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;
- l'incremento dell'attività flebologica e proctologica;
- il miglioramento organizzativo tra Pronto Soccorso e Ortopedia con l'applicazione di linee guida condivise per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e i percorsi diagnostici;
- l'attivazione 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'attivazione del percorso di day-service in pneumologia;
- l'applicazione di un protocollo integrato ospedale-territorio per la gestione di pazienti alcol-dipendenti;
- l'apertura di un servizio ambulatoriale ostetrico-ginecologico nei Comuni di Vigarano e Poggiorenetico;
- l'avvio dell'attività diagnostica di risonanza magnetica;
- l'avvio dell'attività diagnostica di Urodinamica.

Presso l'Ospedale di Bondeno invece è prevista:

- la ristrutturazione degli ambulatori per l'attività intra-moenia,

- un progetto specifico di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri in Lungodegenza Post Acutie.

OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE 2005 DEL PUO (PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO) DI INTERESSE AZIENDALE		
Numero obiettivo	Titolo dell'obiettivo	STRUTTURE COINVOLTE
1	Sviluppo del sistema di analisi delle attività ospedaliere.	Direzione P.U.O. Controllo Gestione Sistema Informativo
2	Analisi e proposte di modelli di attività di osservazione breve intensiva.	Direzione PUO
3	Analisi dei costi dell'attività di videolaparoscopia.	Direzione PUO
4	Supporto ai Dipartimenti di Cure Primarie nella presa in carico dell'attività ambulatoriale e dei percorsi di semplificazione dell'accesso.	Direzione PUO Dipartimento Cure Primarie Dipartimenti Ospedalieri
5	Omogeneizzazione dei comportamenti di registrazione degli accessi in Day Hospital medico di pazienti oncologici politrasfusi e di radiologia interventistica.	Direzione PUO Dipartimento Medicina Dipartimento Diagnostica per immagini
6	Coordinamento per l'attivazione del percorso di Angioplastica primaria con l'Azienda Ospedaliera e il Dipartimento Interaziendale Cardiologico.	Direzione PUO Dipartimento Medicina Dipartimento Emergenza
7	Riorganizzazione dell'attività diabetologica.	Dipartimento Medicina Dipartimento Cure Primarie
8	Percorsi facilitati in Pneumologia.	Dipartimento Medicina Dipartimento Cure Primarie
9	Distribuzione dei farmaci ad alto costo.	Dipartimenti Ospedalieri Dipartimento. Farmaceutico
10	Dimissione protetta con eventuale attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata.	Dipartimento Medicina Staff ADI Dipartimento Cure Primarie
11	Preparazione del protocollo aziendale per l'uso appropriato di EEG.	Dipartimento Medicina
12	Linee guida per la diagnosi e il trattamento patologie del ginocchio.	Dipartimento Chirurgia
13	Informatizzazione delle sale operatorie.	Dipartimento Emergenza CED
14	Omogeneizzazione delle rilevazione dei codici bianchi in Pronto Soccorso.	Dipartimento Emergenza
15	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle indagini diagnostiche in Pronto Soccorso	Dipartimento Emergenza Dipartimento Diagnostica di Laboratorio Dipartimento Diagnostica per Immagini
16	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di diagnostica per immagini.	Dipartimento Diagnostica per Immagini Dipartimento Cure Primarie
17	Informatizzazione dei dati sulle infezioni strutture sanitarie.	PUO Dipartimento Diagnostica di Laboratorio.
18	Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste dei medici di medicina generale per gli esami di laboratorio.	Dipartimento Diagnostica di Laboratorio Dipartimento Cure Primarie
19	Teleconsulto medici di medicina generale in diagnostica di laboratorio.	Dipartimento Diagnostica Laboratorio Dipartimento Cure Primarie CED
20	Collegamento web laboratorio/reparti.	Dipartimento Diagnostica Laboratorio CED

**OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE 2005 DEL PU0
DI INTERESSE DISTRETTUALE - DISTRETTO OVEST**

Numero obiettivo	Titolo dell'obiettivo	STRUTTURE COINVOLTE
1	Supporto organizzativo per intervento strutturale presso Villa Verde.	Direzione PU0 Dipartimento Attività Tecniche
2	Riorganizzazione dell'assetto dei produttori dell'attività di oculistica presso l'Ospedale di Bondeno.	Direzione PU0 Dipartimento di Emergenza Dipartimento di Cure Primarie
3	Integrazione tra l'ospedale e il territorio per i pazienti alcol dipendenti presso l'ospedale Cento.	Dipartimento di Medicina Ser.T.
4	Incremento dell'attività flebologica - Ospedale Cento.	Dipartimento di Chirurgia
5	Incremento dell'attività laparoscopica - Ospedale Cento.	Dipartimento di Chirurgia
6	Riduzione dei tempi di attesa per la chirurgia ambulatoriale.	Dipartimento di Chirurgia Dipartimento di Cure Primarie
7	Riorganizzazione attività operatoria ortopedica Ospedali Cento e Bondeno.	Dipartimento di Chirurgia Dipartimento di Emergenza
8	Screening della prostata sulla popolazione residente a Cento.	Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Diagnostica Laboratorio
9	Attività ambulatoriale urodinamica presso l'Ospedale di Cento.	Dipartimento di Chirurgia
10	Miglioramento dell'appropriatezza dell'analisi di laboratorio di Ginecologia presso l'Ospedale di Cento.	Dipartimento Materno Infantile Dipartimento di Diagnostica Laboratorio
11	Apertura dell'attività consultoriale a Vigarano Mainarda e Poggio Renatico	Dipartimento Materno Infantile Dipartimento di Cure Primarie
12	Proseguimento dell'obiettivo isteroscopia.	Dipartimento Materno Infantile Dipartimento di Emergenza
13	Proseguimento dell'attività IVG presso l'Ospedale di Bondeno.	Dipartimento di Materno Infantile
14	Avvio dell'attività di risonanza magnetica presso l'Ospedale di Cento.	Dipartimento di Diagnostica Immagini
15	Riorganizzazione delle agende degli esami mammografici e avvio procedura di doppia lettura presso l'Ospedale di Cento.	Dipartimento Diagnostica Immagini
16	Teleconsulto tra Ospedale Cento e Ospedale Delta su casistica TAC e Risonanza Magnetica.	Dipartimento di Diagnostica Immagini
17	Rimodulazione dell'attività radiologica presso l'Ospedale di Bondeno.	Dipartimento di Diagnostica Immagini
18	Presa in carico dei prelievi effettuati a Poggio Renatico e Vigarano Mainarda.	Dipartimento di Diagnostica Laboratorio Dipartimento Cure Primarie

6. CONSUMI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE E AMBULATORIALI: LE DINAMICHE DI UTILIZZO E I FLUSSI DI MOBILITÀ

Alcune considerazioni sul tasso di ospedalizzazione della provincia di Ferrara

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 oggi una significativa diminuzione passando da 235,46 ricoveri per mille residenti del 2001 a 225,36 del 2004 (nello stesso periodo la media regionale è passata da 211,26 a 193,72). Esistono inoltre differenze molto significative all'interno degli stessi distretti provinciali, la massima rappresentanza delle quali è caratteristica del Distretto Centro Nord.

TASSO GREZZO DI OSPEDALIZZAZIONE (2004)				
Regione	Provincia	Distretto	Distretto	Distretto
Emilia-Romagna	Ferrara	Distretto Ovest	Centro Nord	Sud Est
193,72	225,36	197,56	239,01	221,29

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.

Nello stesso periodo si è assistito a un contemporaneo aumento della popolazione provinciale pari a circa 2.700 unità che ha riguardato principalmente il Distretto Ovest.

Per questo motivo si è ritenuto consono per fini programmatori il metodo della valutazione dei consumi attraverso l'esame delle matrici di posizionamento.

L'esame dei tassi di ospedalizzazione per singolo apparato, effettuato congiuntamente all'Azienda Ospedaliera di Ferrara, ha poi 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.

NUMERO RICOVERI ATTESI RISPETTO ALLA MEDIA REGIONALE				
tabella (a)	DRG CHIRURGICI			
	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL	
	AOSP	AUSL	AOSP	AUSL
tipi di interventi				
Apparato riproduttivo femminile	54	59	380	604
Pelle, sottocute e mammella	51	12	246	284
Apparato muscolo-scheletrico e connettivo	-40	-42	154	456
Otorinolaringoiatria	61	3	281	21
Apparato digerente	122	115	34	94
Rene e vie urinarie	26	22	72	144
Apparato cardiocircolatorio	-38	-11	78	106
Mieloprolif. e neo sc. diff.	63	16	54	71
TOTALE	299	174	1.299	1.789
tabella (b)	DRG CHIRURGICI			
	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL	
	AOSP	AUSL	AOSP	AUSL
tipi di interventi				
Apparato cardiocircolatorio	370	346	7	4
Sistema nervoso	208	132	286	24
Apparato digerente	205	163	104	54
Fegato, vie biliari, pancreas	81	66	298	47
Rene e vie urinarie	88	71	119	26
Apparato respiratorio	15	13	168	51
Pelle, sottocute e mammella	85	37	62	18
Mieloprolif. e neo sc. diff.	32	7	80	40
TOTALE	1.084	835	1.124	264

Il metodo descritto ha permesso la realizzazione in tempi rapidi i seguenti obiettivi programmatori:

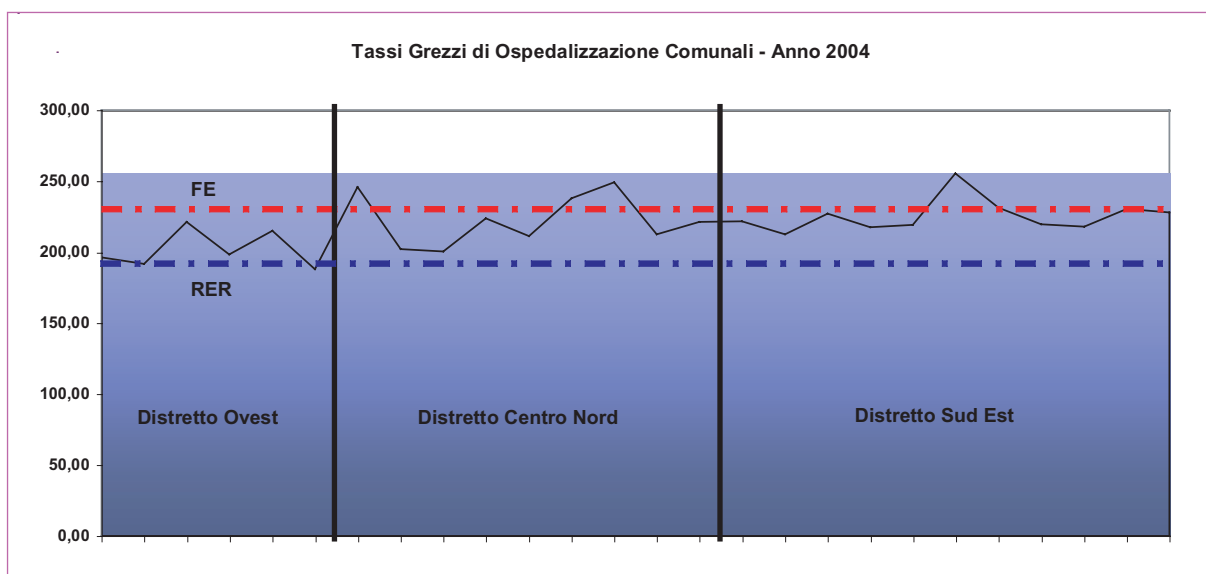
PROGETTO	RISULTATO ATTESO (BASE ANNUA)
1. Deospedalizzazione attività ortopedica trasferibile in ambulatorio	400
2. Deospedalizzazione attività bioptica ginecologica	400
3. Azzeramento follow-up oncologici	600
4. Potenziamento attività di audit "istituzionale"	200
5. Azzeramento cataratte erogate in regime di DS (committenza esterna)	700
6. Committenza "forte" nei confronti della Azienda Ospedaliera di Ferrara sul tema dei Day Hospital Medici potenzialmente inappropriati	1.200
TOTALE	3.500

I CONSUMI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE E AMBULATORIALI LE DINAMICHE DI UTILIZZO E I FLUSSI DI MOBILITÀ

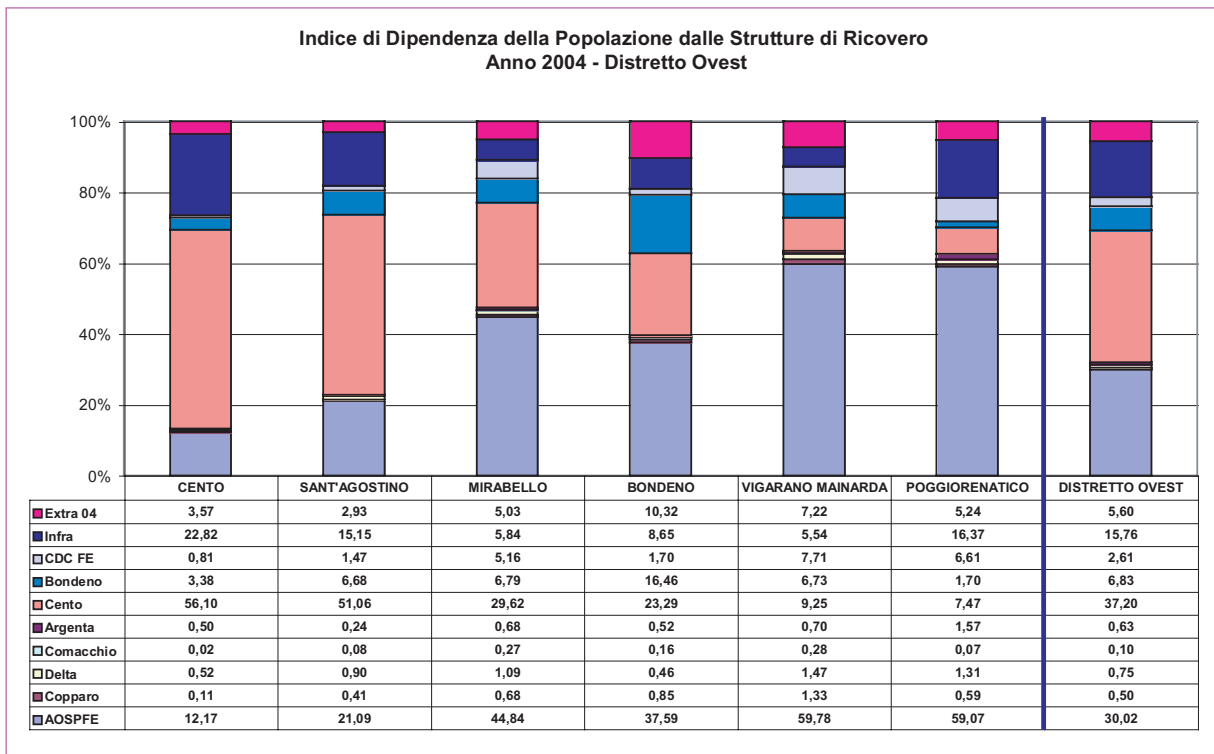
I dati riportati nei grafici che seguono, riferiti ai consumi di prestazioni ospedaliere in alcune e significative specialità nell'anno 2004 confermano quanto già evidenziato nel 2003 e cioè una sostanziale affezione dei cittadini dei Comuni del Distretto Ovest per le strutture sanitarie presenti nel territorio distrettuale e provinciale e pertanto con uno scarso ricorso alla mobilità passiva.

Una ridotta mobilità passiva non significa che non esiste la possibilità per gli abitanti del nostro territorio di reperire altrove e in alcuni casi in ambiti vicini, idonee prestazioni sanitarie, ma che le strutture presenti offrono comunque un prodotto appetibile e rispondente alle necessità. È da sottolineare nel complesso un consumo di ricoveri ospedalieri inferiore rispetto al restante territorio provinciale, indice di un ricorso oculato e responsabile a questo tipo di prestazione che vede coinvolti in modo positivo, oltre ai cittadini con le loro necessità, anche i vari professionisti che in questo modo mettono in atto le indicazioni, che da più parti pervengono, per una maggiore appropriatezza.

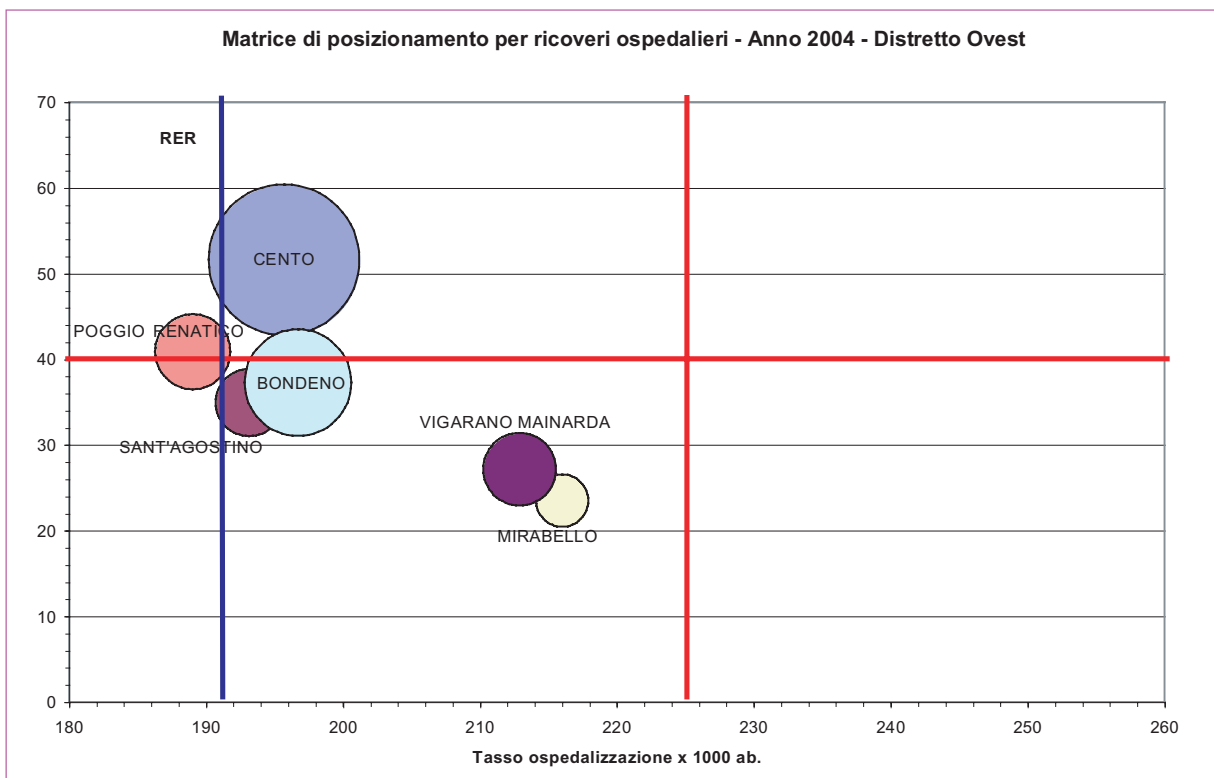
Per quanto riguarda i ricoveri si parla di appropriatezza quando questo tipo di approccio terapeutico non presenta alternative in altri percorsi clinici.



Il grafico illustra l'andamento dei tassi grezzi di ospedalizzazione suddivisi per i singoli Comuni in rapporto alla media regionale e provinciale. Nel complesso il Distretto Ovest si colloca lievemente al di sopra della media regionale e molto al di sotto della media provinciale.

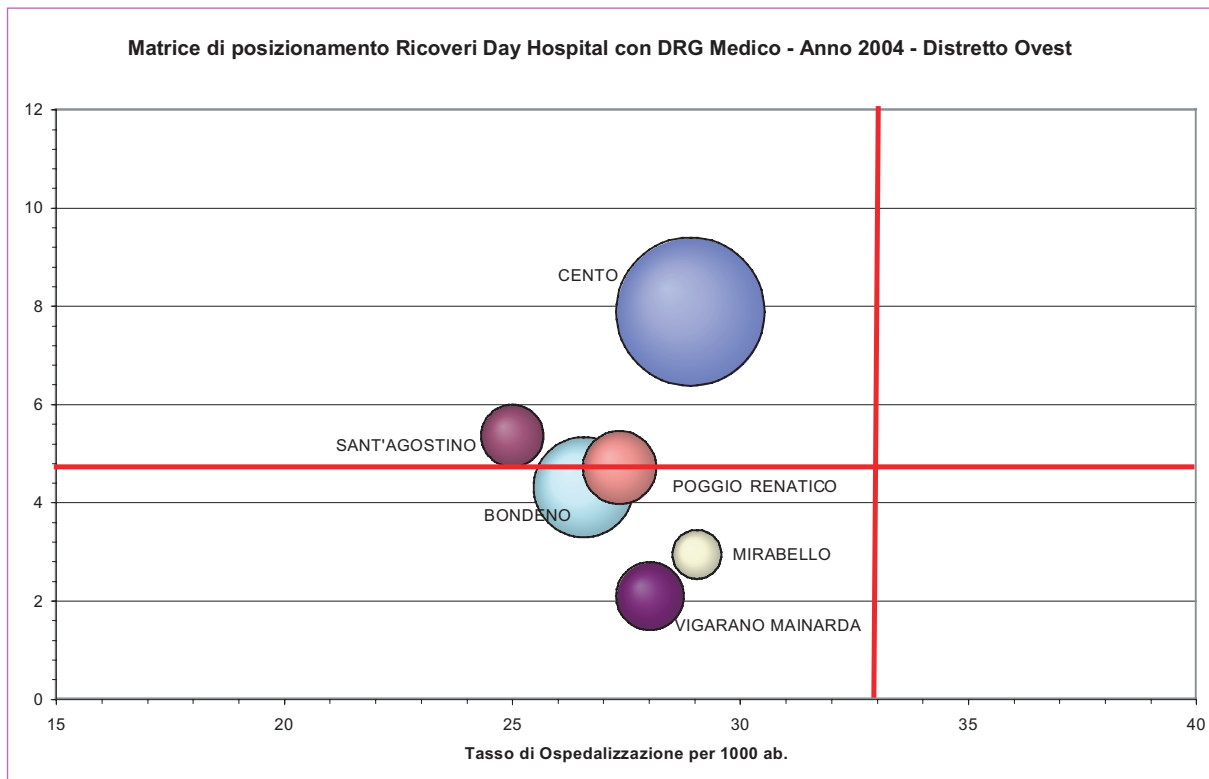


Il grafico rappresenta l'indice di dipendenza della popolazione del Distretto Ovest rispetto alle strutture di ricovero. Dall'esame della distribuzione dei ricoveri emerge una particolare affezione dei cittadini dei vari Comuni del Distretto per strutture distrettuali o al massimo per quelle provinciali, con uno scarso ricorso a ricoveri in case di cura private e/o extraprovinciali.

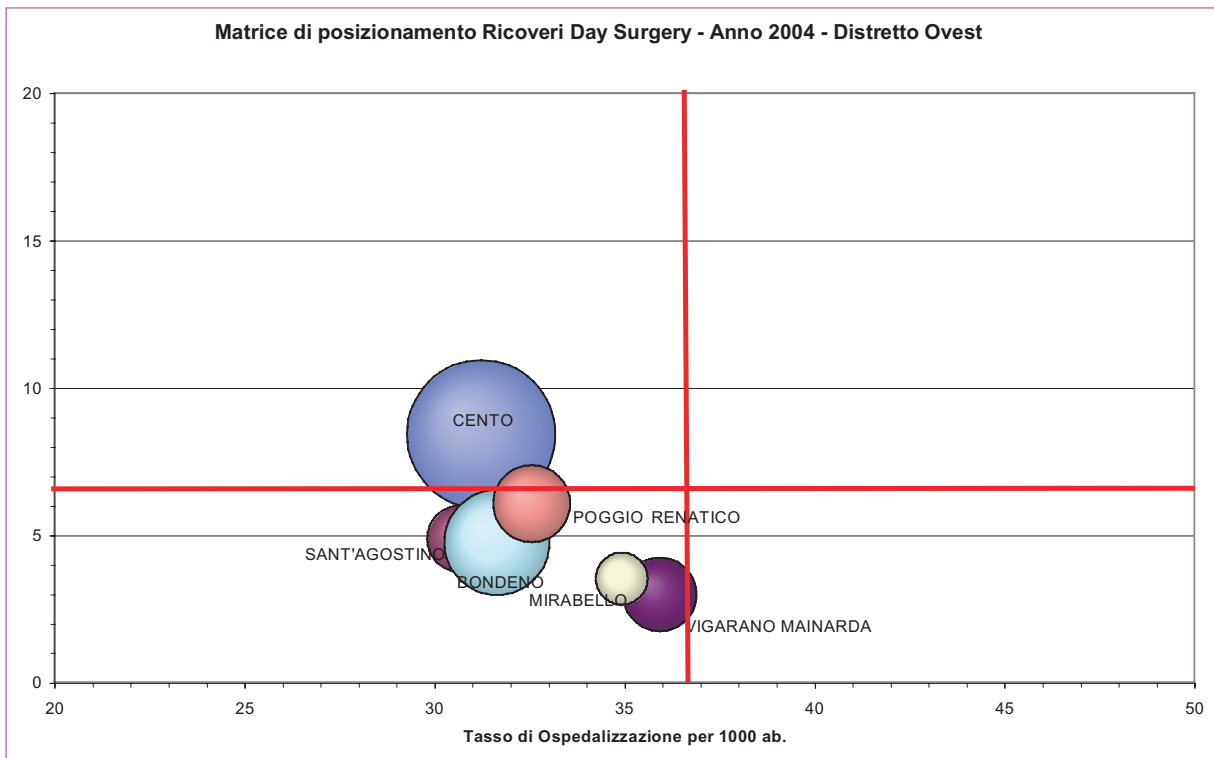


La matrice evidenzia il posizionamento dei Comuni rispetto al tasso di mobilità e al tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti. Riguardo al tasso di ospedalizzazione tutti i Comuni si posizionano al di sotto della media provinciale e molto vicini alla media

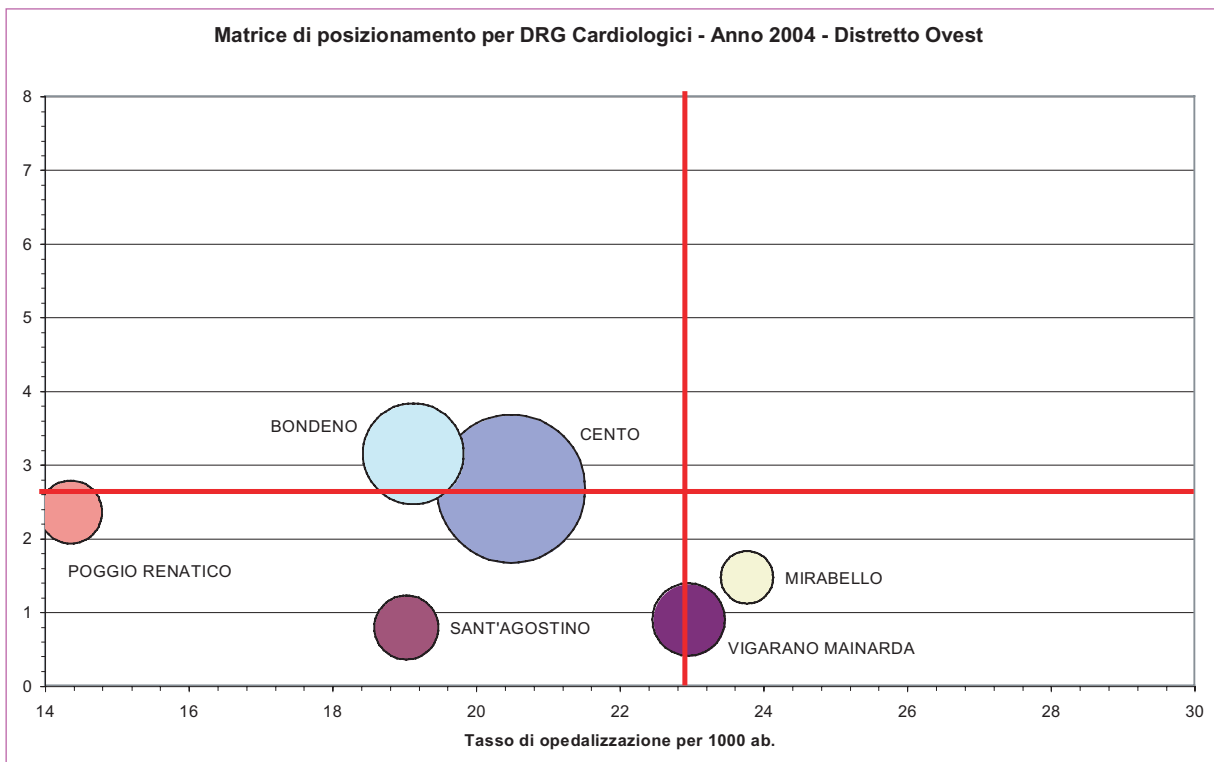
regionale; il tasso di mobilità, ridotto nell'ultimo anno, si posiziona lievemente al di sopra, per alcuni Comuni, o lievemente al di sotto per altri, rispetto alla media provinciale.



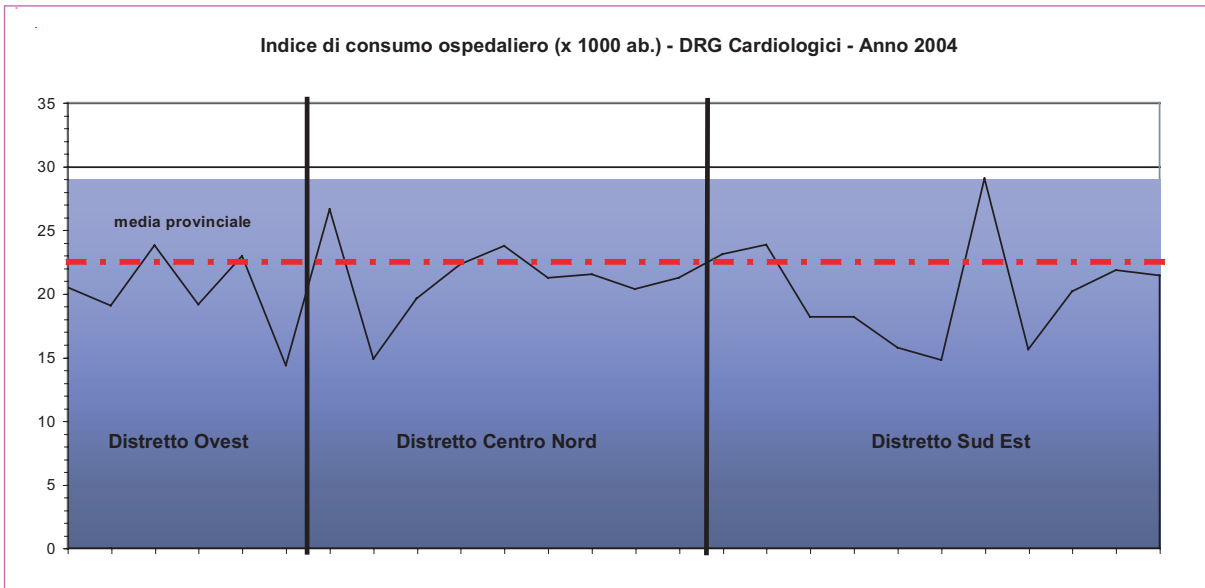
La matrice mette a confronto il tasso di mobilità per ricoveri in Day Hospital medici con il tasso di ricovero, per gli stessi Day Hospital, riferiti a singoli Comuni del Distretto Ovest. Il ricorso al Day Hospital medico è inferiore alla media provinciale in tutti i Comuni del Distretto, per alcuni Comuni risulta invece superiore alla media provinciale la mobilità verso strutture fuori provincia.



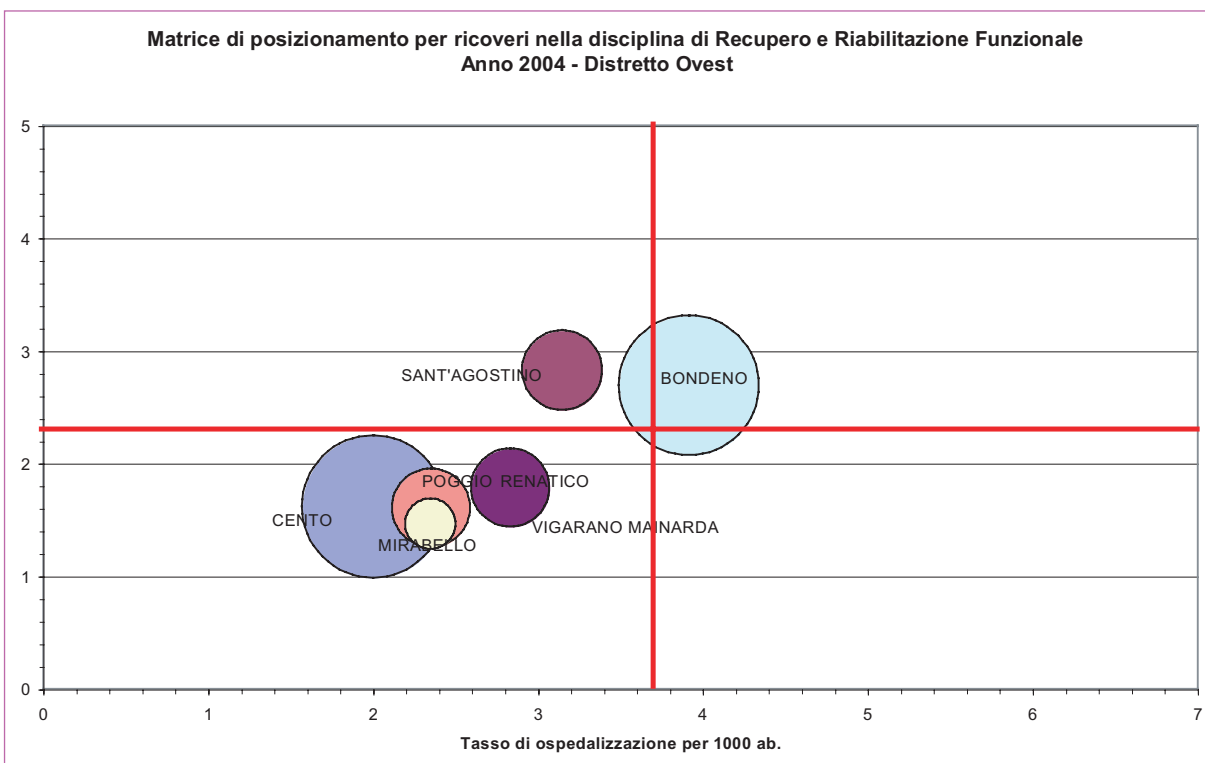
La matrice mostra l'andamento dei ricoveri in Day Surgery rispetto al tasso di ospedalizzazione e alla mobilità per i vari Comuni del Distretto Ovest. Il tasso di ospedalizzazione, anche rispetto all'andamento degli anni scorsi, si mantiene nel complesso al di sotto della media provinciale. Rispetto all'anno 2003 si rileva un calo complessivo della mobilità passiva che si attesta attorno alla media provinciale.



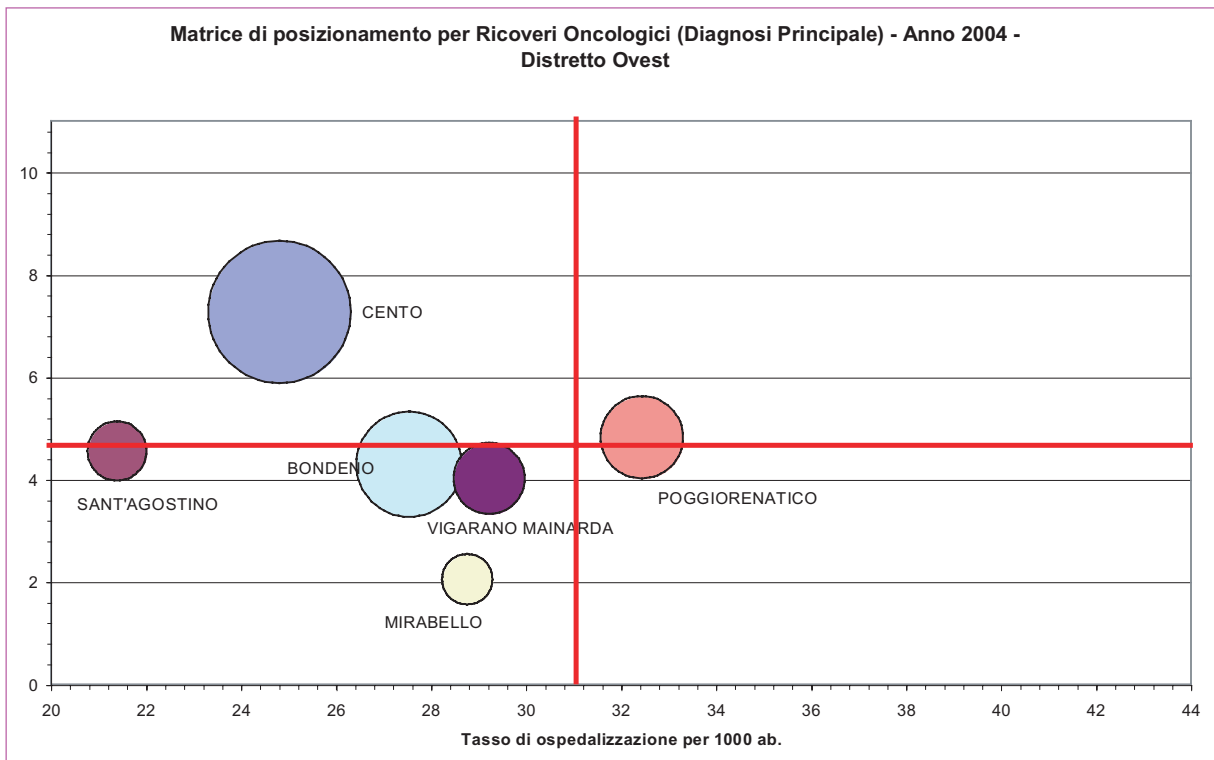
La matrice evidenzia l'andamento dei ricoveri cardiologici rispetto al tasso di ospedalizzazione e al tasso della mobilità passiva. Nel complesso emerge una sostanziale affezione dei cittadini del Distretto per le strutture presenti nel territorio provinciale e comunque un ridotto ricorso a ricoveri cardiologici.



Il grafico evidenzia l'andamento dei consumi ospedalieri relativi ai ricoveri cardiologici. Se si escludono i Comuni di Mirabello e Vigarano Mainarda, che presentano consumi lievemente al di sopra della media provinciale, i restanti Comuni del Distretto presentano valori molto al di sotto di tale media.

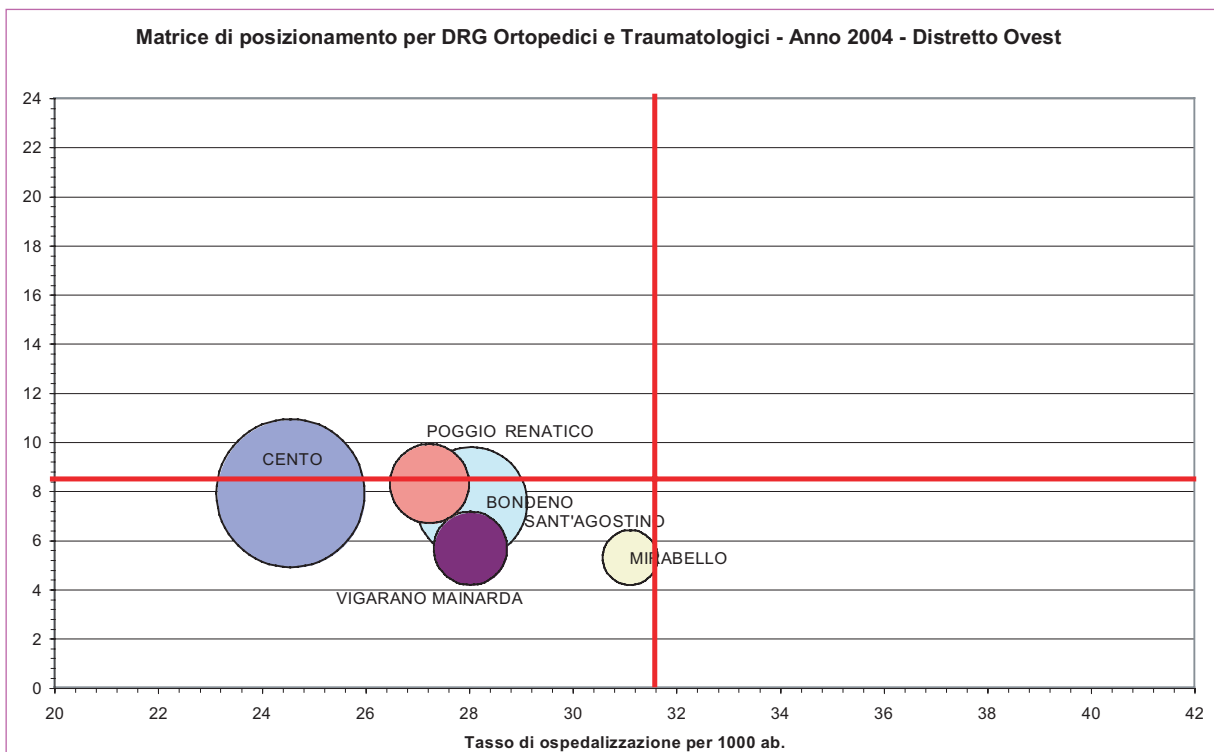


La matrice riporta il tasso di ospedalizzazione riferito ai cittadini dei Comuni del Distretto Ovest rispetto alla mobilità passiva per la disciplina di recupero e riabilitazione funzionale. Il tasso di ospedalizzazione risulta nel complesso inferiore alla media provinciale, mentre la mobilità passiva si attesta attorno alla stessa media.



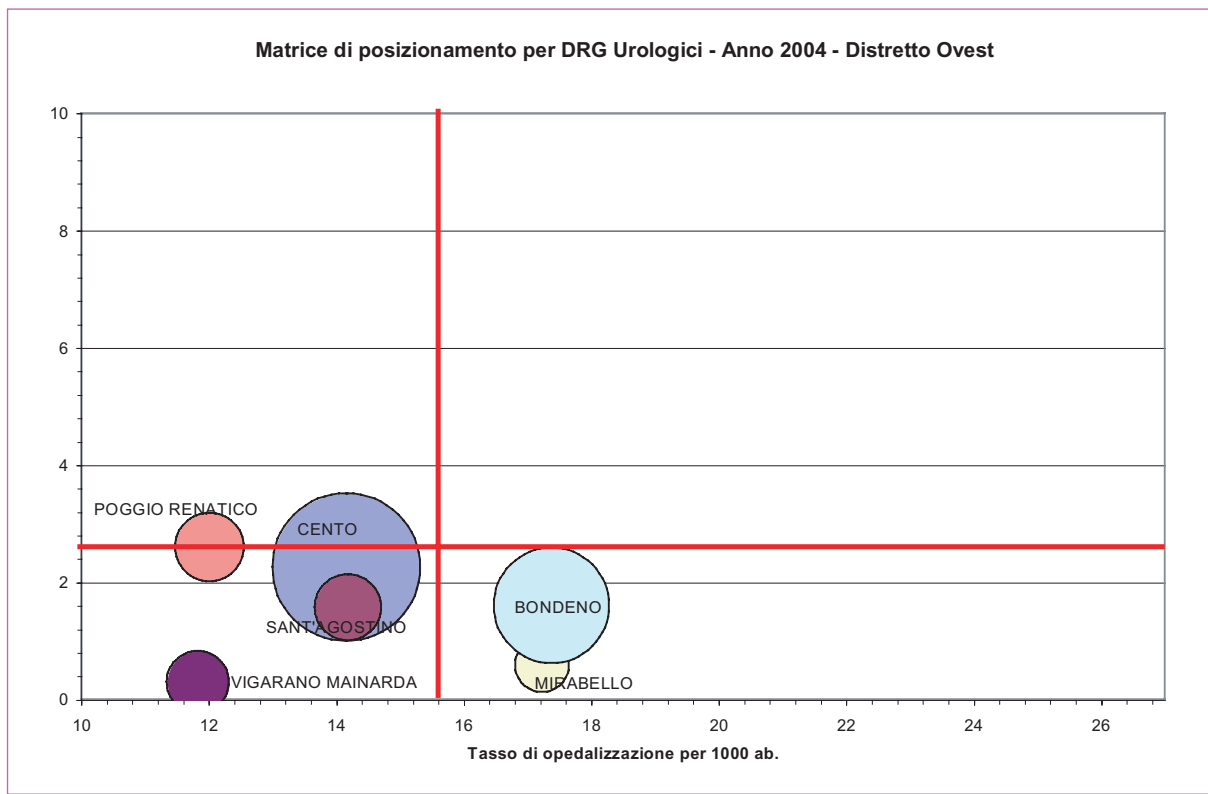
La matrice riporta il tasso di ospedalizzazione e la mobilità passiva suddivisa per Comune, rispetto a ricoveri per patologie oncologiche. Se si esclude il Comune di Poggio Renatico i restanti comuni presentano un tasso di ospedalizzazione inferiore rispetto alla media provinciale.

Per quanto riguarda la mobilità fuori provincia dei ricoveri oncologici, il Comune di Cento presenta valori al di sopra della media provinciale in accordo con quanto già emerso nel 2004.



La matrice evidenzia il tasso di ospedalizzazione e la mobilità passiva relativa ai ricoveri ospedalieri per problemi ortopedici e traumatologici suddivisi per Comune. Com-

più plessivamente nel Distretto sia il tasso di ospedalizzazione che la mobilità passiva risultano inferiori alla media provinciale.



La matrice mostra il posizionamento del tasso di ospedalizzazione per i ricoveri urologici rispetto alla mobilità passiva per i diversi Comuni del Distretto Ovest. Il tasso di ospedalizzazione risulta superiore alla media provinciale solamente per i Comuni di Bondeno e Mirabello; la mobilità passiva risulta inferiore alla media provinciale per tutti i Comuni.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

Dall'analisi dei grafici emerge un quadro confortante rispetto ai consumi di ricoveri e alla mobilità passiva. Permane una criticità per quanto riguarda i ricoveri oncologici che vedono il permanere di una discreta mobilità passiva che riguarda in particolare il Comune di Cento e il ricorso in eccesso, sempre in mobilità passiva, ai Day Hospital medici per il Comune di Cento e di Sant'Agostino. Sempre dall'esame dei grafici e delle matrici emerge che il Distretto mantiene valori medi inferiori alla media provinciale, pur collocandosi al di sopra della media regionale.

OBIETTIVI 2005

1) RECUPERO MOBILITÀ PASSIVA

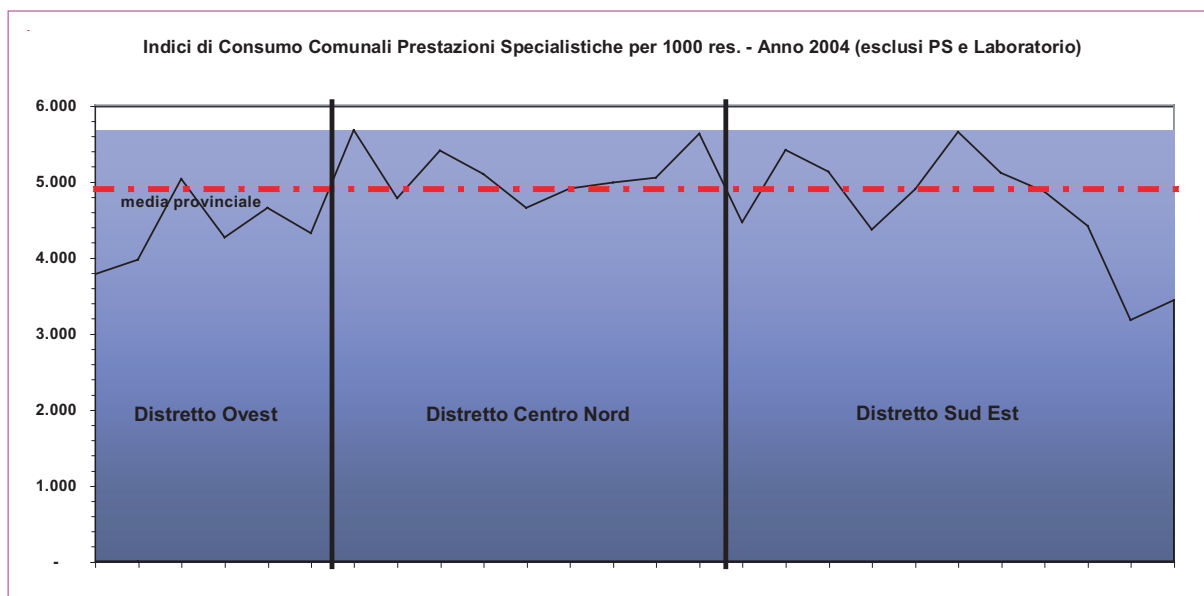
In questo ambito nel 2005 dovrà essere migliorata l'offerta presso l'Ospedale di Cento di ricoveri oncologici in regime di Day Hospital, ma soprattutto si dovrà migliorare il rapporto con il cittadino attraverso una piena e reale presa in carico del soggetto.

2) TASSO DI RICOVERO OSPEDALIERO

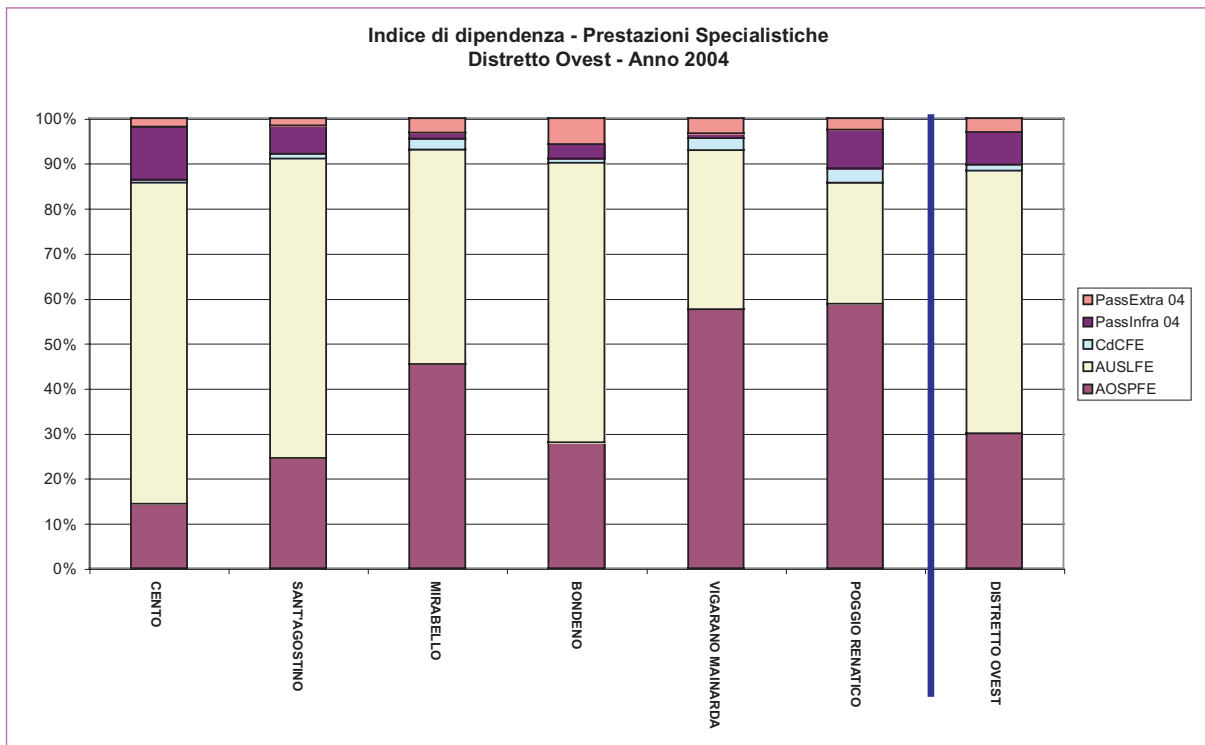
È evidente che un obiettivo da perseguire nel corso del 2005 è tendenzialmente il raggiungimento di valori in linea con la media regionale. Per fare ciò, vanno potenziate tutte le attività ambulatoriali e soprattutto quelle complesse che riescono a dare risposte sostitutive del tradizionale ricovero, coinvolgendo più strutture e più professionisti nella definizione del quadro clinico e della terapia.

Si dovranno inoltre potenziare tutte le attività terapeutico-ambulatoriali e gli interventi chirurgici di minore complessità.

CONSUMI DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

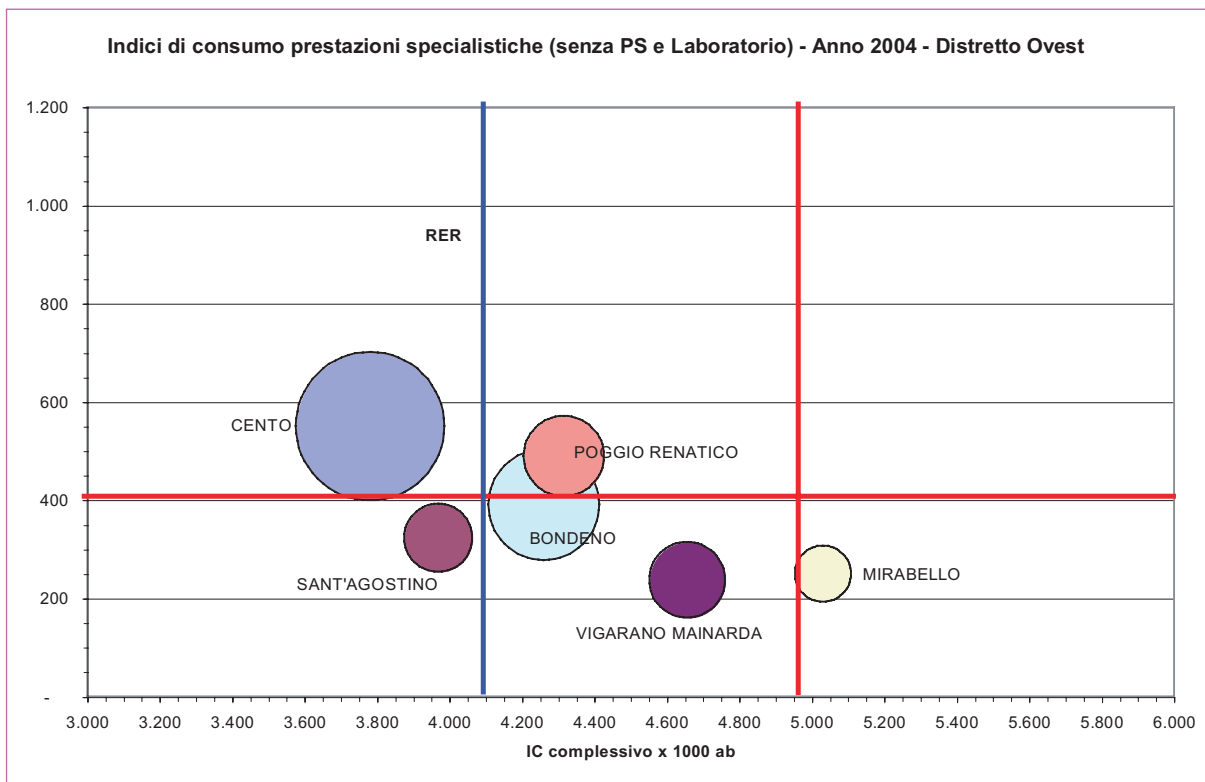


Il grafico evidenzia l'indice di consumo di prestazioni specialistiche relativo all'anno 2004 e suddiviso per Comuni. Se si esclude il Comune di Mirabello, che presenta un indice lievemente superiore alla media provinciale, tutti gli altri Comuni si posizionano al di sotto di tale media. Nel complesso i consumi di specialistica nel Distretto Ovest sono più bassi rispetto a quelli degli altri Distretti.



Il grafico riporta l'indice di dipendenza dei cittadini dei Comuni del Distretto Ovest rispetto alle strutture che erogano prestazioni specialistiche.

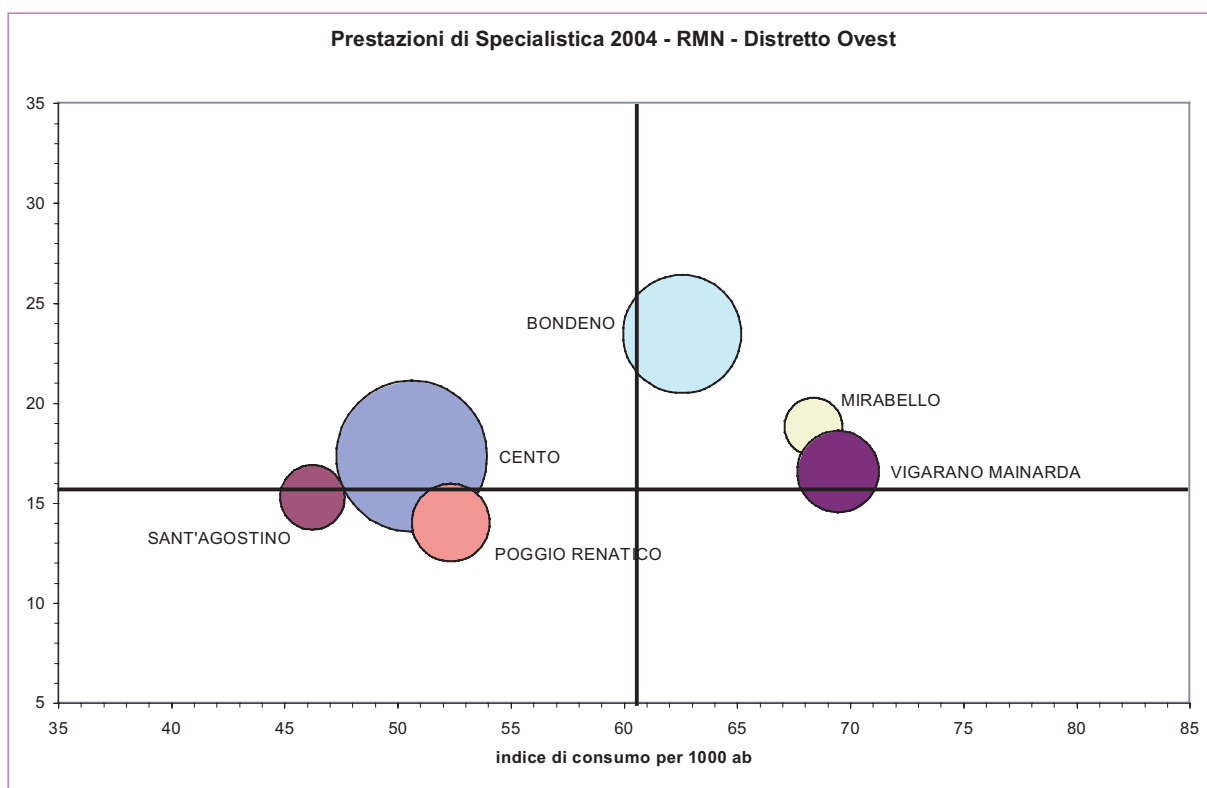
Molto bassa risulta la mobilità passiva e il ricorso a fruitori privati convenzionati, mentre la quasi totalità delle prestazioni richieste viene fornita dalle strutture dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara.



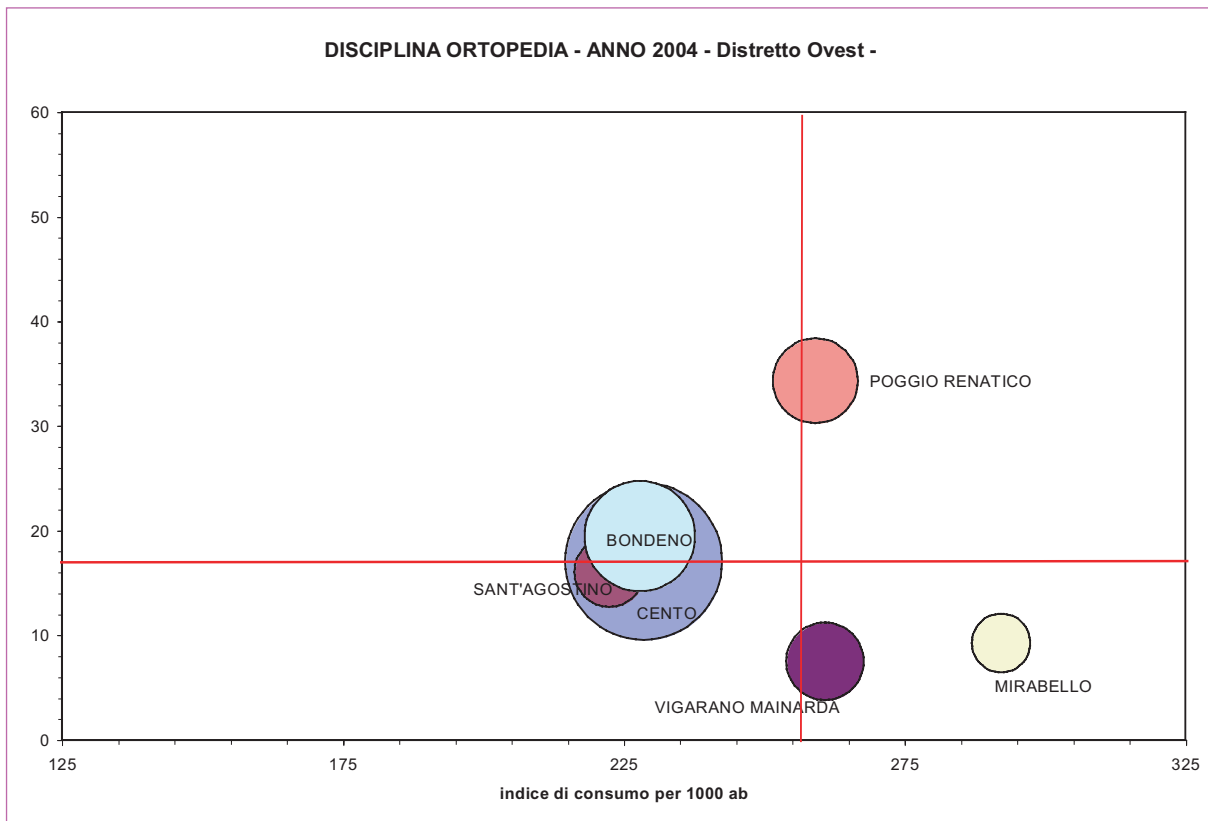
La matrice evidenzia il consumo di prestazioni specialistiche in mobilità passiva, suddiviso per Comune.

Complessivamente la mobilità passiva si attesta attorno alla media provinciale. Per

quanto riguarda i consumi di prestazioni specialistiche tutti i Comuni, a esclusione di Mirabello, si posizionano al di sotto della media provinciale e in parte al di sotto della media regionale.

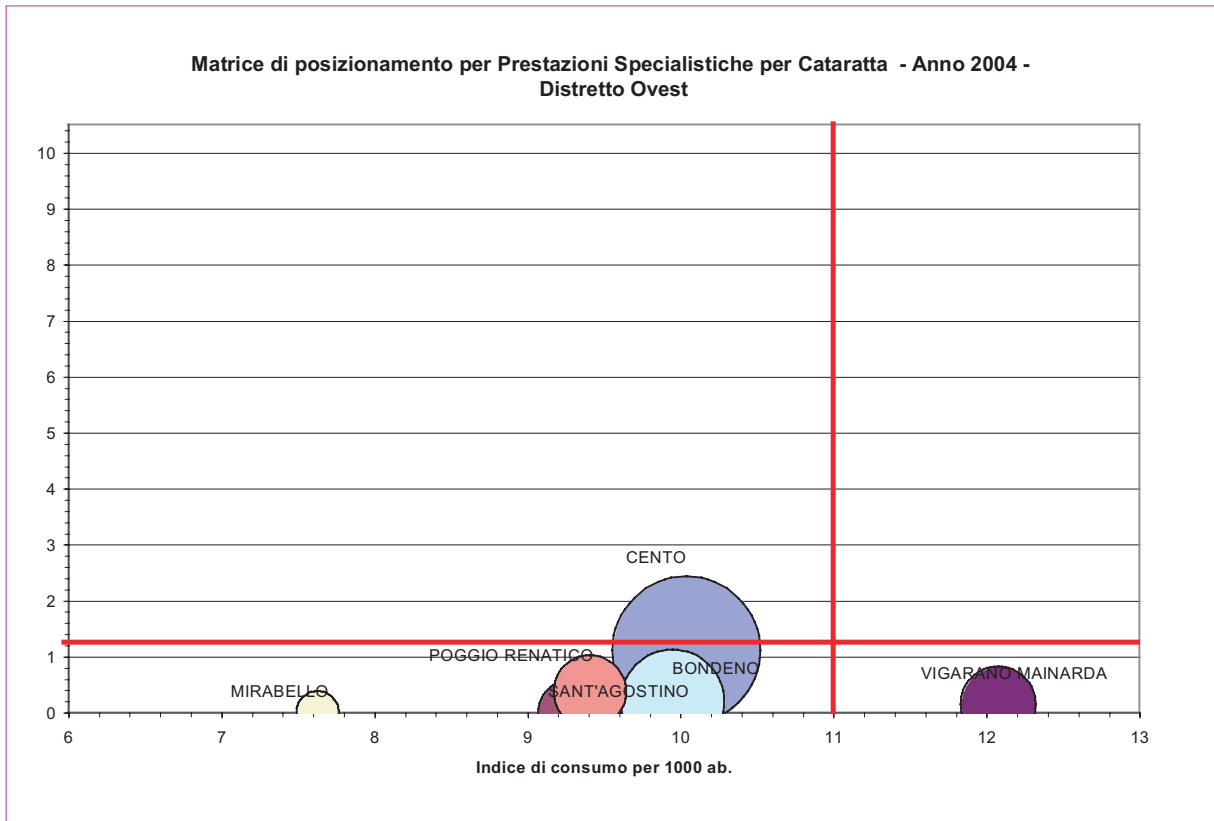


La matrice evidenzia l'indice di consumo per gli esami di Risonanza Magnetica Nucleare suddivisi per i Comuni del Distretto Ovest. In generale si rileva un basso consumo di tale tipo di esame a esclusione dei Comuni di Mirabello e Vigarano Mainarda leggermente al di sopra della media provinciale. La mobilità passiva risulta in generale superiore alla media provinciale e ciò è probabilmente dovuto al fatto che tale prestazione nell'anno 2004 non veniva fornita a livello distrettuale.



I consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali:
le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilità

La matrice evidenzia l'indice di consumo di visite ortopediche suddiviso per i Comuni del Distretto Ovest rispetto alla mobilità passiva. Dall'esame emerge un consumo, in generale e per la maggior parte della popolazione, se si esclude il Comune di Mirabello, vicino alla media provinciale, mentre relativamente elevata si dimostra la mobilità passiva per il Comune di Poggio Renatico.



La matrice rappresenta il consumo di prestazioni specialistiche per cataratta in rapporto alla mobilità passiva, suddiviso per i Comuni del Distretto Ovest. Dall'esame della rappresentazione si evince un consumo, per la quasi totalità dei Comuni, a esclusione del Comune di Vigarano Mainarda, al di sotto della media provinciale e una mobilità passiva quasi inesistente.

7. LE DINAMICHE DEI COSTI

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

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

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

COSTI PRO CAPITE DISTRETTI - Consuntivo 2004						
	Ovest	Centro Nord ex Ferrara	Centro Nord ex Copparo	Sud Est	Centrali	Provincia
Tipologie di Assistenza:						
Medicina di base	93,30	122,78	110,07	136,29	0,00	119,29
Assistenza domiciliare	6,61	15,71	8,68	10,54	0,00	11,58
Assistenza specialistica ambulatoriale	35,33	34,40	33,88	21,51	0,00	30,78
Assistenza anziani	50,84	72,20	77,73	73,77	0,00	68,89
Assistenza tossicodipendenti	5,39	13,30	11,25	12,33	0,00	11,17
Assistenza ai disabili	10,91	18,64	27,90	19,06	0,00	18,19
Servizi sociali	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Salute donna	2,10	8,95	7,58	4,35	0,00	6,06
Salute infanzia	6,43	8,99	4,71	8,53	0,00	7,87
Assistenza termale	0,00	0,00	0,00	0,00	3,45	3,45
Assistenza protesica	9,26	11,68	9,86	9,51	0,00	10,35
Costi generali distretto	34,39	22,25	67,28	51,74	0,00	38,23
Assistenza farmaceutica territoriale	168,21	210,91	226,77	217,68	0,00	205,87
Sanità pubblica	21,74	37,42	34,66	41,17	16,18	51,18
Assistenza psichiatrica	21,79	49,21	32,69	31,58	23,96	60,62
Assistenza ospedaliera (Degenze)	349,94	0,00	171,42	420,75	0,00	212,85
Specialistica ambulatoriale ospedaliera	143,75	0,00	130,95	263,11	0,00	120,33
Mobilità passiva:						
Ospedaliera	322,93	705,14	490,70	239,88	0,00	468,02
Medicina di base					0,77	0,77
Farmaceutica	0,00	0,00	0,00	0,00	37,04	37,04

segue tabella

COSTI PRO CAPITE DISTRETTI - Consuntivo 2004						
	Ovest	Centro Nord ex Ferrara	Centro Nord ex Copparo	Sud Est	Centrali	Provincia
Specialistica ambulatoriale	21,26	123,16	46,61	29,57	0,00	66,70
Emergenza territoriale	0,00	0,00	0,00	0,00	17,04	17,04
Altri rimborsi da pubblico					0,00	0,00
Libera professione	10,11	4,45	4,39	12,84	0,00	8,05
Costi generali di azienda					68,99	68,99
TOTALE	1.314,30	1.459,19	1.497,13	1.604,21	167,43	1.643,33

Questi dati possono essere sinteticamente riassunti nei seguenti livelli assistenziali:

	Area Ovest	Area Centro Nord ex Ferrara	Area Centro Nord ex Copparo	Area Sud Est	Totale
Popolazione	71.602	138.186	38.121	101.868	349.777
Distribuzione costi	Costi pro capite in euro				
Distretto	219	295	325	326	292
Farmaceutica	168	211	227	218	206
Sanità Pubblica	22	37	35	41	35
Salute mentale	22	49	33	32	37
Degenze ospedaliere	673	705	662	661	681
Specialistica	200	158	211	314	218
TOTALE	1.314	1.459	1.497	1.604	1.643

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.

COSTI CONSUNTIVO DISTRETTI (2004)						
	Ovest	Centro Nord ex Ferrara	Centro Nord ex Copparo	Sud Est	Centrali	Azienda USL
Tipologie di Assistenza:						
Medicina di base	7,10	8,41	7,35	8,50	0,00	7,26
Assistenza domiciliare	0,50	1,08	0,58	0,66	0,00	0,70
Assistenza specialistica						
ambulatoriale	2,69	2,36	2,26	1,34	0,00	1,87
Assistenza anziani	3,87	4,95	5,19	4,60	0,00	4,19
Assistenza tossicodipendenti	0,41	0,91	0,75	0,77	0,00	0,68
Assistenza ai disabili	0,83	1,28	1,86	1,19	0,00	1,11
Servizi sociali	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Salute donna	0,16	0,61	0,51	0,27	0,00	0,37
Salute infanzia	0,49	0,62	0,31	0,53	0,00	0,48
Assistenza termale	0,00	0,00	0,00	0,00	2,06	0,21
Assistenza protesica	0,70	0,80	0,66	0,59	0,00	0,63
Costi generali distretto	2,62	1,52	4,49	3,23	0,00	2,33
Totale Distretto	19,37	22,54	23,98	21,67	2,06	19,83
Assistenza farmaceutica						
territoriale	12,80	14,45	15,15	13,57	0,00	12,53
Sanità pubblica						
Dipartimento di prev. Centrale	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,98
Prevenzione sicurezza						
ambienti di lavoro	0,29	0,65	0,34	0,30	0,00	0,39
Igiene e sanità pubblica	0,76	1,33	1,24	1,13	0,00	1,03
Medicina veterinaria	0,61	0,59	0,73	1,14	0,00	0,70
Assistenza psichiatrica	1,66	3,37	2,18	1,97	14,31	3,69
Assistenza ospedaliera	26,63	0,00	11,45	26,23	0,00	12,95
Specialistica ambulatoriale						
ospedaliera	10,94	0,00	8,75	16,40	0,00	7,32
Mobilità passiva						
Medicina di base					0,46	0,05
Ospedaliera	24,57	48,32	32,78	14,95	0,00	28,48
Farmaceutica	0,00	0,00	0,00	0,00	13,19	1,34
Somministrazione farmaci	0,00	0,00	0,00	0,00	8,93	0,91
Specialistica	1,62	8,44	3,11	1,84	0,00	4,06
Altri rimborsi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Libera professione	0,77	0,31	0,29	0,80	0,00	0,49
Emergenza territoriale	0,00	0,00	0,00	0,00	10,18	1,04
Costi generali di azienda	0,00	0,00	0,00	0,00	41,21	4,20
TOTALE	100	100	100	100	76,76	100

Questi dati possono essere sinteticamente riassunti nei seguenti livelli assistenziali:

Ripartizione percentuale del consuntivo 2004	Area OVEST	Area CENTRO NORD ex Ferrara	Area CENTRO NORD ex Copparo	Area SUD EST	Totale
Popolazione	71.602	138.186	38.233	101.868	349.889
Indici di vecchiaia					
Percentuale di popolazione	20,46	39,49	10,93	29,11	100

Distribuzione costi	in percentuale				
Distretto	16,81	20,24	21,78	20,49	19,87
Farmaceutica	12,90	14,50	15,19	13,68	14,03
Sanità Pubblica	1,67	2,57	2,32	2,59	2,38
Salute mentale	1,67	3,38	2,19	1,98	2,50
Degenze ospedaliere	51,59	48,47	44,36	41,51	46,39
Specialistica	15,36	10,83	14,16	19,74	14,84
TOTALE	100	100	100	100	100

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 stati 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 specificamente rivolti alla riduzione degli squilibri che verranno esposti successivamente in questo capitolo.

MATRICE A SEGNI + E -								
	Ovest		Centro Nord ex Ferrara		Centro Nord ex Copparo		Sud Est	
	P.C.	Percentuale	P.C.	Percentuale	P.C.	Percentuale	P.C.	Percentuale
Medicina di base	-	-	-	-	-	-	+	+
Assistenza domiciliare	-	-	+	+	-	-	-	-
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 2004	Area OVEST	Area CENTRO NORD ex Ferrara	Area CENTRO NORD ex Copparo	Area SUD EST	Totale
Popolazione	71.602	138.186	38.233	101.868	349.889
Indici di vecchiaia Percentuale di popolazione	20,46	39,49	10,93	29,11	100

Distribuzione costi	in percentuale				
DISTRETTO	15,39	39,90	12,15	32,57	100
FARMACEUTICA	16,73	40,47	12,01	30,80	100
SANITÀ PUBBLICA	12,72	42,24	10,79	34,26	100
SALUTE MENTALE	12,17	53,03	9,72	25,08	100
DEGENZE OSPEDALIERE	20,23	40,91	10,60	28,26	100
SPECIALISTICA	18,83	28,58	10,58	42,01	100

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 di Centro

Nord. L'area della Specialistica, invece, 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.

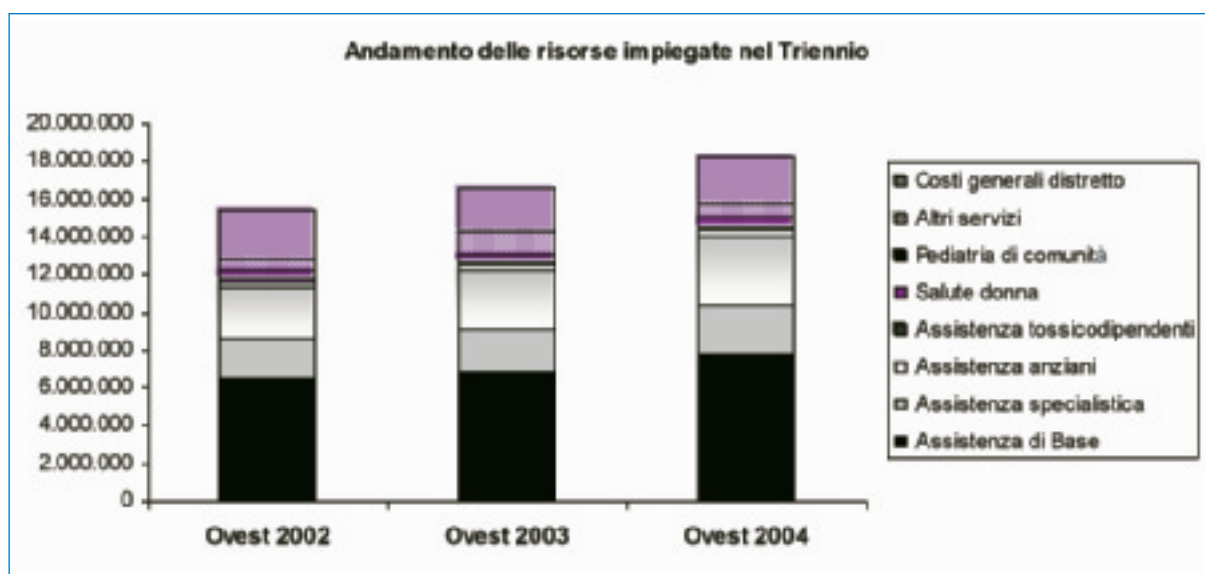
Di seguito vengono illustrati gli andamenti nel tempo delle risorse impiegate per l'erogazione dell'assistenza diretta nelle strutture dell'Azienda USL di Ferrara. Per assistenza diretta si intende che non vengono considerati i costi relativi alla mobilità passiva.

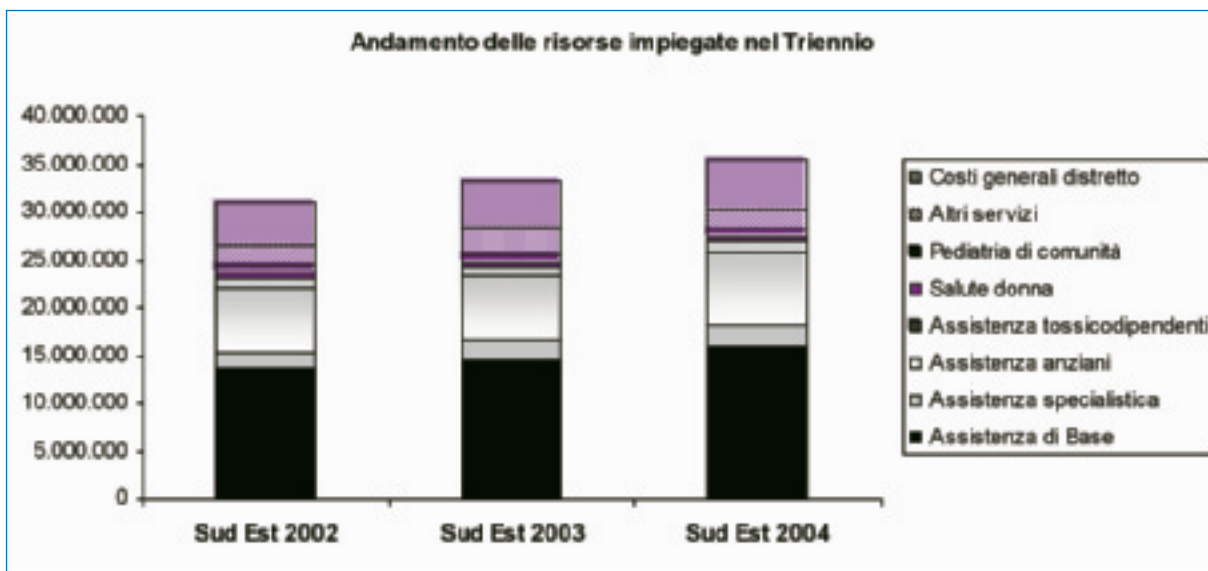
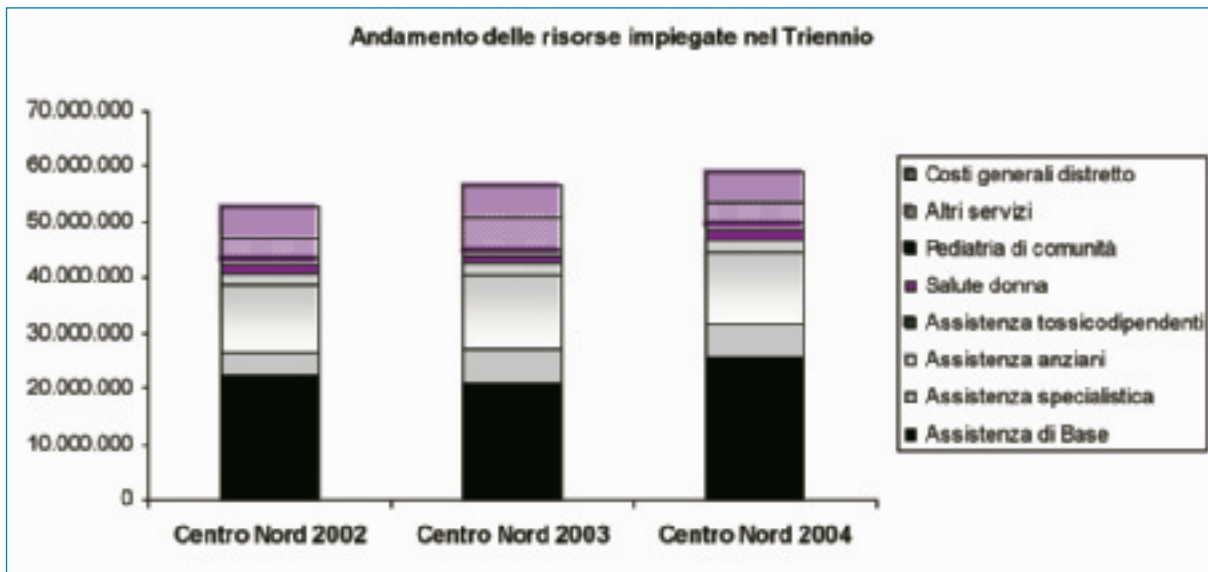
La tabella evidenzia la composizione percentuale delle principali articolazioni aziendali.

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 Consuntivi	2002	Percentuale	2003	Percentuale	2004	Percentuale
Ospedali	104.289.125	44	109.691.218	43	116.538.547	43
Distretto Ovest	15.409.509	6	16.622.351	7	18.227.822	7
Distretto						
Centro Nord	52.919.691	22	56.711.815	22	59.133.936	22
Distretto Sud Est	31.025.019	13	33.447.264	13	35.413.406	13
Prevenzione	14.408.434	6	15.356.216	6	17.901.064	7
Salute mentale	19.812.285	8	20.342.472	8	21.204.440	8
TOTALE	237.864.063	100	252.171.336	100	268.419.215	100

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)



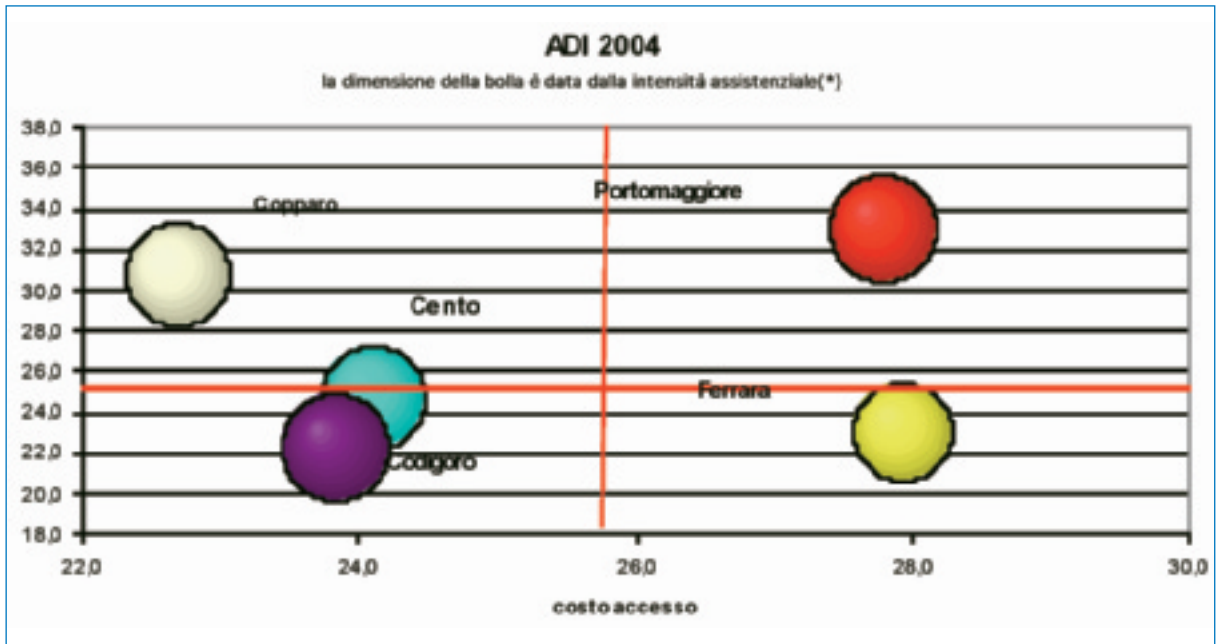


7.1. ANALISI DI EFFICIENZA DEI SERVIZI TERRITORIALI

La rappresentazione grafica in quadranti consente di correlare il costo pro capite che si sostiene in ogni Distretto per garantire il servizio (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 vi sia un costo pro capite più alto o più basso rispetto alla media aziendale, e mentre ogni prestazione erogata si posiziona al di sopra o al di sotto del costo medio aziendale, ne deriva una valutazione complessiva di efficienza gestionale rispetto alla propensione dell'Azienda ad investire risorse in misura difforme da Distretto a Distretto.

A seguito di ciascuna matrice, distintamente per area di attività, si trovano elencati alcuni obiettivi dell'anno 2005 pensati e costruiti 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".



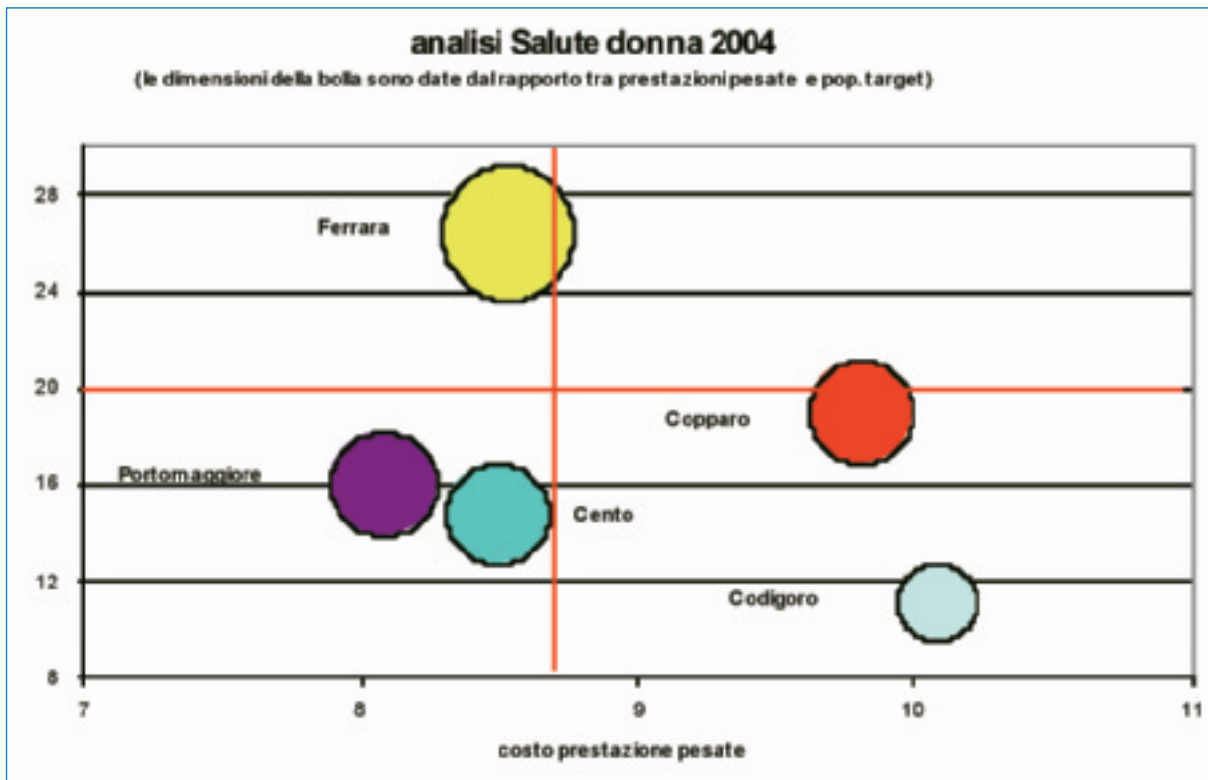
La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento ad una popolazione di età uguale e superiore ai 45 anni) di ogni Distretto, ed il costo di accesso (s'intende l'accesso dei diversi operatori al domicilio del paziente). Il sovradimensionamento delle risorse dedicate alle aree di Copparo e Portomaggiore in relazione alla popolazione target è sicuramente, in gran parte, determinato dalla minore numerosità della stessa, che quindi dà origine a diseconomie di scala. La posizione di Portomaggiore nel quadrante in alto a destra significa anche scarsi livelli di efficienza operativa, che nel caso specifico sono da attribuirsi alle maggiori risorse investite in tale area, che pur presenta buoni livelli di intensità assistenziale offerta: 14,8% (media provinciale 13,5%).

Anche Ferrara, pur essendo correttamente dimensionata rispetto alla popolazione target, risulta essere inefficiente nel rapporto tra accessi prodotti e risorse economiche consumate, il suo indice di intensità assistenziale, infatti, è il più basso della provincia (12,4%).

PROPOSTE 2005

Nel corso del 2005 verrà ampliata la realizzazione di sinergie nel campo dell'organizzazione del lavoro del Distretto Sud Est, comprendente le aree di Portomaggiore e Codigoro (rispettivamente agli opposti quadranti nella matrice di efficienza); applicando metodologie di confronto basate sui carichi di lavoro, si cercheranno di equilibrare le risorse all'interno del Distretto.

La bassa intensità assistenziale che si riscontra nell'area di Ferrara è dovuta alla presenza di numerosi "prelievi occasionali", pari al 30% del totale. Sarà valutata nel 2005 l'ipotesi di esternalizzazione di queste prestazioni.



La matrice sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento ad una popolazione femminile di età compresa tra i 15 e i 64 anni) di ogni Distretto, ed 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).

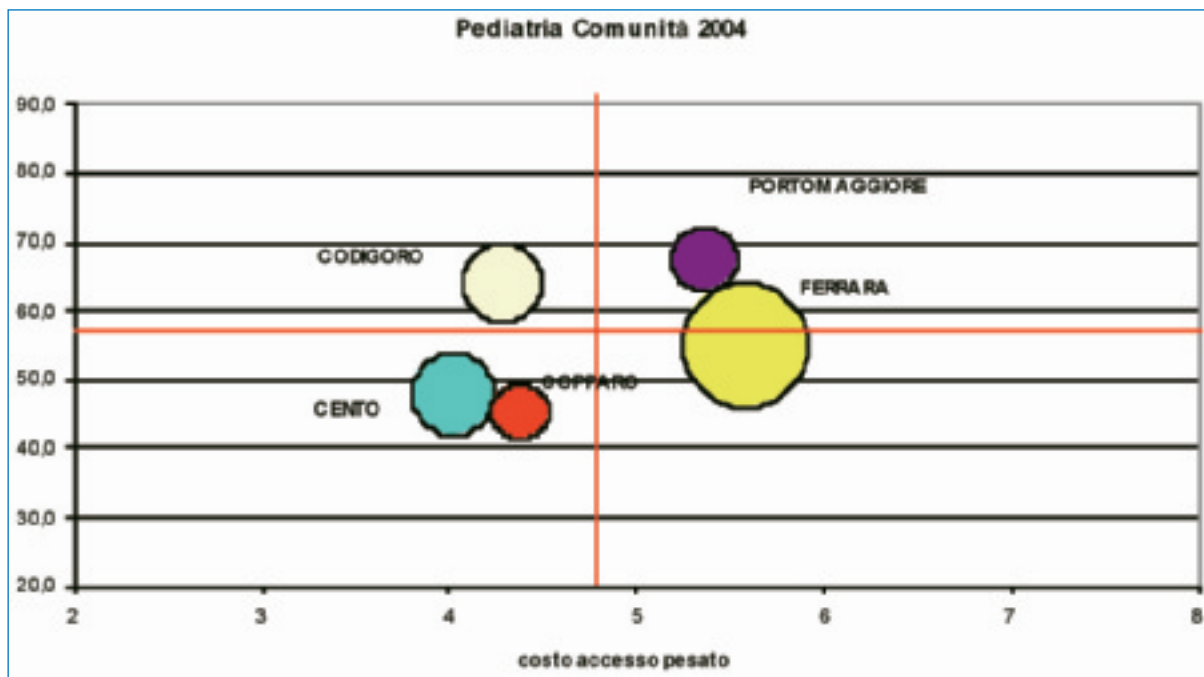
La posizione di Ferrara nell'area del sovradimensionamento delle risorse rispetto alla popolazione target è sicuramente originata dal carattere esclusivo che il servizio territoriale riveste con riferimento all'area di competenza (Ospedale solo per funzioni di secondo livello) oltre che da alcune funzioni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

L'area di Copparo e quella di Codigoro presentano inefficienze in termini di minor livello produttivo, infatti risulta essere basso sia il peso medio degli accessi (3,6 e 3,4 contro la media del 4,8) che il numero di prestazioni per popolazione target (1,9 e 1,1 contro la media del 2,3).

PROPOSTE 2005

Nel 2005 è prevista, per il Distretto Sud Est, la riorganizzazione complessiva dell'assistenza ginecologica consultoriale; lo stesso sarà per Copparo, dove non sono più disponibili le risorse precedentemente fornite dall'Ospedale del Delta.

Per contribuire a ridurre la forbice di impiego delle risorse evidenziata nella matrice a segno "+ e -" si attiveranno gli ambulatori per lo screening nel Distretto Ovest nei comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda; inoltre è prevista l'attivazione del "consultorio giovani" a Cento.

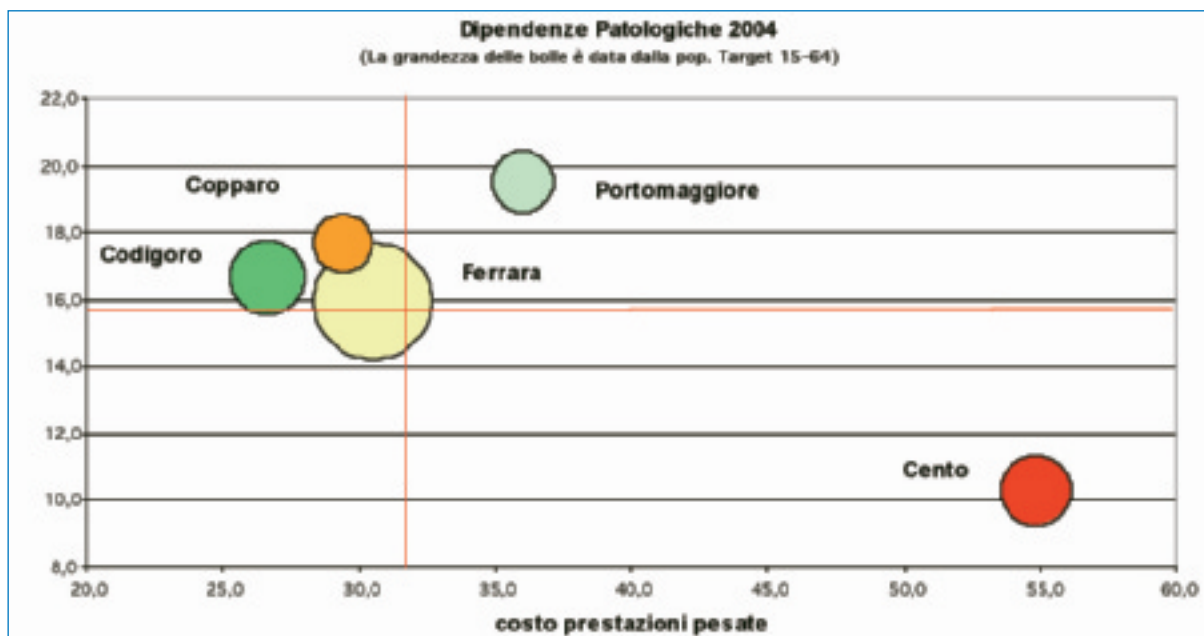


La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento ad una popolazione di età compresa tra zero e diciotto anni) di ogni Distretto, ed il costo di accesso pesato di ciascun servizio, sostenuto per la medesima popolazione di riferimento. La dimensione strutturale dei servizi in rapporto alla popolazione target è sostanzialmente simile. Per quanto riguarda l'inefficienza operativa, Ferrara e Portomaggiore sono al di sopra della media, nel primo a causa degli elevati costi, nel secondo caso a causa del basso numero di accessi pesati.

PROPOSTE 2005

I costi dell'area di Portomaggiore saranno ridotti attraverso la riduzione del personale medico assegnato.

L'attivazione dell'ambulatorio vaccinale nel Comune di Poggio Renatico del territorio del Distretto Ovest contribuirà a ridurre la forbice nell'impiego di risorse evidenziata nella matrice a segni "+ e -".

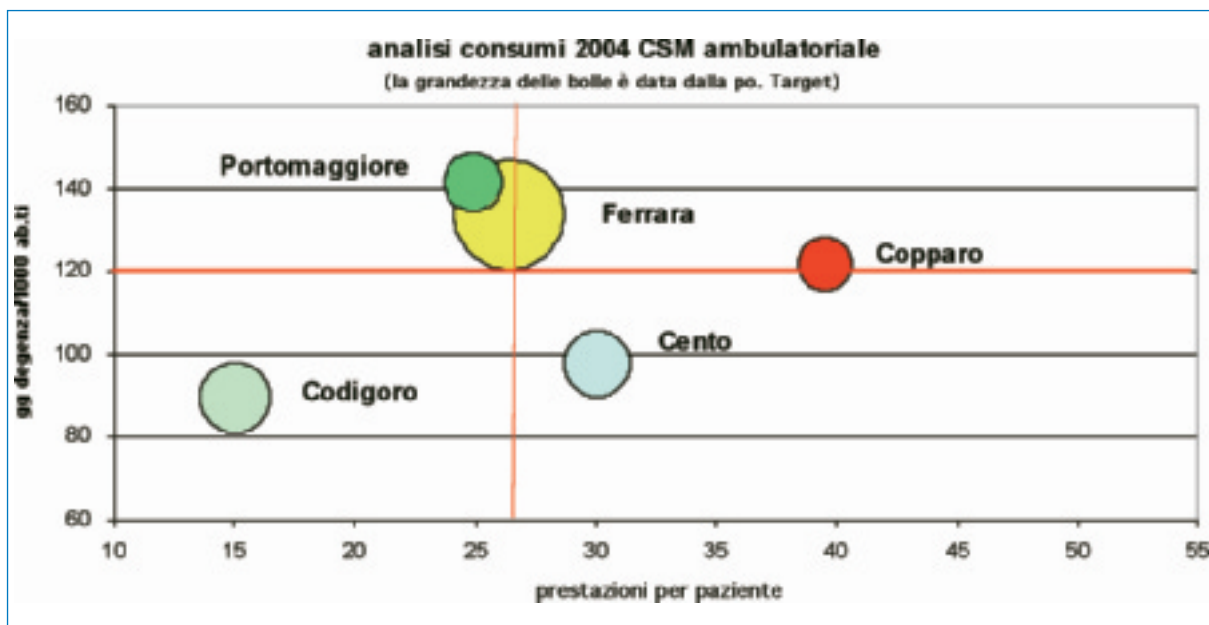


La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento ad una popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni) di ogni Distretto, e il costo per prestazioni pesate effettuate dal servizio (la pesatura della prestazione è determinata dal consumo della risorsa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

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

PROPOSTE 2005

Nel corso del 2005, nell'area centese, saranno aumentate le ore di attività dello psicologo e dell'educatore professionale; tale incremento di risorse contribuirà a ridurre la forbice nell'impiego di risorse evidenziato alla matrice a segni "+ e -".

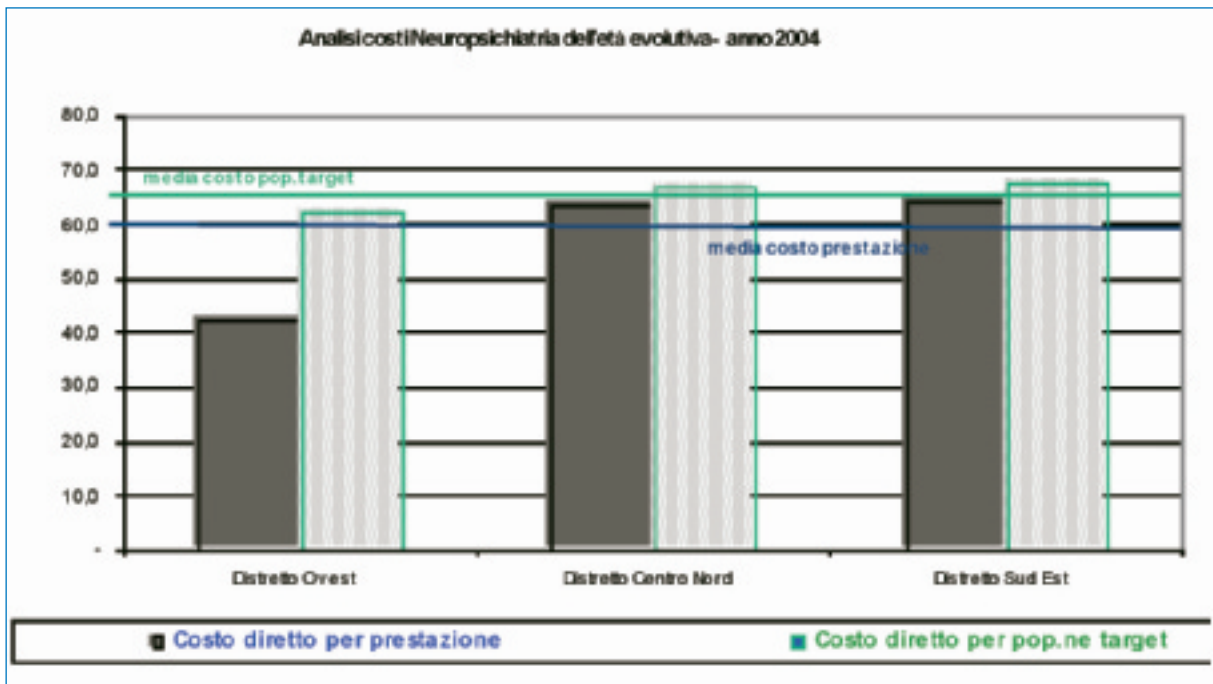


La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il numero di giornate di degenza in regime di ricovero per 100.000 abitanti di ogni Distretto (con riferimento ad una popolazione di età uguale e superiore ai 18 anni), e il numero di prestazioni eseguite su ciascun paziente in carico ai Centri di Salute Mentale.

Di fronte a un numero di prestazioni per paziente più alto della media provinciale, l'area di Copparo presenta un tasso di giornate di degenza in media con il resto della provincia e non al di sotto, come ci si aspetterebbe; il che significa che non si realizza completamente il meccanismo sinergico di limitare il ricorso all'ospedalizzazione con l'attività territoriale.

PROPOSTE 2005

Il Dipartimento di Salute Mentale ha intrapreso alcune azioni di integrazione per l'area di Copparo che proseguiranno nel 2006, e che hanno permesso di ridurre il differenziale sul tasso di degenza rispetto al valore atteso.



Il grafico evidenzia lo scostamento del costo prestazione e del costo popolazione target (quest'ultimo riferito a una popolazione target compresa tra 0 e 18 anni) di ciascun servizio di Neuropsichiatria Infantile distrettuale rispetto alla media provinciale del rispettivo costo. 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.

Stampa:
Stabilimento Tipografico dei Comuni di Santa Sofia

Finito di stampare
nel mese di ottobre 2005

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