

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

Il Programma delle Attività Territoriali

2006-07

Distretto Sud Est

Il Programma
delle Attività
Territoriali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Andrea Persanti
Direttore del Distretto
Sud Est

Fosco Foglietta
Direttore Generale
Azienda USL di Ferrara

| | |
|---|----------|
| INTRODUZIONE | Pag. V |
| INDICE | Pag. VII |
| 1. LO SVILUPPO DELLE POLITICHE SANITARIE E SOCIALI DEL DISTRETTO | |
| 1.1 Il Fondo per la non autosufficienza e la sperimentazione | Pag. 1 |
| 1.2 Lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie | Pag. 2 |
| 1.3 Lo sviluppo delle politiche e dei servizi per i giovani | Pag. 3 |
| 1.4 Lo sviluppo delle politiche e dei servizi per gli immigrati | Pag. 4 |
| 1.5 Lo sviluppo delle politiche per la qualità nei servizi territoriali | Pag. 5 |
| 2. PIANO PER LA SALUTE AZIONI 2006 | |
| 2.1 Diritto alla domiciliarietà delle cure, prendersi cura di chi si prende cura | Pag. 7 |
| 2.1.1 <i>Caregiver</i> Anziani | Pag. 7 |
| 2.1.2 <i>Caregiver</i> di soggetti con disturbi psichici | Pag. 8 |
| 2.1.3 Sostegno ai genitori nella cura dei figli | Pag. 8 |
| 2.1.4 Prevenzione degli incidenti stradali e loro esiti | Pag. 8 |
| 2.1.5 Prevenzione e assistenza del tumore al polmone | Pag. 9 |
| 3. I SERVIZI PRESENTI NEL DISTRETTO | |
| 3.1. Le Cure Primarie | Pag. 11 |
| 3.1.1 I Nuclei di Cure Primarie | Pag. 12 |
| 3.1.2 Le Cure Domiciliari | Pag. 28 |
| 3.1.3 Le Cure Palliative | Pag. 34 |
| 3.1.4 L'assistenza Specialistica Ambulatoriale | Pag. 34 |
| 3.1.5 L'Assistenza Farmaceutica | Pag. 42 |
| 3.1.6 Il Consultorio Familiare | Pag. 52 |
| 3.1.7 La Pediatria di Comunità | Pag. 58 |
| 3.1.8 Le Dipendenza Patologiche | Pag. 64 |
| 3.1.9 Gli Anziani | Pag. 74 |
| 3.1.10 I Disabili Adulti | Pag. 83 |
| 3.2 L'Integrazione socio-sanitaria nei Piani di Zona e Programma delle Attività Territoriali per gli anni 2006/2007 | Pag. 85 |
| 3.3 La Sanità pubblica | Pag. 92 |
| 3.4.1 Igiene Pubblica | Pag. 92 |
| 3.4.2 Igiene Ambientale | Pag. 93 |
| 3.4.3 Epidemiologia ed Educazione Sanitaria | Pag. 94 |
| 3.4.4 Alimenti e Nutrizione | Pag. 94 |
| 3.4.5 Unità Operativa di Organizzazione Oncologica | Pag. 96 |
| 3.4.6 Tutela della Salute e della Sicurezza negli Ambienti di vita e di lavoro | Pag. 97 |
| 3.4.7 Area Sanità Pubblica Veterinaria | Pag. 100 |
| 3.4 La Salute Mentale | Pag. 103 |
| 3.5 L'assistenza Ospedaliera | Pag. 112 |
| 3.5.1 Il Presidio Unico Ospedaliero | Pag. 112 |
| 3.5.2 Il Distretto Sud Est | Pag. 120 |
| 4. I CONSUMI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE E AMBULATORIALI | |
| 4.1 Le domande di utilizzo e i flussi di mobilità | Pag. 130 |
| 5. LE RISORSE | |
| 5.1 Le Dinamiche dei Costi | Pag. 147 |

Capitolo 1

LO SVILUPPO DELLE POLITICHE SANITARIE E SOCIALI DEL DISTRETTO

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

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

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

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

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

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

1.1 Il Fondo per la non autosufficienza e la sperimentazione

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

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

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

La ripartizione ha riguardato:

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Lo sviluppo delle politiche e dei servizi per i giovani

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4 Lo sviluppo delle politiche e dei servizi per gli immigrati

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5 Lo sviluppo delle politiche per la qualità nei servizi territoriali

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

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

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

Capitolo 2

PIANO PER LA SALUTE AZIONI 2006-2007

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

2.1.1 Caregiver Anziani

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

Nell'area di Portomaggiore, Argenta e Ostellato:

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

2.1.2 Caregiver di soggetti con disturbi psichici

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

- Valutazione di fattibilità e promozione dei Punti Ascolto Famiglia in spazi esterni al Centro Salute Mentale.
- Perfezionamento dei gruppi di sostegno al *caregiver* di malati di psicosi cronica a Portomaggiore e Codigoro.
- Su ambito provinciale:
 - Progetto di *outcome*. Ricerca sulla qualità della vita del *caregiver*;
 - seminario per discussione dati con operatori e familiari;
 - elaborazione dei nuovi progetti operativi per migliorare la qualità della vita del *caregiver*.

2.1.3 Sostegno ai genitori nella cura dei figli

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

In particolare, gli interventi da realizzare sono:

- Sviluppo delle attività dello Spazio Donne Immigrate e loro Bambini (Portomaggiore).
- Elaborazione e diffusione di un dépliant informativo multilingue che promuova l'accesso ai Consulenti Familiari della provincia.
- Sviluppo del progetto *Nati per Leggere* nel territorio del Distretto Sud Est nelle sedi di Portomaggiore e Argenta, con momenti di pubblicizzazione e incontri con la popolazione. Estensione del progetto alla sede della Pediatria di Comunità di Comacchio.
- *Chi ben comincia*. Promozione di consulenza telefonica e ambulatoriale a supporto dell'allattamento al seno:
 - Continua il servizio di informazione mediante telefonata precoce a domicilio, a cura dei servizi Salute Donna e Pediatria di Comunità del Distretto Sud Est, alle mamme dei bimbi nati presso gli ospedali della provincia e disponibilità del servizio per consulenza ambulatoriale o domiciliare;
 - inserimento nella équipe operativa di altro personale addestrato ed aumento delle sedi di consulenza sul territorio distrettuale;
 - incontri monotematici nei centri di aggregazione (asili nido, etc.).
- Su ambito provinciale:
 - incontri del "Gruppo Provinciale per la Promozione e il Sostegno dell'Allattamento Materno", interistituzionale e di formazione sul campo;
 - corso pratico di *counseling* OMS/Unicef. Formazione di base teorico-pratica interaziendale, riservata in particolare agli operatori che svolgono attività di consulenza e informazione;
 - seminario "Indagine sull'allattamento al seno" con pubblicazione del report dell'indagine CeVeas.

2.1.4 Prevenzione degli incidenti stradali e loro esiti

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

- Corso di formazione per operatori tecnici, autisti di ambulanza nel Servizio Emergenza Urgenza (progetto provinciale).
- *Ai lidi con il camper*. Presenza dell'unità mobile in prossimità di discoteche, pub e durante l'*happy hour*: azioni educativo-preventive finalizzate alla riduzione dei rischi derivanti dall'uso e abuso di alcol.
- Promozione del progetto "Prevenzione dell'uso e abuso di alcool nella popolazione giovanile" in tutte le autoscuole del distretto.
- Interventi mirati in integrazione con la scuola.

2.1.5 Prevenzione e assistenza del tumore al polmone

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

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

Capitolo 3

I SERVIZI PRESENTI NEL DISTRETTO

3.1. Le Cure Primarie

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

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

Ambiti di intervento

Le cure primarie offrono le seguenti tipologie di servizio:

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

| | Fascia d'età | Anno 2005 | % | Anno 2004 | % |
|-------------|--------------|-----------|-------|-----------|-------|
| Popolazione | totale | 102.129 | 100% | 101.868 | 100% |
| | ≥ 75 anni | 12.247 | 12.0% | 11.779 | 11.6% |
| | ≥ 65 anni | 25.923 | 25.4% | 25.362 | 24.9% |
| | 0-17 | 12.185 | 11.9% | 11.966 | 11.8% |

Nell'anno 2004, rispetto al precedente, la popolazione totale ha subito un incremento, in particolare relativamente alla fascia degli ultrasessantacinquenni.

| PRINCIPALI FORME DI ESENZIONE | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|------|-----------|------|-------------|------|-----------|------|
| | Distretto Sud Est | | | | Azienda USL | | | |
| | Anno 2005 | % | anno 2004 | % | anno 2005 | % | Anno 2004 | % |
| Esenzioni patologia Totali | 32.188 | 31,5 | 30.384 | 29,8 | 103.257 | 29,3 | 97.782 | 28 |
| Esenzioni diabete | 5.2735.656 | 5,5 | 5.310 | 5,2 | 17.704 | 5,0 | 17.126 | 4,9 |
| Esenzioni ipertensione | 12.924 | 12,6 | 12.356 | 12,1 | 42.425 | 12,0 | 39.419 | 11,3 |
| Esenzioni neoplasie | 2.493 | 2,4 | 2.235 | 2,2 | 9.061 | 2,5 | 8.146 | 2,3 |
| Esenzioni invalidità civile | 5.325 | 5,2 | 4.437 | 4,4 | 19.322 | 5,5 | 19.693 | 5,6 |
| Malattie rare | 430 | 0,42 | 346 | 0,34 | 1.492 | 0,4 | 959 | 0,3 |
| Autorizz. protesi ausili | 2.732 | 2,67 | 2.150 | 2,1 | 11.059 | 3,1 | 6.661 | 1,91 |

Le percentuali sono riferite alla popolazione complessiva e possono subire lievi variazioni in base al mancato rinnovo delle esenzioni alla scadenza corretta.

I dati sull'esenzione per invalidità civile e per le principali patologie riportate in tabella registrano un costante e significativo aumento (equivalente sia nel Distretto che in Azienda) nel corso degli anni (dal 2003). Ciò potrebbe essere giustificato, da un lato, dalla maggiore sensibilizzazione degli utenti verso l'esigibilità del diritto di esenzione e, dall'altro lato, da una migliorata attenzione da parte della classe medica, ma è pur vera anche l'ipotesi che, oltre al documentato invecchiamento della popolazione, vi sia anche l'emergere di varie situazioni patologiche. Per quanto concerne i dati riferiti alle autorizzazioni per protesi e ausili, si precisa che dal 2005 la banca dati di riferimento è stata incrementata dall'inserimento dei presidi e ausili per l'ossigenoterapia (macchine per la funzionalità respiratoria), dai presidi di microinfusione e per l'incontinenza.

3.1.1. I Nuclei di Cure Primarie

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

- promuovendo lo sviluppo organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie, quale strumento di valorizzazione dell'assistenza primaria e delle funzioni del medico di medicina generale, per le esigenze assistenziali anche urgenti nell'arco delle ventiquattr'ore in tutte quelle situazioni in cui non si rende necessario un ricovero ospedaliero;
- attivando lo sviluppo degli investimenti tecnologici per l'implementazione e il completamento di una rete informatica che collegherà progressivamente tra loro tutti gli studi medici appartenenti a un Nucleo di Cure Primarie e tra questi e l'Azienda Sanitaria e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;

- consolidando, all'interno del Dipartimento di Cure Primarie, l'Unità Operativa dei Nuclei di Cure Primarie dove sono stati attribuiti incarichi di responsabilità di modulo organizzativo ai medici di medicina generale, e dove i Coordinatori dei Nuclei assumono maggiori responsabilità rispetto alla programmazione e monitoraggio dei progetti assistenziali, all'integrazione multiprofessionale, alla condivisione degli obiettivi strategici aziendali e al ruolo di interfaccia fra il Nucleo e il Dipartimento di Cure Primarie.

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

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

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

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

I Nuclei delle Cure Primarie sono i seguenti:

| Nuclei Cure Primarie | Sedi | Medici | Popolazione assistita |
|---|---|------------------------|-----------------------|
| Portomaggiore Ostellato | Sala riunioni RSA - Portomaggiore | 10 6 | 18.289 |
| Argenta | Sala Direzione Sani- taria Ospedela "Mazzolani Vandini" - Argenta | 18 | 19.945 |
| Codigoro Lagosanto Migliarino Migliaro Massafiscaglia | Sala Biblioteca ex- Ospedale Civile - Codigoro | 11 4 3 2 4 | 24.941 |
| Comacchio | Sala Direzione O- spedale "S. Camillo" - Comacchio | 18 | 19.256 |
| Mesola Goro | Sala Poliambulatorio - Mesola | 7 4 | 10.868 |
| TOTALI | | 87 | 93.259 |

Rispetto al 2004, si nota un aumento della popolazione assistita, che passa da 92.557 a 93.259, mentre si ha una diminuzione del numero totale di medici di medicina generale, che passano dai 90 del 2004 a 87. Poiché tale diminuzione è avvenuta rispettando il massimale di acquisizione di scelte dei singoli medici di medicina generale, il fenomeno si spiega con una maggiore distribuzione degli assistiti.

All'interno dei Nuclei si è avuto un modesto sviluppo dell'associazionismo, che ha segnato la comparsa di una nuova "Associazione in Rete" ad Argenta.

| FORME DI ASSOCIAZIONISMO MEDICO PRESENTI ALL'INTERNO DEI VARI NUCLEI CURE PRIMARIE DEL DISTRETTO SUD EST | |
|--|---|
| Nucleo Cure Primarie | Tipo di associazione |
| Portomaggiore Ostellato | Medicina di Gruppo - 7 medici Medicina di Gruppo - 6 medici |
| Codigoro Lagosanto Massafiscaglia Migliaro Migliarino | Medicina di Gruppo - 5 medici, 1 pediatra Medicina di rete - 3 medici Medicina di associazione - 4 medici |
| Argenta | Medicina di rete 1 - 5 medici Medicina in rete 2 - 10 medici |
| Comacchio | |
| Goro Mesola | Medicina di Gruppo - 3 medici Medicina in rete - 3 medici |

Presso la Medicina di Gruppo di Goro è attivo un punto prelievi decentrato e un altro è attivo presso l'ambulatorio di un medico di medicina generale di Ariano (Mesola). Il servizio offerto dai **medici di Guardia Medica** mantiene le otto solite sedi di erogazione (confermate quelle presentate nelle precedenti edizioni dei PAT: Goro, Mesola, Codigoro, Comacchio, Migliarino, Ostellato, Portomaggiore, Argenta), dove attualmente si turna complessivamente un numero di medici inferiore agli anni precedenti (si è scesi dai 43 medici del 2004 agli attuali 38). È, però, da rilevare che persiste la netta minoranza dei medici titolari rispetto ai sostituti: infatti, nell'area di Codigoro, i titolari sono 6, mentre i sostituti sono ben 16, e in quella di Portomaggiore sono 4 contro 12 (delle 5 figure professionali in diminuzione rispetto al passato, 4 sono rappresentate dai posti di titolare e una solo da un sostituto: purtroppo questo fenomeno non fa altro che confermare la difficoltà di costituire equipe stabili per il territorio di riferimento).

Presso lo stabilimento ospedaliero del S. Camillo di Comacchio, durante i mesi di luglio e agosto è stato confermato il servizio ambulatoriale per i "codici bianchi", che nel 2005 ha realizzato 349 prestazioni contro le 290 del 2004 (visite e medicazioni), per un significativo aumento percentuale dell'attività (16%).

Nello stesso periodo è stato attivo il servizio di Guardia Turistica estiva nelle 5 sedi litoranee abituali (Spina, Estensi, Pomposa, Nazioni e Volano) e nella nuova sede di Lido degli Scacchi, realizzando 2.757 visite ambulatoriali e 409 visite domiciliari, con il coinvolgimento, per la prima volta, di un consistente numero di medici di medicina generale già convenzionati con l'Azienda USL di Ferrara (garantendo esperienza professionale e continuità nel servizio).

Nell'ambito territoriale del Distretto operano i **pediatri di libera scelta**: non sono ancora aggregati nei Nuclei delle Cure Primarie, ma sta proseguendo la loro organizzazione nella cosiddetta Unità Pediatrica Distrettuale, che dovrà tutelare la salute della fascia di popolazione 0-14 anni, in un sistema di rete con la Neuropsichiatria Infantile e con la Pediatria di Comunità (Salute Infan-

zia), affiancandosi, quindi, alla Medicina Generale, per quanto concerne la copertura assistenziale della popolazione residente, e alla Guardia Medica, per quanto concerne la Continuità Assistenziale.

Nel corso del 2005 sono sorte alcune criticità nell'ambito territoriale del Distretto, determinate dal trasferimento di alcuni pediatri presso altre sedi (si è passati da 11 pediatri a 9) e dalla contemporanea impossibilità di ricoprire le zone carenti con nuove figure professionali (ricorrendo sia alle graduatorie ufficiali che alle ricerche informali). A questo grave problema, che rischiava di lasciare scoperte dal punto di vista specialistico-pediatrico importanti fasce di popolazione infantile, si è risposto attivando quel sistema di sinergie e di rete sviluppato anche grazie al senso di responsabilità dei professionisti pubblici e convenzionati. Questa sinergia ha consentito di realizzare forme organizzative dell'assistenza che hanno permesso il mantenimento della copertura specialistica di tutta la popolazione interessata, per il tempo necessario al rinvenimento delle adeguate risorse professionali. Si segnala, comunque, che la popolazione infantile assistita è passata da 7.947 unità nel 2004 a 7.598 nel 2005.

| Distretto Sud Est | Pediatri di libera scelta | Popolazione assistita 0-14 anni |
|---|---------------------------|---------------------------------|
| Portomaggiore Ostellato | 1 | 948 |
| Argenta | 2 | 1.206 |
| Codigoro Lagosanto Migliarino Migliaro Massafiscaglia | 1 1 | 632 1.086 |
| Comacchio | 3 | 2.682 |
| Mesola Goro | 1 | 1.044 |
| TOTALI | 9 | 7.598 |

I pediatri di libera scelta sono responsabili della salute dei bambini di età 0-14 anni e, per quanto riguarda i loro compiti, si rimanda all'enunciato presente nel PAT 2004. Si sottolinea altresì l'avvenuta implementazione delle cosiddette schede di rilevazione per i bimbi con patologia cronica, che consentirà un più puntuale monitoraggio del fenomeno, oltreché il mantenimento di adeguati standard di assistenza. È stato consolidato il sistema di tutela della salute dei più piccoli attraverso il sistema dei bilanci di salute; è stata avviata la nuova modalità di riconoscimento di idoneità alla pratica sportiva non agonistica (libretti di idoneità); sono state sviluppate le opportune strategie per affrontare il fenomeno dell'eventuale fragilità sociosanitaria dei figli minori di alcune classi a rischio di emarginazione, attraverso un sistema di rete integrata tra i vari operatori sanitari e sociali; infine, sono state positivamente sperimentate importanti sinergie per casi di assistenza domiciliare in situazioni di particolare complessità sanitaria

Risultati 2005

Innanzitutto si ritiene opportuno rappresentare quale sia stata la percezione dei servizi erogati nell'ambito delle cure primarie, così come sono attualmente organizzate nei 5 NCP del Distretto, e per farlo si riportano in maniera schematica le note pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico durante il 2004, per le singole categorie di professionisti:

| Professionisti | RECLAMI | ELOGI |
|------------------------------------|---------|-------|
| Medici di medicina generale | 3 | 0 |
| Pediatri di libera scelta | 7* | 0 |
| Medici di Continuità Assistenziale | 4 | 1 |
| Medici di Guardia Turistica | 0 | 0 |
| Infermieri assistenza domiciliare | 0 | 4 |

Se si esclude il paragrafo dei pediatri*, dove i reclami sono giustificati e limitati alla criticità (sopra espressa) occorsa nel comune di Argenta, risulta evidente che il livello numerico dei reclami è modesto, soprattutto se si considera la mole elevata di prestazioni offerte e di contatti con il pubblico utente. Risulta confermato che il fronte più esposto alla critica è quello delle prestazioni con carattere di urgenza, erogabili dai medici di guardia. Si connota positivamente la percezione dei servizi offerti dall'Assistenza infermieristica domiciliare, con la presenza di 4 elogi.

Il processo di costruzione dei Nuclei delle Cure Primarie da una fase iniziale si avvia sempre più verso il consolidamento organizzativo, come citato anche in premessa, offrendo una visibilità prospettiva per il 2006 non solo per gli aggregati professionali coinvolti, ma anche per le attività e l'offerta di servizi. Se, in futuro, i team multiprofessionali che caratterizzano i Nuclei delle Cure Primarie saranno costituiti da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri, ostetriche e assistenti sociali, oggi siamo nella fase in cui sono stati identificati i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta (PLS), i medici di Continuità Assistenziale (MCA o Guardia Medica), i medici della Guardia Turistica estiva e gli infermieri per l'assistenza domiciliare di riferimento, che hanno già maturato una discreta esperienza di sinergie assistenziali in alcuni campi (soprattutto la domiciliarità) e in altri si avviano alla sperimentazione (Continuità Assistenziale).

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

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

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

| NCP | DIABETICI DOMICILIARI 2004 | DIABETICI AMBULATORIALI 2004 | TOT. 2004 | DIABETICI DOMICILIARI 2005 | DIABETICI AMBULATORIALI 2005 | TOT. 2005 |
|----------------|----------------------------|------------------------------|--------------|----------------------------|------------------------------|--------------|
| ARGENTA | 30 | 575 | 605 | 28 | 671 | 699 |
| PORTO MAGGIORE | 19 | 494 | 513 | 21 | 596 | 617 |
| CODIGORO | 19 | 509 | 528 | 20 | 653 | 673 |
| MESOLA | 13 | 346 | 359 | 13 | 359 | 372 |
| COMACCHIO | 13 | 193 | 206 | 17 | 225 | 242 |
| TOTALE | 94 | 2.117 | 2.211 | 99 | 2.504 | 2.603 |

Nel corso di un anno, i pazienti diabetici assistiti dai medici di medicina generale sono aumentati complessivamente di quasi 400 unità, caratterizzandosi soprattutto in assistenza ambulatoriale (cioè pazienti ambulabili). L'aumento più consistente si è registrato nel NCP di Codigoro, mentre in quello di Mesola si constata una quasi stabilizzazione.

La popolazione residente nel territorio e riconosciuta ipertesa nell'anno 2005, ai sensi del diritto all'esenzione ticket, e quindi a diverso grado di assistenza sanitaria presso i medici di medicina generale, è quella riportata nella seguente tabella, dove spicca l'alta percentuale di ipertesi nel NCP di Codigoro:

| NCP | Esenti ipertensione | Assistiti 2005 | % |
|---|---------------------|----------------|-----------|
| CODIGORO LAGOSANTO MASSAFISCAGLIA MIGLIARO MIGLIARINO | 3.951 | 24.769 | 16 |
| MESOLA GORO | 1.378 | 10.943 | 13 |
| COMACCHIO | 2.798 | 19.169 | 15 |
| TOTALE | 8.127 | 54.881 | 15 |

| NCP | Esenti ipertensione | Assistiti 2005 | % |
|----------------------------|---------------------|----------------|-----------|
| ARGENTA | 2.760 | 19.789 | 14 |
| PORTOMAGGIORE OSTELLATO | 2.191 | 18.360 | 12 |
| TOTALE | 4.951 | 38.149 | 13 |

Se confrontiamo i diversi Distretti, la percentuale di prevalenza, rispetto alla popolazione assistita, è riportata nella seguente tabella, dove si nota un aumento rispetto al totale 2004, passando da 39.419 certificati ipertesi a 43.604 nel 2005, con l'aumento percentuale più rilevante nel Distretto Sud Est (+2%):

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

Va, però, ricordato che il riconoscimento legale degli ipertesi è un dato che continua a essere sottostimato e influenzato, in modo determinante, dalla fruibilità di accesso alla procedura autorizzativa.

Sempre con riferimento al progetto assistenziale ipertensione, per quanto riguarda la terapia farmacologica, è possibile valutare tra i diversi NCP il consumo di risorse farmaceutiche destinate alle rispettive popolazioni di utenti mediante un parametro numerico chiamato "spesa media per Dose Definita Die" (al giorno):

| Nuclei di Cure Primarie | 4° trimestre 2004 | 4° trimestre 2005 |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| ARGENTA | 0,46 | 0,43 |
| PORTOMAGGIORE | 0,47 | 0,46 |
| CODIGORO | 0,47 | 0,46 |
| MESOLA | 0,50 | 0,47 |
| COMACCHIO | 0,50 | 0,50 |
| MEDIA AZIENDALE TOTALE | 0,48 | 0,45 |

Si può notare come, nonostante la diffusione e la condivisione di linee guida terapeutiche omogenee per il trattamento farmacologico dell'ipertensione, permangano ancora differenze evidenti, indicate dalla variabilità del parametro adottato, significative di costi medi e di consumi diversi anche in territori limitrofi (da valutare, però, soprattutto sotto il profilo di una possibile diversa incidenza e/o prevalenza dello stato di patologia). Risulta, comunque, evidente l'azione svolta dai NCP di Mesola e Argenta per una razionalizzazione dei consumi, mentre quasi si stabilizzano quelli presso gli altri Nuclei di Cure Primarie.

Principali obiettivi 2005

- Sono stati definiti il ruolo e le attività dei medici di medicina generale, che sono stati incaricati della responsabilità dei Moduli Organizzativi dei Nuclei delle Cure Primarie all'interno del nuovo assetto organizzativo territoriale, previsto con l'attivazione del Dipartimento delle Cure Primarie;
- sono stati sperimentati percorsi assistenziali per l'infanzia (con particolare riferimento alle fasce sociali definite "fragili o deboli") e le funzioni dei pediatri (collaborazione e sinergia tra i medici del Servizio Salute Infanzia-Pediatria di Comunità e i pediatri di libera scelta), all'interno della costruenda Unità Pediatrica Distrettuale, nel nuovo assetto organizzativo territoriale;
- è stata implementata l'attività prevista dai progetti di cardiologia territoriale nelle Medicine di Gruppo (attraverso la collaborazione dei medici di medicina generale e dei medici specialisti cardiologi), al fine di semplificare l'accesso alla diagnostica specialistica, ridurre i tempi di attesa e l'inappropriatezza delle richieste;
- i medici di medicina generale sono stati sensibilizzati e coinvolti verso una maggiore appropriatezza nella diagnostica per immagini e di laboratorio (in collaborazione con i rispettivi Dipartimenti ospedalieri), al fine di ridurre i tempi di attesa per l'utenza, semplificare l'accesso ai servizi ed evitare eventuali sprechi di risorse;
- è stato attivato nuovo punto sanitario di Guardia Turistica estiva presso il Lido degli Scacchi;
- è stata sperimentata l'integrazione tra medici di Continuità Assistenziale (Guardia Medica) e alcune Medicine di Gruppo, per migliorare l'assistenza domiciliare a media e alta intensità;
- è stato avviato il percorso di integrazione distrettuale tra assistenza psichiatrica specialistica e medici di medicina generale;
- è stata sviluppata la rete di distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo e preparati antiemfilici, in collaborazione con il Dipartimento interaziendale del farmaco.

Per quanto concerne il **Servizio di Continuità Assistenziale** (Guardia Medica):

- dai livelli di attività si evidenzia come, dal calo complessivo delle visite registrato nel 2004 rispetto al 2003 (da 10.722 a 9.852), per l'area di Codigoro si sia tornati a un totale di 10.284 visite nel 2005. Nell'area di Portomaggiore si è passati da 8.816 a 7.633 prestazioni, per gli anni 2003 e 2004, dove però erano sommate le visite e le consultazioni telefoniche*; per il 2005, dove sono considerate solo le visite (così come nell'area di Codigoro), il totale è di 5.177;
- se si analizza il dato complessivo numerico delle visite per una media dei turni all'anno (12 ore, notturni, festivi e prefestivi), si può ricavare una media di performance che approssimativamente (dati del 2004 confrontati con quelli del 2005) rappresenta per ogni sede di servizio i seguenti valori, per una sostanziale costanza dei dati di attività*:

| SEDE | Visite 2004 | Visite 2005 |
|---------------|-------------|-------------|
| Portomaggiore | 4,5* | 3,2 |
| Argenta | 10,4* | 5,3 |
| Ostellato | 8,9* | 5,8 |
| Codigoro | 5,5 | 5,2 |
| Comacchio | 4,5 | 4,6 |
| Mesola | 3,6 | 3,2 |
| Migliarino | 4,1 | 3,4 |
| Goro | 5,4 | 4,8 |

Aree di miglioramento e obiettivi 2006-2007

- Prosecuzione della promozione delle vaccinazioni antinfluenzali. Visto il contributo sostanziale e positivo dei medici di medicina generale al raggiungimento dei risultati nella nostra Azienda, relativi alla campagna antiinfluenzale, è confermata anche per il 2005-2006 la stessa strategia vaccinale;
- sperimentazione di nuovi progetti assistenziali ispirati al “modello di presa in carico del paziente cronico”;
- implementazione del progetto assistenziale per il “trattamento anticoagulante orale” (TAO);
- potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero: assistenza domiciliare integrata, programmata, residenziale e semiresidenziale; cure palliative ai malati terminali;
- sviluppare la Continuità Assistenziale con l'integrazione dell'omonimo Servizio, per garantire risposte nell'arco delle 24 ore ai bisogni non differibili della popolazione assistita;
- sviluppo di sedi dei NCP, per realizzare quell'offerta di servizi integrati che possono essere determinati dalla presenza, accanto ai medici di medicina generale, del pediatra di libera scelta, dei medici di guardia, dei medici specialisti, di infermieri, ostetriche, professionisti del sociale. Sviluppo e consolidamento dell'associanismo medico (anche PdLS);
- sviluppo, completamento e consolidamento della rete informatica tra i medici e le strutture sanitarie provinciali di riferimento (Progetto Sanità On LinE: SOLE).

Analisi dei consumi espressi per Nuclei di Cure Primarie

Alcuni dei principali indicatori di consumo sanitario riassumono il confronto tra la realtà provinciale e quella dei 5 Nuclei del Distretto Sud Est:

| | Provincia | NCP Sud Est |
|--|-----------|-------------|
| Prestazioni cardiologia | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 335,51 | 370 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 22,2 | 25 |
| Prestazioni specialistica cataratta | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 11,16 | 11,4 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 1,6 | 2 |
| Risonanza Magnetica Nucleare | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 74,76 | 76,88 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 21,65 | 22,29 |
| Spesa farmaceutica totale per medici di medicina generale | | |
| <i>costo medio pro capite</i> | 214,21 | 226,68 |
| Spesa farmaci apparato cardiocircolatorio | | |
| <i>costo medio pro capite</i> | 90,10 | 98,48 |
| Assistenza Domiciliare Integrata | | |
| <i>tassi</i> | 24,14 | 23,6 |
| Esenzione per invalidità | | |
| <i>tassi</i> | 55,24 | 58,23 |
| Malattie rare | | |
| <i>tassi</i> | 4,24 | 4,21 |
| Esenzione per patologia | | |
| <i>tassi</i> | 295,20 | 352,01 |
| Autorizzazione protesica | | |
| <i>tassi</i> | 31,61 | 29,87 |

L'analisi dei dati riportati in tabella, se confrontati con quelli relativi al 2004, rivelano un generale aumento di tutti gli indicatori, sia per la provincia che per i NCP, ma in particolare spicca l'aumento in entrambi gli ambiti della spesa per i farmaci dell'apparato cardiovascolare e l'aumento del tasso di mobilità per le prestazioni di cardiologia nei NCP.

Dati relativi al Nucleo di Cure Primarie di Codigoro, Lagosanto, Massafiscaglia, Migliarino e Migliaro—Tabella 1

| Diagnostica specialistica | Provincia | NCP |
|--|-----------|-------|
| Prestazioni cardiologia | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 335,51 | 361,4 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 22,2 | 10,3 |
| Prestazioni specialistica cataratta | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 11,16 | 13,03 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 1,6 | 1,12 |
| Risonanza Magnetica Nuclerare | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 74,76 | 80,06 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 21,65 | 19,52 |

| | Provincia | NCP |
|-------------------------------|-----------|-------|
| Tasso Ospedalizzazione | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 221,59 | 222,6 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 41,27 | 30 |
| Cardiologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 21,57 | 17,36 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 2,56 | 1,66 |
| Pneumologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 13,44 | 14,58 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 1,19 | 0,56 |
| Chirurgia Generale | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 32,25 | 35,95 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,81 | 2,96 |
| Ortopedia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 31,23 | 34,7 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 8,77 | 8,8 |
| Urologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 16,15 | 17,13 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 3,23 | 2,94 |
| Ostetricia Ginecologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 24,98 | 23,92 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,29 | 1,79 |
| Oncologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 28,81 | 28,95 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,78 | 3,32 |
| Gastroenterologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 17,58 | 14,96 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 25,52 | 1,83 |
| Day hospital | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 28,89 | 30,15 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 5,14 | 3,75 |
| Day Surgery | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 36,66 | 41,54 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 6,29 | 5,25 |

Dati relativi al Nucleo di Portomaggiore e Ostellato -Tabella 2

| Diagnostica specialistica | Provincia | NCP |
|--|-----------|--------|
| Prestazioni cardiologia | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 335,51 | 486,40 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 22,2 | 5,28 |
| Prestazioni specialista cataratta | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 11,16 | 10,94 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 1,6 | 0,80 |
| Risonanza Magnetica Nuclerare | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 74,76 | 56,23 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 21,65 | 9,41 |

| | Provincia | NCP |
|-------------------------------|-----------|--------|
| Tasso Ospedalizzazione | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 221,59 | 212,95 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 41,27 | 25,77 |
| Cardiologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 21,57 | 18,75 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 2,56 | 1,95 |
| Pneumologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 13,44 | 11,77 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 1,19 | 0,55 |
| Chirurgia Generale | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 32,25 | 34,54 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,81 | 1,57 |
| Ortopedia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 31,23 | 32,57 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 8,77 | 8,05 |
| Urologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 16,15 | 15,29 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 3,23 | 1,88 |
| Ostetricia Ginecologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 24,98 | 25,63 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,29 | 2,08 |
| Oncologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 28,81 | 26,48 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,78 | 2,26 |
| Gastroenterologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 17,58 | 15,38 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 25,52 | 1,31 |
| Day hospital | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 28,89 | 26,2 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 5,14 | 2,83 |
| Day Surgery | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 36,66 | 37,37 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 6,29 | 2,81 |

Dati relativi al Nucleo di Mesola e Goro -Tabella 3

| Diagnostica specialistica | Provincia | NCP |
|--|-----------|--------|
| Prestazioni cardiologia | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 335,51 | 301,49 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 22,2 | 34,17 |
| Prestazioni specialistica cataratta | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 11,16 | 4,055 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 1,6 | 3,36 |
| Risonanza Magnetica Nuclerare | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 74,76 | 41,29 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 21,65 | 17,975 |

| | Provincia | NCP |
|-------------------------------|-----------|-------|
| Tasso Ospedalizzazione | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 221,59 | 225,7 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 41,27 | 88,06 |
| Cardiologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 21,57 | 21,53 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 2,56 | 7,9 |
| Pneumologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 13,44 | 11,64 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 1,19 | 2,22 |
| Chirurgia Generale | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 32,25 | 33,67 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,81 | 6,59 |
| Ortopedia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 31,23 | 32,57 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 8,77 | 17,55 |
| Urologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 16,15 | 19,54 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 3,23 | 9,47 |
| Ostetricia Ginecologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 24,98 | 23,03 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,29 | 2,08 |
| Oncologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 28,81 | 31,06 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,78 | 8,92 |
| Gastroenterologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 17,58 | 23,80 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 25,52 | 7,38 |
| Day hospital | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 28,89 | 23,80 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 5,14 | 7,38 |
| Day Surgery | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 36,66 | 44,54 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 6,29 | 20,7 |

Dati relativi al Nucleo di Comacchio - Tabella 4

| Diagnostica specialistica | Provincia | NCP |
|--|-----------|--------|
| Prestazioni cardiologia | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 335,51 | 348,52 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 22,2 | 11,79 |
| Prestazioni specialistica cataratta | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 11,16 | 5,18 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 1,6 | 0,63 |
| Risonanza Magnetica Nuclerare | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 74,76 | 63,25 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 21,65 | 9,11 |
| | Provincia | NCP |
| Tasso Ospedalizzazione | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 221,59 | 215,5 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 41,27 | 41,55 |
| Cardiologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 21,57 | 17,13 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 2,56 | 2,84 |
| Pneumologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 13,44 | 13,36 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 1,19 | 1,46 |
| Chirurgia Generale | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 32,25 | 36,04 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,81 | 3,64 |
| Ortopedia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 31,23 | 31,96 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 8,77 | 9,72 |
| Urologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 16,15 | 16,69 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 3,23 | 2,89 |
| Ostetricia Ginecologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 24,98 | 25,57 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,29 | 4,57 |
| Oncologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 28,81 | 31,74 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,78 | 5,10 |
| Gastroenterologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 17,58 | 17,13 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 25,52 | 1,86 |
| Day hospital | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 28,89 | 23,61 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 5,14 | 4,62 |
| Day Surgery | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 36,66 | 41,46 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 6,29 | 6,04 |

Dati relativi al Nucleo di Argenta -Tabella 5

| Diagnostica specialistica | Provincia | NCP |
|--|-----------|--------|
| Prestazioni cardiologia | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 335,51 | 395,66 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 22,2 | 43,78 |
| Prestazioni specialistica cataratta | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 11,16 | 4,32 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 1,6 | 6,19 |
| Risonanza Magnetica Nuclerare | | |
| <i>tasso di consumo</i> | 74,76 | 32,5 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 21,65 | 11,15 |
| | Provincia | NCP |
| Tasso Ospedalizzazione | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 221,59 | 202,87 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 41,27 | 52,11 |
| Cardiologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 21,57 | 24,67 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 2,56 | 4,16 |
| Pneumologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 13,44 | 13,47 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 1,19 | 2,03 |
| Chirurgia Generale | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 32,25 | 31,18 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,81 | 4,56 |
| Ortopedia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 31,23 | 32,99 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 8,77 | 9,81 |
| Urologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 16,15 | 13,92 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 3,23 | 4,07 |
| Ostetricia Ginecologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 24,98 | 20,16 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,29 | 7,95 |
| Oncologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 28,81 | 26,21 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 4,78 | 5,47 |
| Gastroenterologia | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 17,58 | 15,37 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 25,52 | 2,03 |
| Day hospital | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 28,89 | 19,93 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 5,14 | 5,24 |
| Day Surgery | | |
| <i>tasso di ricovero</i> | 36,66 | 32,67 |
| <i>tasso di mobilità</i> | 6,29 | 7,14 |

Le tabelle 1, 2, 3, 4, 5 riportano i tassi di consumo e di mobilità passiva per 1.000 abitanti dei 5 NCP (sono a disposizione anche i dati per singolo comune, ma in questo caso la significatività statistica è relativa al numero della popolazione residente), relativamente ad alcune branche specialistiche (prestazioni ambulatoriali e diagnostiche strumentali) e ai principali tassi di ospedalizzazione, significativi per l'offerta e il consumo;

Appaiono evidenti alcuni fenomeni che caratterizzano i NCP rispetto alla media provinciale:

- il NCP di Codigoro si caratterizza per la ridotta mobilità in alcune specialità (cardiologia) e per il minor tasso di ospedalizzazione;
- nel NCP di Portomaggiore è apprezzabile un forte consumo di prestazioni cardiologiche, ma con bassa mobilità;
- nel NCP di Mesola si nota un'evidente mobilità passiva per le prestazioni, a eccezione dell'RMN;
- nel NCP di Comacchio vi è un sostanziale allineamento con i dati di consumo provinciali;
- nel NCP di Argenta è apprezzabile il forte consumo delle prestazioni di cardiologia, soprattutto in mobilità passiva.

Criticità

- Difficoltà nell'individuare, realizzare e sviluppare sedi di NCP dove vengano offerti prestazioni sanitarie integrate per tutti gli assistiti del NCP;
- permanenza di alta frequenza di turnazione tra i medici che prestano servizio nella Continuità Assistenziale; impossibilità di costruire equipe territoriali stabili all'interno dei NCP, con relativa specifica formazione; disomogenei carichi di lavoro nelle diverse sedi di servizio;
- ancora insufficiente esperienza e disponibilità di percorsi assistenziali condivisi tra i diversi operatori sanitari (tendenza ad agire singolarmente, scarso senso di appartenenza al gruppo NCP), con il rischio di forme inappropriate di consumo delle risorse sanitarie.

Principali obiettivi 2006-2007

- Elaborazione di ulteriori protocolli: per il consumo appropriato di nuove categorie di farmaci, per orientare i ricoveri ospedalieri, le visite specialistiche e le prestazioni diagnostiche;
- **personale coinvolto: medici di medicina generale, coordinatori di Nuclei delle Cure Primarie, Direzioni di Distretto e dei Dipartimenti Cure primarie, medici dirigenti distrettuali delle cure primarie, medici specialisti, pediatri, medici di Guardia Medica;**
- trattamento dei pazienti scoagulati;
- **personale coinvolto: coordinatori di Nuclei delle Cure Primarie, Direzioni di Distretto e dei Dipartimenti Cure primarie, medici dirigenti distrettuali delle Cure Primarie, medici specialisti, pediatri, medici di Guardia Medica;**
- interconnessione tra medici di medicina generale e Dipartimento di Salute Mentale per la presa in carico di patologie psichiatriche;
- **personale coinvolto: medici di medicina generale, psichiatri, medici dirigenti distrettuali;**
- miglioramento Continuità Assistenziale: ricezione automatizzata chiamate telefoniche, mantenimento dell'assistenza nei pazienti domiciliarizzati;
- **personale coinvolto: medici di guardia, medici di medicina generale, pediatri, Servizio tecnico aziendale per la telefonia, medici dirigenti distrettuali;**
- potenziamento della rete telematica di collegamento fra Servizi ospedalieri e medici di medicina generale;
- **personale coinvolto: medici di medicina generale, medici specialisti, operatori del Servizio per la tecnologia dell'informazione, medici dirigenti distrettuali;**
- potenziamento e sviluppo delle forme associative dei medici di medicina generale (Medicina di Gruppo Lagosanto) e PdLS (Rete del Delta);
- **personale coinvolto: medici di medicina generale, medici dirigenti distrettuali;**
- contenimento spesa farmaceutica;
- **personale coinvolto: medici di medicina generale, farmacisti aziendali, medici dirigenti**

distrettuali;

- implementazione del sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità, acquisite in età adulta;
- personale coinvolto: medici di medicina generale, operatori professionisti del sociale, infermieri domiciliari, amministrativi, medici dirigenti distrettuali.

Tabella riassuntiva degli obiettivi 2006-2007

| | | |
|----------|--|----------------------------|
| A | Elaborazione di ulteriori protocolli: per il consumo appropriato di nuove categorie di farmaci, per orientare i ricoveri ospedalieri, le visite specialistiche e le prestazioni dia- | L'obiettivo è trasversale |
| B | Trattamento dei pazienti scoagulati | L'obiettivo è trasversale |
| C | Interconnessione tra medici di medicina generale e Dipartimento di Salute Mentale per la presa in carico di patologie psichiatriche | L'obiettivo è trasversale |
| D | Miglioramento Continuità Assistenziale: ricezione automatizzata chiamate telefoniche, mantenimento dell'assistenza nei pazienti domiciliarizzati | L'obiettivo è trasversale |
| E | Potenziamento della rete telematica di collegamento fra Servizi ospedalieri e medici di medicina generale | L'obiettivo è trasversale |
| F | Potenziamento e sviluppo delle forme associative dei medici di medicina generale e PdLS | L'obiettivo è distrettuale |
| G | Contenimento spesa farmaceutica | L'obiettivo è distrettuale |
| H | Implementazione del sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità, acquisite in età adulta | L'obiettivo è trasversale |

3.1.2 Le Cure Domiciliari

Attività

Il Servizio garantisce assistenza sanitaria a domicilio a persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, oppure impossibilitate, per motivi sociali, a raggiungere gli ambulatori distrettuali.

L'assistenza erogata comprende tutte quelle prestazioni mediche e infermieristiche che possono essere fornite in ambito domiciliare, nel rispetto delle norme relative alla privacy.

Si rimanda ai PAT edizione 2004 per quanto riguarda le informazioni più specificamente relative agli operatori, alle sedi e agli orari dei servizi, alla *mission* e alle attività.

Analisi azioni obiettivi del 2005

Durante il 2005 sono stati effettuati alcuni incontri formativi riguardanti il modello organizzativo dell'ADI e la psico-oncologia, che hanno coinvolto anche gli operatori dei reparti di Lungodegenza e Medicina dell'Ospedale "Mazzolani-Vandini" di Argenta.

Si è posta una certa attenzione al miglioramento della comunicazione negli stessi Nuclei delle Cure Primarie, grazie alla partecipazione agli incontri del responsabile organizzativo dell'Assistenza Domiciliare, per presentare le novità progettuali.

Nel tentativo di curare anche altri aspetti del livello qualitativo dell'attività, sono stati portati a termine i progetti che prevedevano la realizzazione di opuscoli informativi sulle sedi operative e sulla prevenzione delle ulcere da decubito, e si è anche attivato il Team Nutrizionale, per favorire la gestione e l'utilizzo della nutrizione artificiale a domicilio.

Complessivamente gli obiettivi programmati per il 2005 sono stati completamente raggiunti, fatto salvo quanto espresso nel paragrafo "criticità", dove ancora spicca la difficoltà di portare al domicilio l'assistenza specialistica in modo capillare e adeguato al fabbisogno.

Il confronto dei dati a disposizione conferma l'incremento generale dell'assistenza offerta dal gruppo infermieristico che opera sul territorio del distretto Sud Est.

Il numero dei pazienti residenti in assistenza integrata (ADI) è aumentato dell'8%, passando dai 1.112 del 2004 ai 1.204 casi del 2005 che, nel rapporto in percentuale assistiti/residenti, rappresenta una copertura di oltre il 10 per mille di tutta la popolazione residente del Distretto (102.129), compresi 32 soggetti (incremento del 150%) che, pur non residenti nel nostro Distretto, hanno usufruito, per le loro particolari condizioni di salute, dell'assistenza domiciliare.

Tali valori, che dovrebbero essere corretti dal mancato apporto dei pazienti di Voghiera, dimostrano un fabbisogno del territorio in aumento e una migliore sensibilizzazione e accettazione del servizio offerto da parte della popolazione e del medico di medicina generale.

Da un'analisi più accurata si evince che l'incremento anzidetto è riferito essenzialmente ai casi di minore intensità, che vedono una progressione del 21,7%, a fronte di un incremento medio del 6,7% dei livelli più impegnativi (ADI di 3° livello). L'osservazione, nel dettaglio dell'attivazione, fa notare, per l'ambito di Codigoro, una riduzione intorno al 20% che interessa le fasce di età meno avanzate (45-65), con un aumento verso i grandi anziani (75-90, vedi grafico).

In quest'ultimo caso, sicuramente le variabili che hanno potuto incidere sono molte, ma se il bacino d'utenza e il fabbisogno non è diminuito, le risorse sono rimaste tendenzialmente invariate e gli stessi accessi sono aumentati. Perciò è probabile che, in situazioni che presuppongono un maggiore impegno clinico, lo stesso medico curante sia stato indotto a limitare la propria presenza per ridurre lo stress professionale e ciò può essere oltremodo dimostrato dall'incremento dei casi (41 del 2004 vs. 50 del 2005), ceduti ai gruppi di volontariato.

Criticità

Gli obiettivi raggiunti nel 2005 e l'analisi precedente inducono a riflettere sui punti di criticità che sono rappresentati da:

- ulteriore possibilità d'incremento delle dimissioni protette, alla luce del numero delle dimissioni dai vari reparti;
- insufficiente supporto delle consulenze specialistiche sul territorio est (ex-Distretto di Codigoro), sia per il numero di consulenti che per la tipologia di branca;
- insufficiente integrazione con il servizio sociale per carenza di personale qualificato, ma anche per la presenza di un ticket/prestazione che, in molti casi, convince i familiari a rifiutare l'aiuto, con successive, gravi, difficoltà sia ambientali (igiene personale, carenza del *care giver*) che assistenziali. Tale condizione è evidente se l'analisi si raffronta con l'incremento delle dimissioni protette e con la presenza crescente di anziani bisognosi a domicilio;
- persistente carenza nella redazione dei contratti, nella conoscenza dell'iter prescrittivo dei presidi e della distribuzione dei farmaci;
- formazione del personale infermieristico non ancora adeguata alle necessità del territorio e alle stesse aspirazioni di autonomia dei professionisti.

Nell'anno 2005, i pazienti in ADI e in Assistenza Infermieristica, suddivisi per comune di residenza, sono stati 1.204.

| Pazienti assistiti in ADI - Anno 2005 | | | | | |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|--------------------|---------------------|
| COMUNE | ADI | ADI | ADI | Totale | Rapporto %° |
| | 1° livello | 2° livello | 3° livello | | Assistiti/Residenti |
| Argenta | 228 | 33 | 53 | 316 | 12,16 |
| Codigoro | 83 | 42 | 31 | 156 | 24,47 |
| Comacchio | 125 | 55 | 43 | 223 | 23,61 |
| Goro | 16 | 9 | 4 | 29 | 23,54 |
| Lagosanto | 19 | 13 | 3 | 35 | 16,43 |
| Massafiscaglia | 16 | 12 | 8 | 36 | 22,19 |
| Mesola | 49 | 14 | 8 | 71 | 20,03 |
| Migliarino | 18 | 7 | 0 | 25 | 21,84 |
| Migliaro | 6 | 6 | 1 | 13 | 23,55 |
| Ostellato | 96 | 19 | 9 | 124 | 25,92 |
| Portomaggiore | 133 | 25 | 11 | 169 | 23,19 |
| Voghiera | - | - | - | --- | --- |
| Distretto Sud Est | | | | 1.172 + 32* | 23,60 |

*pazienti non residenti

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE - Anno 2005

| COMUNE | Popolazione al 31/12/05 | Assistiti in carico | Tasso % popolazione/residenti |
|--------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Argenta | 22.128 | 179 | 8,09 |
| Codigoro | 12.833 | 153 | 11,92 |
| Comacchio | 22.529 | 303 | 13,45 |
| Goro | 4.035 | 66 | 16,36 |
| Lagosanto | 4.566 | 40 | 8,76 |
| Massafiscaglia | 3.785 | 47 | 1,42 |
| Mesola | 7.339 | 77 | 10,49 |
| Migliarino | 3.708 | 53 | 14,29 |
| Migliaro | 2.335 | 41 | 17,56 |
| Ostellato | 6.712 | 41 | 6,11 |
| Portomaggiore | 12.159 | 84 | 6,91 |
| Voghiera | - | - | - |
| Distretto Sud Est | 102.129 | 1.087 | 10,61 |

| | Anno 2004 | Anno 2005 | Incremento >% |
|----------------------------------|-----------|-----------|---------------|
| ADI totale Distretto Sud Est | 1.125 | 1.204 | 6 |
| ADI 3° livello Distretto Sud Est | 164 | 151 | -8 |
| ADI 3° livello Codigoro | 73 | 98 | 35 |
| ADI 3° livello Portomaggiore | 91 | 50 | -45 |

| | 1° livello | 2° Livello | 3° livello | Totale |
|----------------------|------------|------------|------------|------------------|
| 2004 | | 164 | 1.125 | |
| 2005 | | 151 | 1.204 | |
| Codigoro | | | | |
| 2004 | 314 | 121 | 73 | 508 (+3)* = 511 |
| 2005 | 332 | 158 | +35% | 588 (+2)* = 590 |
| Portomaggiore | | | | |
| 2004 | 454 | 72 | 91 | 617 (+38)* = 655 |
| 2005 | 457 | 77 | -45% | 584 (48)* = 632 |

* tra parentesi è indicato il n° di pazienti seguiti dai gruppi di volontariato (ANT e ADO)

Nell'anno **2005** i pazienti residenti assistiti in ADI sono stati 1.172, ai quali bisogna aggiungere 32 soggetti non residenti, per un totale aggiornato di 1.204, dei quali 148 in ADI di 3° livello. Pertanto, nell'anno 2005 si è avuto un incremento dei pazienti in carico pari a circa il 6% sul totale dei pazienti in carico.

Rispetto alla maggiore complessità dell'assistenza (ADI di 3° livello), vi è stato un calo di circa il 10%, facilmente spiegabile, se si esamina l'incremento dei casi ceduti dal medico di medicina generale ai gruppi di volontariato, che hanno visto aumentare i propri interventi del 20% (41 vs. 50).

L'analisi preliminare dei dati del 1° semestre 2006 ci fa, comunque, ben sperare.

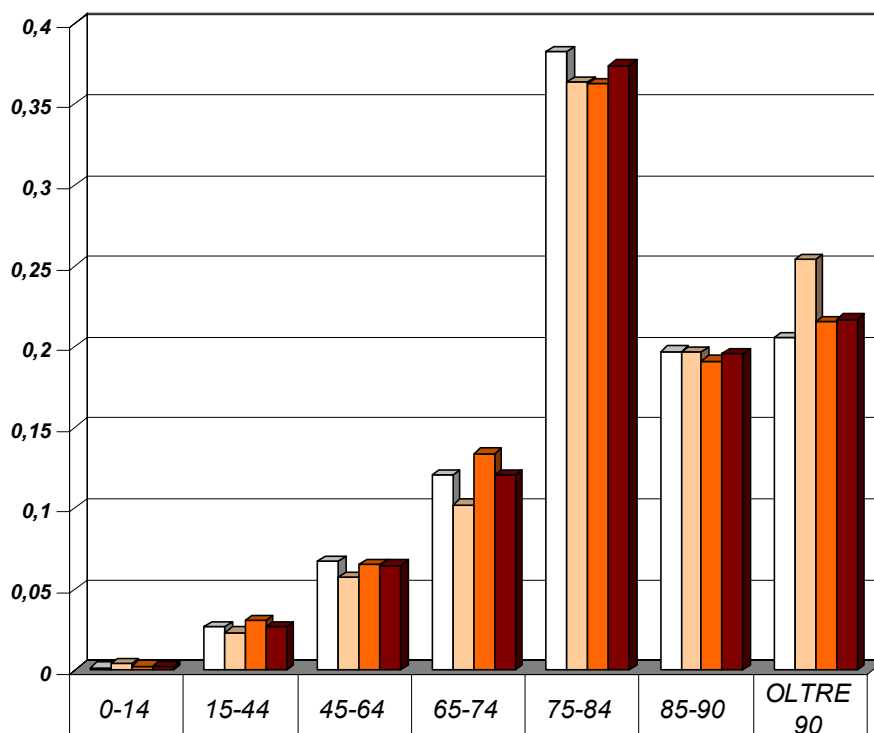
È, infatti, possibile prevedere un netto incremento dei pazienti assistiti dall'ADI, che sfiora il 30% (dati in proiezione), soprattutto per le patologie a maggiore intensità assistenziale.

Assistiamo anche a richieste di interventi specialistici a domicilio di oltre il 50% rispetto al 2005 e ciò riflette lo sforzo dell'Azienda per venire incontro allo stato di non autosufficienza del paziente, che in tal modo non è stato costretto a trasferire e ad attese avvilenti. Questo obiettivo ben si lega allo sviluppo delle dimissioni protette (132 casi vs. 200 nel 2006) che, pur nella complessità del sistema, stanno entrando gradualmente nella cultura territoriale.

I risultati preliminari ci spronano a ricercare nuovi sistemi di cura e percorsi che migliorino l'appropriatezza degli interventi.

Per proseguire in una crescita professionale costante e coerente, sono in fase sperimentale il monitoraggio fotografico delle lesioni cutanee e l'utilizzo del bendaggio elastocompressivo, in particolari condizioni di ulcere su base venosa.

**Assistiti in Assistenza Domiciliare per classi di età e per Distretto
- Anno 2005 -**



| | | | | | | | |
|-------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| □ DISTRETTO CENTRO-NORD | 0,00125 | 0,02646 | 0,06688 | 0,12042 | 0,38229 | 0,19708 | 0,20563 |
| ▤ DISTRETTO OVEST | 0,00395 | 0,02306 | 0,05731 | 0,10211 | 0,36364 | 0,19631 | 0,25362 |
| ▥ DISTRETTO SUD EST | 0,00232 | 0,03016 | 0,06497 | 0,13364 | 0,36241 | 0,19118 | 0,21531 |
| ■ AUSL FERRARA | 0,00201 | 0,02679 | 0,06468 | 0,1205 | 0,37389 | 0,19544 | 0,21669 |

***Gli Assistiti sono considerati una sola volta anche se con più TAD durante il corso dell'anno**

Principali obiettivi per il 2006-2007

- Incremento delle dimissioni protette, con la collaborazione dei reparti di Medicina e di Ortopedia:
 - collaborazione con i reparti di Medicina e di Ortopedia dell'Ospedale di Argenta e con il reparto di Chirurgia dell'Ospedale del Delta;
 - istituzione di un percorso facilitato per la consegna di ausili anche in pazienti in ADI di 1° livello, oltre al consolidamento nel 2° e 3° livello;
- incremento al domicilio delle consulenze specialistiche, attraverso le prestazioni di alcuni medici specialisti di supporto, per pazienti in ADI di 2° e di 3° livello, con allargamento alla fascia di minore intensità (1° livello);
- incremento dell'erogazione diretta a domicilio dei farmaci ai pazienti assistiti in ADI;
- miglioramento e qualificazione dell'assistenza domiciliare attraverso:
 - applicazione del protocollo, già validato dalla CPD aziendale e utilizzato dalle equipe professionali domiciliari, relativo alla prevenzione e cura delle lesioni da pressione, alla luce delle indicazioni contenute nelle linee guida regionali;
 - partecipazione dei medici di Continuità Assistenziale (ex-Guardia Medica) al governo clinico del paziente, grazie a particolari percorsi informativi e operativi, che renderanno più attiva la presenza del medico di Continuità Assistenziale anche nei giorni festivi e prefestivi, in collaborazione con la Medicina di Gruppo di Goro e di Ostellato;
 - applicazioni di nuove tecniche di monitoraggio e terapia (bendaggio elastocompressivo, monitoraggio iconografico, etc.);
 - maggiore verifica a domicilio da parte del Road;
- miglioramento della copertura assistenziale ADI attraverso:
 - migliore comunicazione interna ed esterna (costituzione di un box e-mail per ogni sede operativa, fornitura di un cellulare a ogni infermiere in assistenza attiva sul territorio);
 - migliore integrazione tra medici di medicina generale, consulente specialista e personale infermieristico, grazie alla presenza dell'infermiere in alcuni audit dei medici di medicina generale e durante alcune consulenze specialistiche;
 - maggiore sensibilizzazione dei medici di medicina generale sulla necessità di compilare correttamente contratti e cartella clinica.

Tabella riassuntiva obiettivi 2006-07

| | Descrizione dell'Obiettivo | Tipologia di Obiettivo |
|---|---|--|
| 1 | Interessamento di alcuni reparti chirurgici e medici, che collaborano al progetto "dimissioni protette", in modo da garantire alla famiglia del paziente quanto necessario per la corretta prosecuzione assistenziale, senza demandare a terzi la predisposizione dell'occorrente in tempo utile. | L'obiettivo è trasversale e inserito nei PPS |
| 2 | Incremento al domicilio delle consulenze specialistiche attraverso le prestazioni di alcuni medici specialisti di supporto, che saranno attivati dal medico responsabile del Modulo Organizzativo ADI, per pazienti in ADI di 1°, 2°, 3° livello, al fine di evitare dispendiosi trasporti e disagi per il paziente e la famiglia. | L'obiettivo è trasversale |
| 3 | Incremento dell'erogazione diretta a domicilio dei farmaci ai pazienti assistiti in ADI. | L'obiettivo è trasversale |
| 4 | Miglioramento e qualificazione dell'assistenza domiciliare attraverso: revisione del protocollo, già validato dalla Commissione per le Prestazioni Domiciliari aziendale e utilizzato dalle equipe professionali domiciliari; partecipazione dei medici di Continuità Assistenziale; maggiore sorveglianza e verifica a domicilio del rispetto dei parametri standard di qualità assistenziale; utilizzo di nuove tecniche di monitoraggio e trattamento. | L'obiettivo è trasversale |
| 5 | Miglioramento della copertura assistenziale ADI attraverso: migliore comunicazione interna ed esterna; migliore integrazione tra medici di medicina generale, consulente specialista e personale infermieristico, grazie alla presenza dell'infermiere in alcuni audit; maggiore sensibilizzazione dei medici di medicina generale sulla necessità di predisporre correttamente il piano assistenziale individuale e la successiva compilazione della cartella clinica. | L'obiettivo è distrettuale |

3.1.3 Le Cure Palliative

Per garantire una diffusione del servizio assistenziale a pazienti oncologici, a supporto dell'ADI e a integrazione della rete delle cure palliative, l'Azienda USL ha attivato una convenzione con le associazioni di volontariato ADO, ANT e Nelson Frigatti. Accanto all'assistenza al domicilio, viene offerta un'assistenza residenziale attraverso l'Hospice.

Nel 2006-2007 si prevede l'ultima fase per l'attivazione, presso l'ex-Ospedale di Codigoro, di un Hospice a valenza territoriale, dotato di 11 posti letto e per il quale si prevede un modello di gestione mista:

- medico palliativista;
- medici di medicina generale;
- Continuità Assistenziale;

associazioni di volontariato per la gestione del personale infermieristico e per gli operatori socio-sanitari.

L'attività sarà strettamente integrata con l'Assistenza Domiciliare.

3.1.4 L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale

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

Il Responsabile del M.O. Specialistica gestisce l'offerta di prestazioni specialistiche necessaria a soddisfare i bisogni della popolazione, attraverso una produzione erogata sia presso i poliambulatori territoriali, che presso gli ambulatori ospedalieri, e ha fra i suoi obiettivi il miglioramento continuo del processo assistenziale e l'organizzazione e gestione delle risorse destinate all'attività stessa, sia attraverso l'integrazione operativa delle differenti risorse tecnico-professionali, sia attraverso la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni e ai servizi. Il governo delle liste di attesa si attua attraverso il monitoraggio dei tempi di attesa e la predisposizione di azioni correttive, concordate con la Direzione del Dipartimento e del Distretto.

Il coordinamento di tutti gli infermieri che operano nell'attività specialistica nel Distretto Sud Est - sia ospedalieri che territoriali - è affidato a tre coordinatori infermieristici. Tale modello garantisce una maggiore efficienza nella gestione ambulatoriale.

Finalità del Servizio

Da anni la Regione Emilia-Romagna, attraverso le Aziende Sanitarie Locali, ha ritenuto di intervenire attraverso linee guida di riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, a garanzia del diritto di salute del cittadino.

Questo nuovo sistema organizzativo prevede la presa in carico diretta del paziente, inviato dai medici di medicina generale, da parte dello specialista ambulatoriale, per tutta la durata del percorso diagnostico-terapeutico.

È, quindi, all'interno del Dipartimento delle Cure Primarie che i medici specialisti ambulatoriali trovano una nuova collocazione funzionale, come parte integrante dell'U.O. Servizi Sanitari, nella quale assumono un ruolo di maggiore responsabilità clinico-organizzativa.

Il coinvolgimento diretto degli specialisti risulta essere un punto di forza nel confronto con il responsabile della Specialistica distrettuale, per il raggiungimento di obiettivi comuni legati al governo delle liste di attesa, attraverso un contenimento delle liste di attesa entro i termini previsti dalla Regione, ovvero:

- 7 giorni per le prestazioni urgenti;
- 30 giorni per le visite specialistiche;

60 giorni per le prestazioni strumentali all'appropriatezza delle prescrizioni erogate, all'adozione di linee guida o protocolli clinico-assistenziali standardizzati e riproducibili, alla facilitazione all'accesso per l'utente verso le strutture ambulatoriali, attraverso percorsi facilitati, diffusi e omogenei a livello distrettuale.

Sedi di produzione dell'attività

L'attività Specialistica distrettuale viene erogata nei tre presidi ospedalieri del Delta di Comacchio e di Argenta, in poliambulatori di tipo A, che utilizzano una tecnologia di particolare complessità e permettono la presa in carico del paziente in percorsi facilitati, nell'ex-Ospedale di Portomaggiore - poliambulatorio di tipo B che conserva un'attività diagnostica di una certa complessità - e in sedi poliambulatoriali distaccate nei Comuni di Mesola e di Migliarino - poliambulatori di tipo C che vedono l'attività specialistica ridotta ad alcune specialità e la completa presa in carico del paziente, prevedendo rapporti con i poliambulatori di tipo A.

In ogni sede sono presenti molteplici branche specialistiche, per le quali sono erogate prestazioni prenotabili a CUP, ma anche prestazioni con accesso prenotabile direttamente presso l'ambulatorio, in autogestione.

Le tabelle sotto indicate diversificano queste attività in relazione al poliambulatorio erogante e rappresentano l'attività erogata mensilmente, con i tempi di attesa medi.

| Poliambulatorio Ospedale del Delta Attività 2005 - 1° semestre 2006 | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|------------|---------------------------|---------------------------|
| Branca specialistica | Ore di attività settimanale a CUP | Prime visite settimanali a CUP | Prestazioni autogestite mensili 2005 | Prestazioni autogestite mensili 1° semestre 2006 | TOTALE 05 | Tempi di attesa medi 2005 | Tempi di attesa medi 2006 |
| Allergologia Pediatria | 5 | 5 | 52 | 52 | 57 | 116 | 186 |
| Anestesia | 9 | 9 | - | - | 9 | | - |
| Audiologia | 16 | 30 | - | - | 30 | 33 | 11 |
| Cardiologia visita | 8 | 18 | - | 100 | 18 | 108 | 30 |
| Cardiologia Strumentale | 4 | 30/giugno | - | - | - | 45 a 78 | - |
| Chirurgia Generale | 9 | 22 | 181 | 181 | 203 | 6 | 1 |
| Chirurgia Endoscopica | 15 | 24 | - | - | 24 | 7 a 41 | 12 a 35 |
| Chirurgia Vascolare | 3 | 8 | 13 | 13 | 21 | 80 | 120 |
| Dermatologia | 11 | 25 | 178 | 78 | 203 | 63 | 43 |
| Diabetologia | autogestione | 60 | - | - | 60 | 7 | 7 |
| Dietologia | autogestione | 12 | - | - | 12 | 63 | 59 |
| Endocrinologia | 8 | 11 | 44 | 38 | 55 | 56 | 134 |
| Fisiatria e Riabilitazione | 20 | 32 | - | - | 32 | 17 | 6 |

Poliambulatorio Ospedale del Delta
Attività 2005 - 1° semestre 2006

| Branca specialistica | Ore di attività settimanale a CUP | Prime visite settimanali a CUP | Prestazioni autogestite mensili 2005 | Prestazioni autogestite mensili 1° semestre 2006 | TOTALI 05 | Tempi di attesa medi 2005 | Tempi di attesa medi 2006 |
|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|--------------|---------------------------|---------------------------|
| Fisiatria e Riabilitazione | 20 | 32 | - | - | 32 | 17 | 6 |
| Medicina generale | 3 | 10 | 6 | 5 | 16 | 25 a 70 | 25 a 41 |
| Medicina Gastroenterologica | 10 | 14 | 67 | 55 | 81 | 33 | 52 |
| Medicina Endoscopica | 5 | 10 | - | - | 10 | 31 | 6 |
| Medicina Pneumologica | 7 | 7 | 71 | 33 | 78 | 78 | 79 |
| Medicina dello sport | autogestione | - | - | - | - | - | - |
| Nefrologia | 4 | 8 | 1 | 3 | 9 | 40 | 79 |
| Neurologia visite | 12 | 22 | 26 | - | 48 | 37 | 65 |
| Neurologia Strumentale | 13 | 31 | | - | 31 | 86 | 89 |
| ORL | 13 | 25 | 186 | 106 | 211 | 13 | 18 - 38 |
| Oculistica | 32 | 30 | <u>304</u> | 198 | 334 | 109 a 156 | 124 a 239 |
| Odontoiatria | 9 | 4 | 36 | 35 | 40 | 102 | 43 |
| Oncologia | 7 | 13 | <u>31</u> | 35 | 44 | 24 | 76 |
| Ortopedia | 8 | 31 | 109 | 5 | 140 | 65 a 91 | 65 a 71 |
| Pediatria | autogestione | | 56 | 29 | 56 | | |
| Reumatologia | 6 | 14 | 10 | 10 | 24 | 74 | 68 |
| Urologia | 9 | 40 | <u>85</u> | 86 | 125 | 77 | 118 |
| Laboratorio analisi | - | 495 | 1.185 | - | 1.680 | 1 a 10 | 2 a 14 |
| Radiologia contrastografici | 13 | 10 | 14 | - | 14 | 7 | 4 |
| Radiologia Diagnostica | 79 | 450 | 1.800 | - | 1.800 | 4 a 10 | 4 a 10 |
| Radiologia TAC | 26 | 82 | 310 | - | 310 | 8 a 59 | 8 a 59 |
| Ecografie | 36 | 103 | 145 | - | 145 | 43 | 87 |
| RNM | 42 | 89 | 95 | -- | 95 | 28 a 59 | 56 |
| Ginecologia | 20 | 48 | <u>160</u> | - | 165 | 26 | 37 |

| Poliambulatorio di Portomaggiore Attività 2005 - 1° semestre 2006 | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|-------------|--------------------------------------|--|
| Branca specialistica | Ore di attività settimanale a CUP | Prime visite settimanali a CUP | Prestazioni autogestite mensili 2005 | Prestazioni autogestite mensili 1° semestre 2006 | TOTALE 2005 | Prestazioni autogestite mensili 2005 | Prestazioni autogestite mensili 1° semestre 2006 |
| Cardiologia | 20 | 32 | 68 | 22 | 101 | 37 a 73 | 54 a 58 |
| Chirurgia | 4 | 20 | 97 | - | 117 | 13 | 3 |
| Dermatologia | 11 | 37 | 53 | 8 | 90 | 41 | 44 |
| Diabetologia | - | - | - | - | - | 15 | 9 |
| Dietologia | 5 | 4 | - | - | 4 | 77 | 77 |
| Ecocolordoppler Cardiografico | 3 | 8 | - | - | 8 | 113 | 59 |
| Fisiatria e Riabilitazione | 13 | 16 | - | - | 16 | 47 | 26 |
| Foniatria | 8 | 3 | - | - | 3 | 20 | 59 |
| Ginecologia e Ostetricia | 4 | 5 | 170 | 100 | 175 | 111 | |
| Medicina dello sport | autogestita | - | - | - | - | - | - |
| Neurologia | 3 | 4 | 14 | 32 | 18 | 52 | 54 |
| ORL | 5 | 12 | 2 | 3 | 14 | 29 | 22 |
| Oculistica | 26 | 50 | 50 | 49 | 100 | 64 a 97 | 66 - 118 |
| Odontoiatria | 16 | 7 | 36 | 28 | 43 | 28 | 19 |
| Ortopedia | 2 | 10 | - | - | 10 | 69 | 83 |
| Reumatologia | 4 | 6 | 20 | 5 | 26 | 57 | 103 |
| Urologia | 5 | 13 | 8 | 23 | 21 | 43 | 110 |
| Laboratorio analisi | - | 605 | - | - | 605 | 1 | 1 - 2 |
| Radiologia Diagnostica | 36 | 70 | - | - | 70 | 4 | 8 |
| Radiologia Ecografica | 29 | 60 | - | - | 60 | 44 | 60 |

Poliambulatorio di Mesola
Attività 2005 - 1° semestre 2006

| Branca specialistica | Ore di attività settimanali a CUP | Prime visite settimanali a CUP | Prestazioni autogestite mensili 2005 | Prestazioni autogestite mensili 1° semestre 2006 | TOTALE 2005 | Tempi di attesa medi 2005 | Tempi di attesa medi 1° semestre 2006 |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|-------------|---------------------------|---------------------------------------|
| Cardiologia Territoriale | 9 | 26 | 2 | 2 | 28 | 36 | 45 |
| Chirurgia Generale | 3 | 10 | 15 | 15 | 25 | 2 | 4 |
| Dermatologia | 3 | 8 | 11 | 11 | 19 | 41 | 48 |
| Ecografie | 3 | 10 | - | - | 10 | 40 | 57 |
| Fisiatria e Riabilitazione (Centro Vitalis) | 15 | 23 | - | - | 23 | 9 | 2 |
| Oculistica | 6 | 13 | 6 | 6 | 19 | 59 | 81 |
| ORL | 5 | 12 | 19 | 19 | 31 | 9 | 11 |
| Ortopedia | 3 | 14 | - | - | 14 | 39 | 46 |

Poliambulatorio di Migliarino
Attività 2005 - 1° semestre 2006

| Branca specialistica | Ore di attività settimanale a CUP | Prime visite settimanali a CUP | Prestazioni autogestite mensili 2005 | Prestazioni autogestite mensili 1° semestre 2006 | TOTALE 05 | Tempi di attesa medi 2005 | Tempi di attesa medi 1° semestre 2006 |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|-----------|---------------------------|---------------------------------------|
| Cardiologia Territoriale | 3 | 9 | 10 | 3 | 19 | 64 | 51 |
| Dermatologia | 6 | 16 | 3 | 4 | 19 | 51 | 50 |
| ORL | 4 | 10 | 19 | 13 | 19 | 12 | 14 |
| Oculistica | 27 | 64 | 10 | 9 | 74 | 53 | 48 |
| Odontoiatria | 5 | 4 | - | 36 | 4 | 109 | 60 |
| Reumatologia | 4 | 7 | 11 | 3 | 18 | 64 | 61 |

Considerazioni sui risultati 2005, aree di miglioramento

- **Semplificazione di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, attraverso l'utilizzo dei modelli regionali richiesta referto:** il progetto prevedeva una maggiore utilizzazione dei modelli regionali DEBURO, in dotazione agli ambulatori specialistici territoriali e ospedalieri. Dopo una prima fase di condivisione della procedura di utilizzo con il personale medico ambulatoriale, si è passati alla fase di attuazione, che ha evidenziato un picco di utilizzo nel secondo semestre 2005 rispetto al precedente anno (1.850 nel 2004 e 23.256 nel 2005).
 - **Elementi di criticità:** nonostante la campagna promozionale, inizialmente l'utilizzo di questi modelli è stato graduale, ma successivamente è stata ottenuta un'ottima performance.
 - **Area di miglioramento:** l'obiettivo è quello di migliorarne l'utilizzo nel 2006, per raggiungere il tetto nel 2007.
- **Gestione delle liste di attesa:** una revisione critica delle agende CUP del Distretto ha messo in evidenza una notevole difformità nell'articolazione delle agende, anche di branche specialistiche omogenee, legata all'iniziale autoreferenzialità con cui ciascuno specialista aveva programmato la propria attività ambulatoriale. Rielaborando in modo organico le agende prenotabili, abbiamo garantito tempi di esecuzione non difformi tra specialisti della stessa branca all'interno del nostro territorio. Questo ci ha permesso di ricavare spazi per inserire nuove prime visite, garantendo all'utente afferente all'U.O. Specialistica un'equità di accesso.
 - **Elementi di criticità:** poiché rimangono critici i tempi di attesa, il processo di rimodulazione delle agende si sviluppa attraverso lunghe latenze delle fasi applicative.
 - **Area di miglioramento:** si prevede di proseguire tale rimodulazione anche nel 2007, coinvolgendo un maggior numero di branche specialistiche, al fine di garantire progressivamente il 70% di prime visite a CUP per ogni attività specialistica.
- **Revisione delle branche specialistiche che presentano maggiori criticità relativamente alla mancata presenza dell'utente prenotato:** attraverso un lavoro di raccolta dati diretta all'interno dei vari ambulatori specialistici, si è ottenuto in tempo reale la situazione di rilevazione degli utenti prenotati che non si presentano e non avvisano della prevista assenza al Centro Servizi o l'ambulatorio.
 - **Elementi di criticità:** alcune attività specialistiche rispetto ad altre presentano maggiori assenze, in particolare quelle con maggiori tempi di attesa.
 - **Area di miglioramento:** è stato prodotto, a questo scopo, dall'AUSL un servizio di richiamata dell'utente prenotato, che avvisa telefonicamente una settimana prima il cittadino, ricordando data e orario della prenotazione.
- **Facilitazione all'accesso negli ambulatori cardiologici distrettuali** del paziente con problematiche cardio-vascolari, attraverso un percorso che riduca i tempi di attesa e consenta la successiva presa in carico del paziente, fino al completamento dell'iter diagnostico.
 - **Elementi di criticità:** il percorso è stato avviato solo in alcuni ambulatori territoriali, per un totale di 448 pazienti in un anno.
 - **Area di miglioramento:** ci si propone di estendere questo percorso ad altre aree del Distretto.
- **Facilitazione all'accesso negli ambulatori oculistici distrettuali** del paziente affetto da cataratta, attraverso presa in carico pre e post-operatoria ed esecuzione dell'intervento chirurgico presso gli Ospedali del Delta e di Comacchio.
 - **Elementi di criticità:** il percorso è stato implementato con ulteriore II seduta per l'eccessivo allungamento delle liste di attesa.
 - **Area di miglioramento:** l'acquisto di attrezzature diagnostiche all'avanguardia in campo oculistico permetterà una diagnosi e una terapia più appropriate, anche nei

confronti della patologia glaucomatosa.

- **Distribuzione diretta farmaci** presso gli ambulatori all'atto della prima visita e del successivo controllo. Consente una migliore performance terapeutica.
 - **Elementi di criticità:** non tutti gli ambulatori sono dotati di ambienti spaziosi, che permettano la conservazione in deposito di quantità di farmaci sufficienti alla distribuzione. Inoltre, negli ambulatori periferici il personale medico e farmacista non è presente tutti i giorni della settimana.
 - **Area di miglioramento:** implementare le fasce di distribuzione.
- **Presa in carico del paziente dimesso dopo intervento ortopedico, presso l'ambulatorio fisiiatrico di Mesola:** ha permesso di accelerare i tempi di trattamento riabilitativo nel periodo postoperatorio.
 - **Elementi di criticità:** il percorso è stato rivolto inizialmente ai residenti nei comuni di Mesola e Goro.
 - **Area di miglioramento:** potrebbe essere esteso ad altri cittadini residenti nel Distretto.
- **Mappatura dell'attività odontoiatrica distrettuale**, al fine di definire le sedi e la tipologia di attività svolta presso il Distretto.
 - **Elementi di criticità:** rispetto alla popolazione residente, a cui destinare le cure DRG 2678/04, il nostro territorio è sottostimato come ore di attività dedicate.
 - **Area di miglioramento:** implementazione dell'offerta.

Obiettivi previsti per il 2006-07

1 Governo dei consumi e dell'offerta di prestazioni specialistiche:

- implementazione dei criteri di appropriatezza, attraverso percorsi diagnostico-terapeutici ambulatoriali;
- apertura di ore supplementari di Endocrinologia presso l'Ospedale di Argenta e del Delta;
- incremento di attività chirurgica ambulatoriale dermatologica (PAF, ambulatorio Ospedale del Delta e Poliambulatorio di Portomaggiore);
- riorganizzazione attività oculistica, con istituzione di PAF per pazienti affetti da cataratta e glaucoma.

2 Gestione uniforme delle agende di prenotazione CUP:

- modificare le agende CUP, rendendo prenotabili solo le urgenze dilazionabili e le prime visite, prevedendo l'autogestione dei controlli, le indagini strumentali aggiuntive, i follow-up dei pazienti cronici;
- rendere maggiormente disponibili le prenotazioni a CUP, attraverso criteri di appropriatezza prescrittiva nella gestione dei controlli e dei cronici;
- passaggio di prestazioni cardiologiche strumentali di II livello in autogestione, adottando criteri di appropriatezza.

3 Mantenimento e implementazione dell'erogazione farmaci all'atto della visita specialistica ambulatoriale:

- la presa in carico del paziente ambulatoriale prevede anche il controllo terapeutico dell'assistito nel tempo, da parte del medico specialista.

Tabella riassuntiva obiettivi 2006-07

| | Titolo dell'Obiettivo | Descrizione dell'Obiettivo |
|---|--|---|
| 1 | Governo dei consumi e dell'offerta di prestazioni specialistiche | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apertura di ore supplementari di Endocrinologia presso l'Ospedale di Argenta e del Delta; ▪ incremento di attività chirurgica ambulatoriale dermatologica (PAF ambulatorio Ospedale del Delta e Poliambulatorio di Portomaggiore); ▪ riorganizzazione attività oculistica con istituzione di PAF per pazienti affetti da cataratta e glaucoma. |
| 2 | Gestione uniforme delle agende di prenotazione CUP | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modificare le agende CUP, rendendo prenotabili solo le urgenze dilazionabili e le prime visite, prevedendo l'autogestione dei controlli, le indagini strumentali aggiuntive, i follow-up dei pazienti cronici; ▪ rendere maggiormente disponibili le prenotazioni a Cup, attraverso criteri di appropriatezza prescrittiva nella gestione dei controlli e dei cronici; ▪ passaggio di prestazioni cardiologiche strumentali di II livello in autogestione, adottando criteri di appropriatezza. |
| 3 | Mantenimento e implementazione dell'erogazione farmaci all'atto della visita specialistica ambulatoriale | <ul style="list-style-type: none"> ▪ La presa in carico del paziente ambulatoriale prevede anche il controllo terapeutico dell'assistito nel tempo da parte del medico specialista |

3.1.5 L'Assistenza Farmaceutica

Premessa

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

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

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

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

Principali attività svolte nel 2005:

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

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

Farmaceutica Convenzionata

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

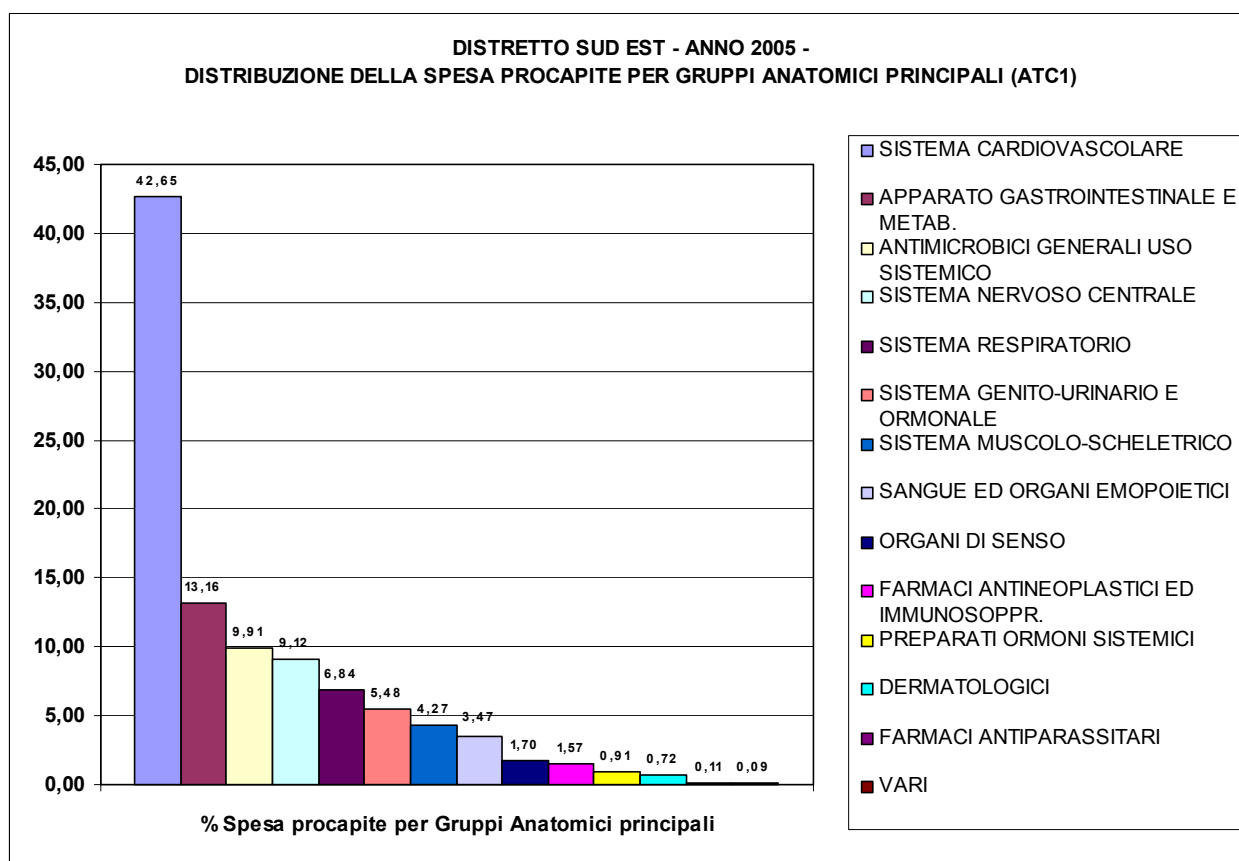
Infatti, nonostante dal mese di novembre, a seguito della cessazione dello sconto aggiuntivo del 4,12% sulla distinta contabile delle farmacie (introdotto con D.lgs. 56/2004), si sia registrato un incremento della spesa farmaceutica rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente, l'anno 2005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

Nel Distretto Sud Est, l'assistenza farmaceutica convenzionata viene erogata da 37 farmacie convenzionate, 5 succursali, aperte durante la stagione estiva (da maggio a settembre), per far fronte al flusso turistico, e da un dispensario, presenti nel territorio del Distretto.

La spesa netta procapite del Distretto Sud Est è stata pari a 204,30€, -2,89% rispetto al 2004, +2,96% rispetto alla media ASL.

La spesa lorda procapite è stata pari a 207,42€, -10,33% rispetto al 2004.

Per conoscere la tipologia dei farmaci prescritti nell'anno 2005 nell'intero Distretto dai medici di medicina generale, pediatri, specialisti ospedalieri e convenzionati, viene di seguito riportato il grafico relativo alla distribuzione della spesa procapite per Gruppi Anatomici principali (ATC 1), con la relativa percentuale rispetto al totale della spesa.



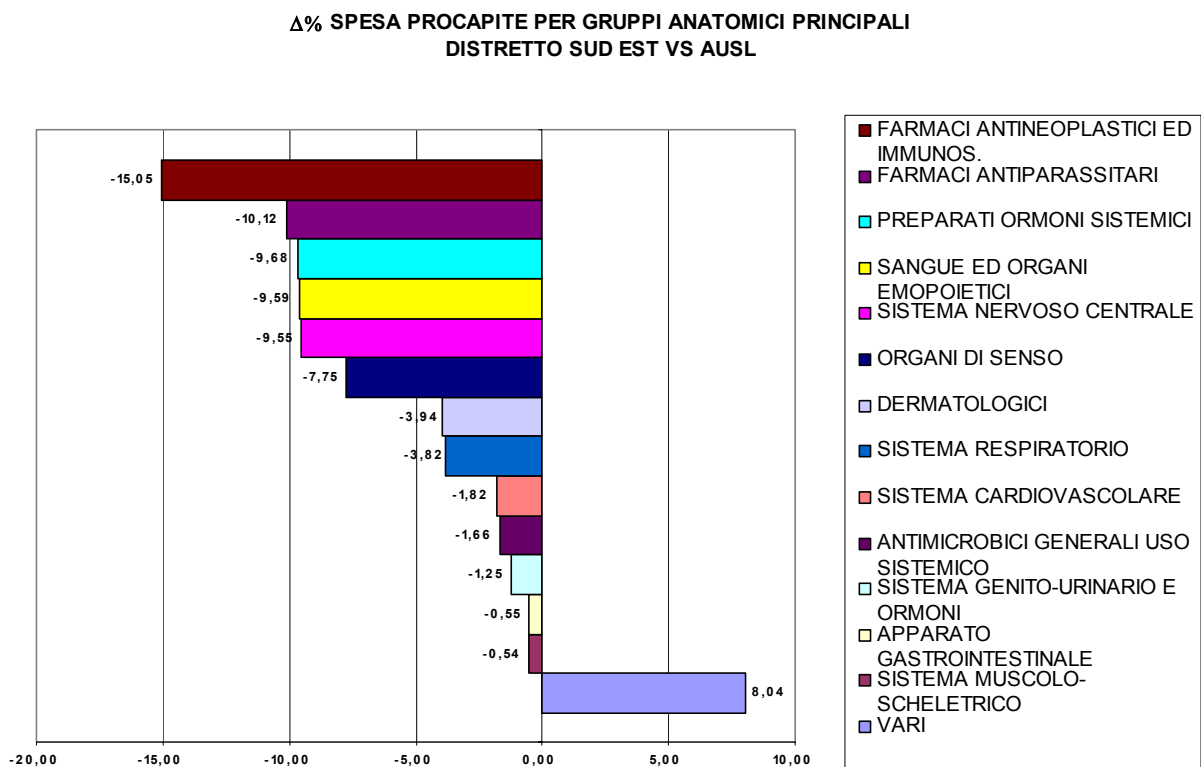
I primi cinque gruppi di farmaci, che nel loro insieme superano l'80% in termini di importo di prescrizione, sono i farmaci cardiovascolari. Essi rappresentano da soli il 42,65% della spesa farmaceutica territoriale, seguiti dai farmaci gastrointestinali (13,16%), dagli antimicrobici sistemici (9,91%), dai farmaci del sistema nervoso centrale (9,12%) e del sistema respiratorio (6,84%). Tale distribuzione della spesa farmaceutica è sovrapponibile a quella dell'intera AUSL.

Relativamente, invece, al valore (importo in €) della spesa procapite, sempre per Gruppi Anatomici principali, dal grafico sotto riportato possiamo rilevare che, ad eccezione del gruppo "Vari", il Distretto Sud Est registra sempre un importo inferiore alla AUSL.

Il gruppo "Vari" è costituito da un gruppo di farmaci non inseribili nei gruppi precedenti, che rappresentano solo lo 0,09% della spesa farmaceutica convenzionata, e pertanto il dato risulta trascurabile.

Viene di seguito riportata la tabella che evidenzia lo scostamento di spesa procapite del Distretto Sud.Est rispetto alla AUSL.

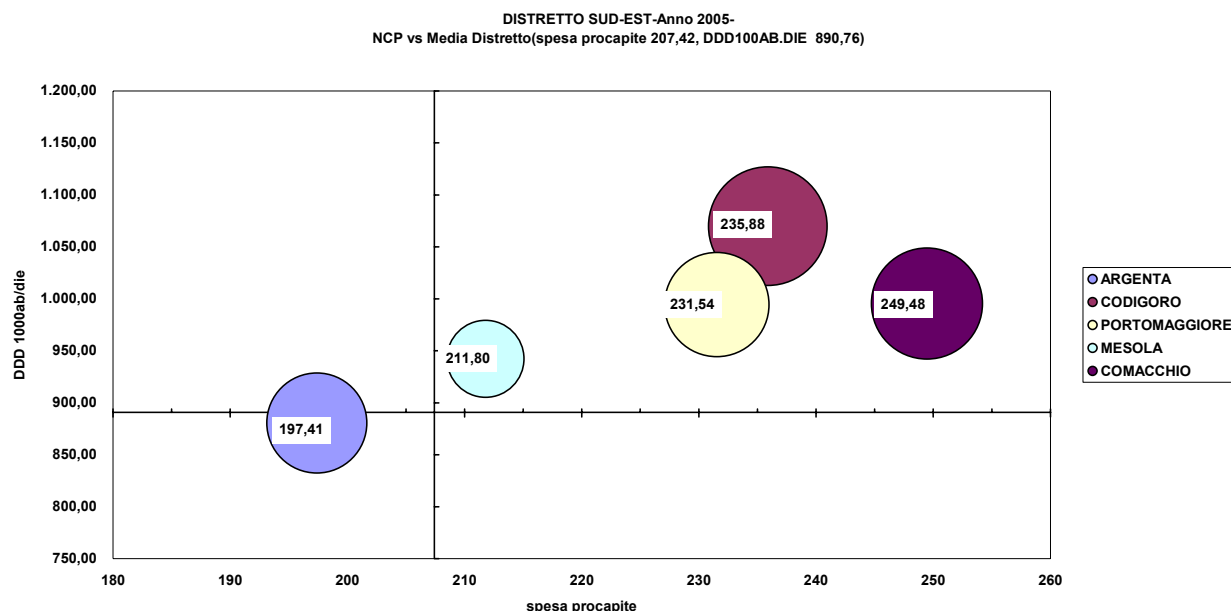
SPESA PROCAPITE PER GRUPPI ANATOMICI PRINCIPALI DISTRETTO SUD EST vs AUSL



Il 98,1% della spesa farmaceutica convenzionata è determinato dalla prescrizione dei medici di medicina generale, appartenenti ai cinque Nuclei delle Cure Primarie.

Viene di seguito rappresentata la prescrizione dei suddetti Nuclei rispetto agli indicatori della spesa procapite e delle DDD1000ab.die, indicatore di esposizione ai farmaci della popolazione. La spesa procapite di ogni singolo Nucleo è evidenziata all'interno della rispettiva bolla.

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



Erogazione diretta

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

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

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

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

Prospetto economico erogazione diretta provincia di Ferrara - Anno 2005

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

Nel Distretto Sud Est, nel 2005 si è avuto un incremento di erogazione diretta rispetto all'anno 2004 pari a +15,56, con un conseguente risparmio sulla spesa farmaceutica convenzionata di

| EROGAZIONE DIRETTA - ANNO 2005 | | | | | |
|--|-------------------|------------------|-----------|-------------|--------|
| | Erogato 20-04 SE* | Erogato 2005 SE* | Risparmio | 2005 - 2004 | % |
| Farmaci alto costo D.H. | 976.898,00 | 1.190.908 | 563.947 | 214.009,51 | 21,91 |
| Farmaci alto costo farmacia | 1.577.117,00 | 1.812.188 | 742.719 | 235.070,94 | 14,91 |
| Farmaci dopo dimissioni ricovero | 645.487,00 | 669.507 | 588.556 | 24.019,79 | 3,72 |
| Farmaci dopo visita specialistica ambulatoriale | 1.788.825,00 | 1.858.164 | 1.024.857 | 69.338,74 | 3,88 |
| ADI II | 31.009,00 | 27.221 | 20.608 | -3.788,09 | -12,22 |
| ADI I | 51.589,00 | 194.487 | 151.469 | 142.897,52 | 276,99 |
| Erogazione farmaci strutture residenziali | 158.134,00 | 290.437 | 234.124 | 132.302,73 | 83,66 |
| Totale | 5.229.059,00 | 6.042.910 | 3.326.279 | 813.851,14 | 15,56 |

* Costo al pubblico

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

Tale attività ha avuto un ulteriore sviluppo nell'anno 2006, prevedendo nuovi punti di erogazione, nonché l'ampliamento delle giornate di erogazione.

Oltre che nelle farmacie sopra indicate, dove viene effettuata attività di erogazione diretta in tutte le giornate lavorative, sono attivi sette punti di erogazione diretta, sempre gestiti dal personale farmacista, presso l'Ospedale di Comacchio, i poliambulatori di Codigoro, Goro, Mesola, Migliarino, Ostellato, Portomaggiore, ed è già stata attivata la presa in carico del paziente cronico diabetico presso la Medicina di Gruppo di Ostellato, mentre quelle di Portomaggiore, Goro e Codigoro sono in corso di attivazione.

Tabella riassuntiva degli obiettivi 2006-2007

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

Politica del farmaco. Programmazione per il 2007

Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

Assistenza farmaceutica ospedaliera

I dati di consumo rilevati anche dai flussi AFO evidenziano un incremento della spesa attribuibile a terapie innovative di nuova immissione in commercio. I costi sostenuti per tali farmaci, generalmente soggetti a mobilità, negli ultimi tre anni precedenti al 2006 hanno subito un grosso incremento (pari a circa il 60%). Ciò evidenzia, al di là di indicazioni recenti suggerite dalla letteratura scientifica, la necessità di governare il fenomeno attraverso criteri di indiscutibile appropriatezza. Nell'anno 2006 vs 2005, al contrario degli anni precedenti, la mobilità per la provincia di Ferrara determinata dall'Azienda Ospedaliera ha avuto un incremento contenuto di circa il 12%, raggiungendo quasi il risultato concertato e atteso per il 2006.

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

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

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

Verrà, inoltre, valutato per alcuni gruppi terapeutici l'effetto induttivo delle diverse espressioni di assistenza farmaceutica: in particolare, si valuterà l'impatto della distribuzione diretta sulla farmaceutica territoriale dei farmaci oftalmologici, inibitori di pompa, antineoplastici (terapia endocrina). Strumenti fondamentali per contribuire a garantire la promozione dell'appropriatezza ed efficienza dell'assistenza farmaceutica sono i prontuari terapeutici e le commissioni terapeutiche. La Commissione Terapeutica Provinciale, costituita nel 2004 tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera di Ferrara, unitamente al Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, svolge la propria attività in un'ottica di standardizzazione della politica farmaceutica in ambito provinciale, con l'obiettivo di una maggiore qualificazione della spesa, basata su criteri di qualità, sicurezza, efficacia, appropriatezza ed economicità.

Nel corso del 2004 e del 2005, tale Commissione ha definito un unico Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP), inserito sui siti web delle Aziende Sanitarie Provinciali e diffuso ai medici delle due Aziende.

Nel corso dell'anno 2006 ha preso in esame, oltre alle richieste di inserimento di nuovi farmaci, l'elenco dei farmaci presenti nel PTP, per un confronto con ciò che è presente a livello regionale, ai fini di un allineamento.

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

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

Nell'anno 2007, la CPF (Commissione Provinciale del Farmaco), applicando i criteri regionali sta-

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

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

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

Un aspetto importante nella prescrizione dei farmaci in ambito ospedaliero è la garanzia, per il cittadino, della corretta prescrizione alla dimissione, ai fini della **gestione del rischio clinico**, con l'obiettivo di garantire al cittadino la sicurezza d'uso dei prodotti farmaceutici. Questo aspetto viene garantito attraverso la prescrizione informatizzata alla dimissione da parte delle UU.OO. che hanno il collegamento in rete.

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

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

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

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

Assistenza farmaceutica convenzionata

Nell'anno 2006, la spesa farmaceutica convenzionata netta dell'ASL di Ferrara è incrementata, rispetto all'anno precedente, del +3,33%, mentre la spesa netta procapite pesata è stata pari a 189,07 €, -0,39% rispetto alla media regionale. Tale incremento complessivo annuale è stato contenuto, rispetto al 1° semestre 2006 (quando era pari al +9,55%), oltre che dalle Det. AIFA di revisione del prezzo dei farmaci, anche da azioni aziendali incentrate sull'appropriatezza prescrittiva e sul miglioramento dell'utilizzo delle risorse, quali: potenziamento dell'erogazione diretta, sensibilizzazione e coinvolgimento sulla prescrizione di farmaci a miglior rapporto costo/terapia rivolto a tutti i prescrittori - medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti sia convenzionati che ospedalieri -, implementazione di una nuova reportistica di monitoraggio della prescrizione dei medici di medicina generale, incentrata sull'evidenza delle maggiori criticità prescrittive, individuazione di nuovi obiettivi di qualificazione della prescrizione.

Tali azioni, implementate e/o potenziate nel secondo semestre del 2006, proseguono anche nell'

anno 2007 e riguardano principalmente:

- il contenimento della spesa farmaceutica tramite la prescrizione del farmaco generico o dei principi attivi a minor costo DDD, nel rispetto dell'equivalenza terapeutica, sancita dalla letteratura scientifica e dalle risultanze di specifici tavoli tecnici, attivati già dal 2005, relativi all'assistenza al paziente con elevato rischio cardio-vascolare, alle malattie dell'apparato muscolo-scheletrico e all'uso appropriato degli inibitori di pompa protonica (farmaci antiulcera). Tale azione viene sviluppata sia tramite azioni di informazione ai prescrittori su costi-terapia relativi alle terapie a elevato impatto sociale, ipertensione, ulcera, ecc., sia tramite gli accordi con i medici di medicina generale, laddove sono previsti obiettivi basati, ad esempio, sul costo DDD dei farmaci ad azione ipotensivante, che rappresentano il 30,76% della spesa farmaceutica convenzionata, o sulla spesa procapite pesata e/o costo DDD di altri gruppi terapeutici come bifosfonati, antiulcera, ecc.
In collaborazione con l'Università di Ferrara, è stato attivato il progetto ALARM (Adherence to Long-term therapies: Assessment and Real practice Management), il cui obiettivo è di valutare i processi terapeutici applicati in pratica clinica per il trattamento di patologie croniche, sulla base di uno standard di riferimento prefissato, relativo alle migliori evidenze scientifiche. I trattamenti farmacologici presi in esame sono i farmaci per l'ipertensione arteriosa, gli ipolipemizzanti e gli antiaggreganti;
- il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva tramite la promozione dell'informazione sul corretto uso del farmaco, sulle interazioni e le reazioni avverse da farmaci, ai medici prescrittori - medici di medicina generale, specialisti medici e ospedalieri -, favorita anche dall'attivazione di uno specifico sito di informazione aziendale attivo dal 2007. In particolare, vengono sviluppati i seguenti temi:
 - o informazioni sui farmaci e costi terapia;
 - o diffusione degli aggiornamenti normativi relativi alla prescrizione farmaceutica;
 - o Prontuario Terapeutico Provinciale;
 - o farmacovigilanza;
 - o reportistica relativa alle prescrizioni farmaceutica;
- la promozione dell'informazione sul corretto uso dei farmaci ai cittadini, tramite lo sviluppo di azioni intraprese negli anni scorsi. In particolare, per il 2007 si prevede l'attivazione di una campagna di educazione sanitaria nei confronti dei cittadini, con il coinvolgimento di tutti i professionisti - medici di medicina generale, farmacisti e specialisti -, basandosi, per la definizione dei contenuti e degli strumenti, sui bisogni emersi dalle rilevazioni effettuate nel corso del 2006 e con una particolare attenzione alla promozione dell'uso dei farmaci generici al posto delle specialità farmaceutiche di riferimento;
- la formazione dei farmacisti delle farmacie convenzionate e degli iscritti all'Ordine dei Farmacisti, attivata nel 2007, sui temi della farmacovigilanza e del corretto esercizio farmaceutico;
- l'attività di farmacovigilanza. Nel corso del 2006 è stato potenziato il coinvolgimento dei segnalatori, sia tramite specifici corsi di formazione, sia attraverso l'invio da parte del responsabile di farmacovigilanza di informazione di ritorno ampiamente commentata. Questa azione di sensibilizzazione ha ulteriormente incrementato il tasso di segnalazione, collocando la provincia di Ferrara tra le prime in Italia per tasso di segnalazioni di ADR, con valori in linea con il Gold Standard fissato dall'OMS.

Continuità ospedale-territorio

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

La spesa procapite territoriale pesata della nostra ASL è stata, nel 2006, pari a 222,44€, contro una media RER di 221,61€. Tale spesa deriva dalla spesa farmaceutica convenzionata (AFT), sommata alla spesa farmaceutica in erogazione diretta.

Relativamente all'anno 2007, per effetto del trascinarsi delle azioni intraprese nel 2° semestre 2006, dovrebbe incrementare l'attività di erogazione diretta, con l'obiettivo di far rientrare la spesa farmaceutica territoriale sotto la media regionale.

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

3.1.6. Il Consultorio Familiare

Popolazione target: 32.000 DONNE dai 14 agli 75 anni

Dati epidemiologici

- Percentuale di donne che allattano esclusivamente al seno al terzo mese: circa 45,9% (dati 2005);
- percentuale adesione screening tumori collo uterino: Portomaggiore 67,4%, Codigoro 63,6%, AUSL 65,5% (dati 2004, essendo il ciclo triennale);
- ore d'apertura del servizio sett./pop. target x 1000: 3,9; RER 3,9.

Le **finalità** del consultorio familiare:

- l'attuazione del "Percorso nascita", che prevede il coinvolgimento di tutti i servizi interessati, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza al parto, incrementando i parti fisiologici e la pratica dell'allattamento al seno materno;
- la tutela della fertilità, attraverso la diagnosi e la terapia della sterilità singola e di coppia;
- il recupero della natalità attraverso la promozione della maternità e della paternità responsabili;
- la consulenza e l'assistenza alle coppie, al fine di prevenire gravidanze indesiderate;
- gli interventi a carattere informativo e clinico finalizzati al recupero della genitorialità;
- la presa in carico delle donne che desiderano effettuare un'interruzione volontaria di gravidanza;
- la promozione della salute sessuale;
- favorire gli screening sui tumori del collo dell'utero e della mammella;
- favorire gli interventi di prevenzione e cura delle patologie invalidanti della popolazione target, come la prevenzione e diagnosi dei tumori genitali e mammari e la cura delle patologie legate alla menopausa, quali l'incontinenza urinaria e l'osteoporosi;
- migliorare il benessere psico-sessuale degli adolescenti, potenziando le attività preventive e assistenziali atte ridurre i comportamenti a rischio;
- facilitare l'accesso della popolazione immigrata alle prestazioni e ai percorsi.

Il consultorio diventa, quindi, il punto di riferimento distrettuale per la salute sessuale, relazionale e riproduttiva dei singoli, della coppia e della famiglia.

La rete dei Servizi Distrettuali

I Programmi trasversali

- **"Percorso nascita"**: in attuazione della L.R. 26/98, sono presenti procedure per l'integrazione tra consultori familiari materno-infantili e unità operative ospedaliere di Ostetricia, al fine di garantire la tutela delle donne gravide e la continuità assistenziale post partum della madre e del bambino. A questo proposito, nel 2005-2006 è stato attivato un gruppo di lavoro interaziendale con il compito di completare e revisionare le procedure di tutto il percorso. Nei primi mesi del 2006, le nuove procedure sono state validate in un momento formativo comune. Sono previste collaborazioni con la **Pediatria di Comunità** all'interno dei corsi di preparazione al parto e per le consulenze post partum, al fine di garantire un'implementazione delle donne che allattano esclusivamente al seno e per garantire la corretta gestione del neonato. Tra Salute Donna e Pediatria di Comunità è in corso il progetto congiunto "Chi ben comincia", che si propone di raggiungere telefonicamente tutte le puerpere a pochi giorni dal parto, al fine di cogliere sul nascere difficoltà nell'allattamento al seno, per fornire consulenze telefoniche, ambulatoriali e domiciliari. È prevista la collaborazione con le **Divisioni Ospedaliere di Ostetricia**, al fine di garantire

alla donna gravida servizi di secondo livello, che comprendono consulenze, ecografie, cardiocografie, fino all'espletamento del parto.

Tutte le Aziende sono tenute a garantire l'attuazione del "Percorso nascita", attribuendo le specifiche responsabilità e strumenti di monitoraggio.

È prevista una collaborazione con il **Ser.T.** nella prevenzione dei rischi di iposviluppo fetale nelle donne gravide fumatrici, favorendo una campagna di disassuefazione al fumo all'interno del nucleo familiare, cercando di evitare anche i danni da fumo passivo nei confronti del nuovo nato.

- **Screening oncologico:** i consultori familiari rappresentano la sede d'esecuzione dei pap-test all'interno del progetto provinciale di screening dei tumori del collo uterino e garantiscono anche i controlli colposcopici e le biopsie della portio. Gli eventuali accertamenti successivi e gli interventi chirurgici radicali in caso di patologia tumorale grave sono, invece, concentrati presso le **Divisioni ospedaliere di Ginecologia. Il Dipartimento di Sanità Pubblica** garantisce un'importante funzione di coordinamento tra consultori familiari, Centro di Citodiagnostica, Divisioni ospedaliere, enti pubblici e utenti.

Integrazione con gli altri livelli programmatici, Piani per la Salute e Piani di Zona

- Per quanto riguarda i **Piani per la Salute**, la priorità è caduta sul "**sostegno alla genitorialità: gravidanza e primo anno di vita**". La scelta non ci coglie impreparati, perché le azioni principali del Servizio - Percorso nascita, educazione all'allattamento al seno, consulenze in puerperio e puerperio domiciliare nel comune di Comacchio - sono fortemente allineate con questo obiettivo. Dovranno essere previste azioni di miglioramento che valorizzino la tutela della donna gravida, della madre e del neonato.
- Per quanto riguarda i **Piani di Zona**, integrazioni sociosanitarie sono auspicabili sugli obiettivi di "socializzazione famiglie e bambini", in cui si propone di valorizzare e sostenere le responsabilità familiari e le capacità genitoriali, e di "inclusione sociale", in cui è previsto un potenziamento degli interventi d'integrazione sociale degli immigrati. Azioni di educazione sanitaria e sessuale, da parte del consultorio giovani, sono previste nei centri di aggregazione giovanile del nostro territorio.

Dati di sintesi attività 2005 del Servizio Salute Donna

Tabella utenti e nuove utenti distinti per età e provenienza geografica

| Utenza | < 19 anni | 20-29 anni | 30-39 anni | 40-49 anni | 50-64 anni | > 65 anni | Totale |
|-------------------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|-----------|--------------|
| Totale utenti nell'anno | 163 | 909 | 981 | 703 | 589 | 342 | 3.687 |
| Nuove utenti | 86 | 298 | 351 | 144 | 117 | 101 | 1.097 |
| Extracomunitarie | 17 | 158 | 132 | 65 | 16 | - | 388 |
| Nuove utenti extracomunitarie | 6 | 35 | 48 | 19 | 2 | - | 110 |

Si noti un lieve incremento delle utenti totali, con incremento delle nuove utenti extracomunitarie.

**Tabella delle principali attività, suddivisa per tipologia di prestazioni.
Confronto anni 2004 e 2005**

| ATTIVITÀ | PRESTAZIONI 2004 | PRESTAZIONI 2005 |
|--------------------------------|--------------------|--|
| Specialistica ginecologica | 1.695 | 1.799 |
| Visite senologiche | 1.635 | 1.319 |
| Assistenza ostetrica | 908 | 1.270 |
| Sostegno allattamento al seno | 394 | 230 + 397 telefonate "Chi ben comincia" |
| Percorso IVG | 172 (32 immigrate) | 375 (66 immigrate) |
| Pap-test screening | 5.957 | 5.649 |
| Percorso menopausa | 571 | 821 |
| Rieducazione pavimento pelvico | 100 | 325 |
| Controllo della fertilità | 556 | 778 |
| RIEPILOGO | 12.528 | 12.963 |

Le prestazioni del servizio sono state sostanzialmente mantenute: la riduzione delle visite senologiche può essere imputata alla maggiore efficienza del programma di screening provinciale nella presa in carico delle utenti, mentre la riduzione dei pap-test è un fenomeno che si ripete ciclicamente, in rapporto alla fase dello screening con ciclicità triennale.

Rilevazione prevalenza dell'allattamento al seno materno anno 2005 Distretto Sud Est

| Allattamento | Dati 2004 | Dati 2005 |
|---------------|-----------|-------------|
| Esclusivo | 42,35 | 45,9 |
| Predominante | 8,82 | 5,1 |
| Complementare | 16,17 | 19,1 |
| Artificiale | 32,24 | 29,9 |

I dati 2005 evidenziano un incremento percentuale di 3,4 punti per l'allattamento esclusivo al seno e una riduzione di 2,25 punti percentuali dell'allattamento artificiale, con un'inflessione dell'allattamento predominante a vantaggio di quello esclusivo. Le madri contattate telefonicamente dopo il parto con il progetto "Chi ben comincia" sono state l'83,6%.

Considerazioni sui risultati 2005, aree di miglioramento e obiettivi 2006-2007

Incremento del 10% delle azioni atte a favorire l'allattamento al seno materno e a prolungarlo oltre il terzo mese di puerperio, attraverso il progetto "Chi ben comincia", in collaborazione con la Pediatria di Comunità. Il progetto prevede il contatto telefonico con tutte le puerpere del nostro Distretto, entro 15 giorni dal parto, fornendo loro consulenze telefoniche, ambulatoriali e domiciliari sull'allattamento al seno. Questo obiettivo viene trascinato dal 2004, in quanto inserito in un progetto dei PPS.

Personale coinvolto: operatori del Servizio Salute Donna, della Pediatria di Comunità e della Divisione di Ostetricia-Ginecologia dell'Ospedale del Delta e di Comacchio.

Le consulenze telefoniche, nel corso del 2005, sono state 107, quelle ambulatoriali 119, quelle domiciliari 4; le chiamate a domicilio dopo la dimissione da parto con il progetto "Chi ben comincia" sono state 397. I dati dimostrano un costante incremento di donne che allattano al seno nel

nostro Distretto: siamo passati dal 23% di allattamento esclusivo di alcuni anni fa al 45,9% attuale, anche se siamo ancora lontani dagli standard dell'OMS.

“Progetto menopausa”, con particolare attenzione alle donne affette da incontinenza urinaria da sforzo, attraverso l'incremento di attività dell'ambulatorio di rieducazione del pavimento pelvico, operativo nel consultorio di Portomaggiore. I cicli rieducativi sono tenuti da un'ostetrica appositamente formata. Oltre alla riabilitazione fisica, il progetto prevede il completamento con l'introduzione della riabilitazione strumentale, attraverso l'utilizzo di un elettrostimolatore computerizzato.

Personale coinvolto: operatore del Servizio Salute Donna.

Le sedute di rieducazione del pavimento pelvico in donne affette da incontinenza urinaria sono state 325, delle quali 40 con elettrostimolatore computerizzato. L'unica criticità, per quanto riguarda la presa in carico di un maggior numero di nuove utenti, è legata al fatto che solo un'ostetrica ha una formazione completa per poter operare in questo servizio.

Nuova apertura di uno spazio consultoriale di primo livello rivolto agli adolescenti nel consultorio di Codigoro, con la possibilità di consulenze ginecologiche, consulenze di educazione sanitaria e sessuale rivolte ai singoli o a piccoli gruppi di adolescenti, effettuate da ostetriche territoriali. Con la previsione di un ginecologo territoriale del Servizio Salute Donna, verrà attivato un consultorio giovani nel Distretto Sud Est con un progetto triennale condiviso con il Distretto Ovest, che vede l'apertura di uno spazio giovani nel 2005 e, nel successivo biennio, l'implementazione delle attività rivolte agli adolescenti sul modello del “Consultorio Giovani” di Ferrara. Sono previsti momenti formativi comuni con specialisti esterni e interni alla realtà aziendale.

Le ore lavoro necessarie sono ricavate dalla dismissione dell'ambulatorio di Densitometrie ossea, uscito dai LEA.

Personale coinvolto: operatori del Servizio Salute Donna, in collaborazione con i presidi scolastici e le associazioni di volontariato.

Il consultorio è stato attivato nel novembre 2005 e prevede le figure di un'ostetrica, di un ginecologo e di una psicologa per 5 ore settimanali, grazie alla collaborazione del Ser.T. distrettuale. Attualmente il consultorio giovani prevede una sola apertura settimanale che può limitare gli accessi; in futuro si prevede un maggiore impegno orario dell'ostetrica e della psicologa, in base alle risorse assegnate. Data la recente attivazione, i dati verranno valutati nel corso del biennio 2006-2007.

Nuova apertura di un ambulatorio consultoriale per le donne immigrate e i loro bambini nel consultorio di Portomaggiore, in collaborazione con la Pediatria di Comunità, che si farà carico degli aspetti pediatrici di urgenza.

Le ostetriche territoriali effettueranno consulenze ostetrico-ginecologiche di primo livello, garantendo la presa in carico nei servizi consultoriali e di cura primaria, con la collaborazione delle rappresentanti delle comunità di donne immigrate, che aiuteranno nella mediazione culturale. Con la presenza di un ginecologo territoriale del Servizio Salute Donna, anche la presa in carico di secondo livello sarà garantita. Il progetto si completa sul piano sociale con l'inserimento nei Piani di Zona. Inoltre, l'obiettivo condiviso con gli altri Distretti è stato inserito nella nuova programmazione dei Piani per la Salute.

Personale coinvolto: operatori del Servizio Salute Donna, della Pediatria di Comunità, Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Portomaggiore, rappresentanti delle comunità di immigrati e delle associazioni di volontariato.

Il consultorio è stato attivato nel giugno 2005 e nel secondo semestre sono state prese in carico 44 donne extracomunitarie per problematiche ginecologiche e ostetriche. Il servizio ha avuto una buona adesione di donne marocchine e dell'Est europeo, mentre maggiore è stata la difficoltà nei

confronti delle donna pachistane.

Gestione dei consultori con ginecologi dedicati; passaggio di due ginecologi in “isorisorse” dalla Divisione di Ginecologia del Delta al Servizio Salute Donna del Distretto Sud Est.

Questo obiettivo garantisce la continuità di cura nei nostri sei consultori familiari, favorendo l'integrazione territorio-ospedale. L'esperienza dei due dirigenti medici ginecologi permetterà l'attivazione di consultori di 1° e 2° livello, garantendo tutte le funzioni consultoriali, sia cliniche che preventive.

Personale coinvolto: Servizio Salute Donna e Divisione di Ostetricia-Ginecologia del Delta. L'obiettivo è stato completamente raggiunto nell'aprile 2005.

Obiettivi 2006-2007

Obiettivo 1 - “Consolidamento del consultorio per le nuove donne immigrate e i loro bambini a Portomaggiore, in collaborazione con la Pediatria di Comunità, che si farà carico degli aspetti pediatrici, e con il Servizio Sociale del Comune, che garantirà i rapporti con le comunità, individuando le mediatrici culturali. Le ostetriche territoriali si faranno carico dell'accoglienza, dell'indirizzo verso altri servizi del DCP, delle consulenze ostetrico-ginecologiche, in collaborazione con il ginecologo della struttura”.

Nel corso del 2005 le utenti extracomunitarie che hanno utilizzato i nostri servizi consultoriali sono state 388, delle quali 110 nuove utenti, distribuite in tutte le fasce di età.

Nei primi mesi del 2006, il consultorio dedicato alle donne extracomunitarie ha preso in carico 38 donne per problematiche ginecologiche e 8 nuove gravidanze.

Obiettivo 2 - “Sviluppo triennale dello Spazio Giovani, avviato nel 2005 nel consultorio di Codigoro, con la possibilità di consulenze ginecologiche, psicologiche, di educazione sanitaria, sessuale e relazionale, rivolte ai singoli e a piccoli gruppi di adolescenti, effettuate da ostetriche, da un ginecologo territoriale e dalla psicologa del Ser.T. Integrazione con il Servizio Sociale e i Piani di Zona delle due aree di Codigoro e Portomaggiore sugli obiettivi legati ai giovani e agli adolescenti”.

Nel primo semestre 2006 sono stati effettuati 61 colloqui di accoglienza, 29 visite ginecologiche, 18 visite ostetriche, 15 colloqui di psicologia clinica, 62 interventi educativi.

Obiettivo 3 - “In previsione della chiusura del Punto Nascita dell'ospedale S. Camillo di Comacchio, attivazione di un Consultorio di 2° livello a Comacchio e avvio del Puerperio Domiciliare nel Distretto Sud Est. Utilizzo di 4 ostetriche del Punto Nascita, che vengono inglobate nel Servizio Salute Donna, per le attività consultoriali e per il puerperio domiciliare”.

Attualmente le ostetriche assegnate sono state 2, per cui è stato possibile incrementare il consultorio di 2° livello di Comacchio con sedute colposcopiche ed ecografiche gestite con personale territoriale. È stato, inoltre, avviato il puerperio domiciliare per tutte le donne residenti nel comune di Comacchio. Le ostetriche contattano personalmente le puerpere con una visita in reparto il giorno dopo il parto, compilando una cartella con le informazioni sulla modalità del parto e sullo stato di salute del neonato; dopo la dimissione, seguono due o più visite a domicilio, concordate con la puerpera, in cui si valutano alcuni parametri sanitari della mamma e del neonato. Se sono necessari ulteriori controlli, la puerpera viene invitata in consultorio.

Il servizio è stato avviato nel maggio 2006. Alla data del 30 agosto, 33 puerpere su 42 hanno aderito al progetto di puerperio domiciliare, con conseguenti 80 visite domiciliari nel comune di Comacchio.

Tabella Riassuntiva degli Obiettivi 2006-2007

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| A | Consolidamento del consultorio per le nuove donne immigrate e i loro bambini a Portomaggiore, in collaborazione con la Pediatria di Comunità, che si farà carico degli aspetti pediatrici, e con il Servizio Sociale del Comune, che garantirà i rapporti con le comunità, individuando le mediatrici culturali. Le ostetriche territoriali si faranno carico dell'accoglienza, dell'indirizzo verso altri servizi del DCP, delle consulenze ostetrico-ginecologiche, in collaborazione con il ginecologo della struttura | Progetto inserito nei PPS |
| B | Sviluppo triennale dello Spazio Giovani avviato nel 2005 nel consultorio di Codigoro, con la possibilità di consulenze ginecologiche, psicologiche, di educazione sanitaria, sessuale e relazionale, rivolte ai singoli e a piccoli gruppi di adolescenti, effettuate da ostetriche, da un ginecologo territoriale e dalla psicologa del Ser.T. Integrazione con il Servizio Sociale e i Piani di Zona delle due aree di Codigoro e Portomaggiore sugli obiettivi legati ai giovani e agli adolescenti | Progetto inserito nei Piani di Zona |
| C | In previsione della chiusura del Punto Nascita dell'ospedale S. Camillo di Comacchio, attivazione di un Consultorio di 2° livello a Comacchio e avvio del Puerperio Domiciliare nel Distretto Sud Est. Utilizzo di 4 ostetriche del Punto Nascita, che vengono inglobate nel Servizio Salute Donna, per le attività consultoriali e per il puerperio domiciliare | Progetto distrettuale |

3.1.7. La Pediatria di Comunità

Target di popolazione:

età 0-17 anni

Territorio di Portomaggiore: 4.096

Territorio di Codigoro: 8.089

Totale del Distretto Sud Est: 12.185 (al 21/12/2005)

Nati residenti 2005

Ferrara : 1052

Copparo : 225

Totale Distretto Centro Nord: **1277**

Le finalità della Pediatria di Comunità sono:

- La tutela della salute della popolazione da 0 a 17 anni, attraverso la prevenzione delle malattie infettive;
- la tutela dei soggetti in condizioni di rischio sociosanitario;
- la facilitazione dei percorsi di vita e assistenziali per i minori affetti da malattia cronica, in integrazione con gli altri servizi per l'infanzia;
- la chiarezza e la completezza dell'informazione sull'accesso, le funzioni e le prestazioni sia a livello collettivo che individuale;
- la flessibilità degli orari di accesso e il contenimento dei tempi di attesa;
- la consulenza tecnica agli altri servizi all'infanzia presenti sul territorio distrettuale (scuola e altri luoghi di aggregazione, occasionali o permanenti), nell'ambito delle funzioni di tutela della salute psico-fisica.

DATI DI ATTIVITÀ 2005

- Vaccinazioni obbligatorie

Indicatore: percentuale di nati residenti di 24 mesi (al 31/12/2005), sottoposti a vaccinazioni obbligatorie.

| Coperture Vaccinali | 2004 | 2006 |
|---|-------------|-------------|
| Vaccinazioni obbligatorie (differite, tetano, polio, epatite B) | 99,4% | 99,4% |
| Vaccinazioni facoltative (morbillo-parotite-rosolia al 24° mese)* | 97,65% | 98,1% |

Le percentuali dei vaccinati sono sempre >95%.

Prestazioni a minori extracomunitari e migranti

| | Anno 2004 | | Anno 2005 | | 1° semestre 2006 | |
|---------------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| | Numero di utenti | Numero di prestazioni | Numero di utenti | Numero di prestazioni | Numero di utenti | Numero di prestazioni |
| Area Portomaggiore | 92 | 194 | 615 | 622 | 238 | 238 |
| Area Codigoro | 86 | 122 | 323 | 331 | 136 | 148 |
| Totale | 178 | 316 | 938 | 953 | 374 | 386 |

La tabella relativa all'anno 2005 evidenzia un consistente aumento di soggetti extracomunitari e relative prestazioni, in particolare nell'area di Portomaggiore. Il dato si conferma nel 1° semestre 2006.

Patologie croniche

Le patologie croniche presenti sono: diabete, epilessia, cardiopatia congenita, fibrosi cistica, celiachia, glicogenosi, sindrome di Down, HIV, malformazioni congenite, cerebropatie, patologie oncologiche, trapianti, ipo-anacusia, distrofia muscolare.

Nelle tabelle, il numero dei soggetti riportato si riferisce solo ai soggetti affetti da patologia cronica segnalati e per i quali sono stati attivati gli interventi riportati in tabella.

Nell'area di Portomaggiore, nel 2005, sono stati effettuati anche 25 interventi domiciliari a seguito di malattia infettiva.

| | Anno 2004 | | Anno 2005 | | 1° semestre 2006 | |
|---------------------------|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|------------|
| | Soggetti segnalati | Interventi | Soggetti segnalati | Interventi | Soggetti segnalati | Interventi |
| Area Portomaggiore | 18 | 58 | 17 | 58 | 16 | 22 |
| Area Codigoro | 30 | 226 | 34 | 266 | 36 | 94 |
| Totale | 48 | 284 | 51 | 324 | 52 | 116 |

Considerazioni sui risultati 2005, aree di miglioramento e obiettivi 2006

- Obiettivo **Nati per leggere** (è inserito nel progetto di tutela della genitorialità dei Piani Per la Salute).

Il progetto è stato attivato nel 2004 nel territorio dell'ex-Distretto di Portomaggiore per informare e sensibilizzare i genitori sull'importanza della lettura ad alta voce nello sviluppo di positive relazioni tra genitori e figli e per facilitare l'apprendimento della letto-scrittura.

Nel 2005 il progetto è stato implementato attraverso l'aumento delle sedute con lettrici nelle sale di attesa degli ambulatori vaccinali di Argenta e di Portomaggiore e la diffusione della sua conoscenza tramite la partecipazioni a incontri formativo/informativi sulla lettura ad alta voce, rivolti ai genitori dei bambini 0-3 anni dei comuni di Portomaggiore e di Argenta.

Criterio di verifica:

- aumento del 50% del numero delle sedute con le lettrici e partecipazione a due incontri formativo/informativi con i genitori dei bambini 0-3 anni.

L'obiettivo è stato raggiunto, infatti nel 2005:

- le sedute ambulatoriali con lettore sono state 32, mentre nel 2004 furono solo 12, perciò si registra un incremento del 50% rispetto all'anno precedente;
- si sono svolti due incontri con i genitori della popolazione target, uno a Portomaggiore il 24 maggio e uno ad Argenta il 27 maggio 2005.

- Obiettivo **Chi ben comincia** (è inserito nel progetto di tutela della genitorialità dei Piani Per la Salute).

Il progetto, operativamente integrato con il servizio Salute Donna distrettuale, è stato attivato per sostenere la pratica dell'allattamento materno attraverso la promozione di consulenze telefoniche precoci e/o ambulatoriali alle mamme dei bimbi nati e residenti nel nostro Distretto, segnalati inizialmente (nel 2003) dai Punti Nascita del solo Distretto Sud Est e poi (nel 2004) di tutta la provincia di Ferrara.

Le consulenze sono mirate all'individuazione delle modalità di alimentazione del neonato e alla rimozione di eventuali criticità insorte nell'allattamento al seno.

La valutazione di efficacia degli interventi è effettuata dal Pediatra di Comunità, al 3° mese di vita dei bimbi, in occasione delle prime dosi vaccinali.

Nel 2005, è stata consolidata l'attività di promozione e di sostegno dell'allattamento materno attraverso il raggiungimento telefonico precoce di più del 70% delle madri residenti nel Distretto e attraverso l'incremento dell'offerta attiva di consulenze, successive al primo contatto.

Criteri di verifica:

mantenimento della percentuale > al 70% delle madri contattate;

incremento del 10% delle consulenze telefonico/ambulatoriali successivamente al primo contatto telefonico.

L'obiettivo è stato raggiunto, infatti nel 2005:

- i nati residenti segnalati sono stati 476 e sono state contattate telefonicamente 398 mamme, con una percentuale del 83%;
- le consulenze telefonico/ambulatoriali successive alla prima telefonata sono state 67, > del 10% rispetto alle 26 effettuate nel 2004.

- Obiettivo **I Cento Passi**.

Il progetto è stato attivato nel 2004 per facilitare i percorsi assistenziali ai bambini affetti da patologia cronica, renderli più efficaci, con ricadute sull'efficienza complessiva degli stessi, e migliorare anche l'assistenza domiciliare e favorire l'inserimento scolastico.

A questo scopo, è stato creato un registro distrettuale computerizzato dei minori con patologia cronica, secondo le indicazioni regionali, e si è provveduto a incrociare i dati forniti dai pediatri di libera scelta, dai medici di base e dai pediatri di comunità.

Per l'anno 2005, il progetto prevedeva la collaborazione con i pediatri di libera scelta per la facilitazione dei percorsi assistenziali ai bambini con patologia cronica, quale sperimentazione funzio-

nale dell'unità pediatrica di Distretto.

Criterio di verifica:

- elaborazione di protocolli integrati (Pediatri di Comunità e Pediatri di Libera Scelta) per i nuovi casi segnalati e/o nuove necessità per i casi già seguiti.

L'obiettivo è stato raggiunto, infatti:

stati elaborati 6 nuovi protocolli integrati personalizzati e 12 protocolli integrati relativi a nuove necessità per i casi già segnalati. I percorsi sono stati condivisi con lo staff degli insegnanti/educatori.

• Obiettivo **Progetto Foniatria**.

Nell'anno 2004 è stato attivato un servizio specialistico di Foniatria, per rispondere alle esigenze dell'utenza distrettuale che, in precedenza, doveva accedere a Ferrara o presso altre strutture non idonee.

Il servizio, orientato all'infanzia con funzioni diagnostico-terapeutiche per i disturbi non neuropsicologici, ma specifici di voce, parola, linguaggio e deglutizione, viene svolto nelle sedi di Portomaggiore, Comacchio e Codigoro.

Nel 2005 ci si è proposti di contenere le liste di attesa, di informare per iscritto e/o con incontri/confronti i professionisti invianti, per favorire invii sempre più numerosi e congrui all'attività del servizio specialistico.

Criteri di verifica:

- liste di attesa per la prima visita foniATRica inferiore a 30 giorni;
- minimo 120 accessi/anno per visita foniATRica; minimo 60 trattamenti/cicli logopedici/anno

L'obiettivo è stato raggiunto, infatti nel 2005:

- i tempi di attesa per prima visita foniATRica non superiore ai 30 giorni;
- prestazioni: totale visite foniATRiche/anno pari a 260; totale cicli logopedici/anno pari a 65 (un ciclo logopedico prevede dieci sedute).

• Obiettivo **"Integrare il nuovo Centro per donne immigrate e i loro bambini con interventi di competenza pediatrica"**.

Il 16 giugno 2005, presso il Modulo Operativo di Pediatra di Comunità di Portomaggiore, è stato aperto un punto di accoglienza per minori extracomunitari, come ulteriore occasione di presa in carico di tale popolazione. A tale scopo, è stato ideato un intervento che si integra con l'attività del Centro Donne Immigrate e che facilita, attraverso idonee informazioni e procedure, l'accesso ai servizi sociosanitari e l'inserimento dei minori nelle comunità infantili e nelle strutture scolastiche.

Criteri di verifica:

- protocollo operativo;
- report di attività.

L'obiettivo è stato raggiunto, infatti nel 2005:

- è stato elaborato un protocollo operativo che definisce l'attività del punto di accoglienza;
- report accessi: 50 soggetti per informazioni e certificazioni; 64 soggetti per vaccinazioni.

Ricerca sull'allattamento al seno (inserita nei Piani per la Salute).

La ricerca, condotta nel 2004, si proponeva l'individuazione dei momenti di criticità che determinano l'abbandono dell'allattamento al seno, al fine di definire azioni di contrasto mirate nelle varie realtà aziendali.

Nel 2005, il CeVEAS (Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria) ha concluso l'elaborazione dei dati relativi alla provincia di Ferrara e, nel contempo, un gruppo aziendale ha provveduto a elaborarli, scomponendoli per singolo Punto Nascita.

Principali obiettivi per il 2006-2007

Nel biennio 2006-2007, l'attività della Pediatria di Comunità è particolarmente orientata al supporto delle famiglie nella cura e nella custodia dei figli, alla tutela dei minori con disagio sociosanitario e alla tutela dei minori affetti da patologia cronica.

Questo indirizzo è in linea e si integra con gli obiettivi inseriti nei Piani di Zona distrettuali e nei Piani per la Salute nel progetto "Sostegno alla genitorialità".

Obiettivi e attività 2006

- Obiettivo ***Nati per leggere***.

Estensione al comune di Comacchio dell'esperienza iniziata nei comuni di Argenta e di Portomaggiore, nell'ambito della promozione della lettura ad alta voce rivolta ai bambini di età 0-2 anni, integrata alle iniziative dei pediatri di libera scelta dello stesso territorio.

L'obiettivo prevede la distribuzione di materiale informativo ai genitori dei bambini 0-2 anni in occasione delle sedute vaccinali e la costituzione di un angolo lettura nella sala di attesa dell'ambulatorio vaccinazioni della Pediatria di Comunità a Comacchio.

Risultati: alla fine del primo semestre 2006 sono stati ordinati il materiale informativo per i genitori e gli arredi necessari alla costituzione dell'angolo lettura, e sono stati presi contatti con le organizzazioni dei volontari lettori e con le biblioteche.

Nel 2007 si prevede l'implementazione dell'attività a Comacchio e/o l'estensione della stessa ad altro ambulatorio del servizio.

- Obiettivo "**Promozione e sostegno dell'allattamento materno, indirizzati specialmente al periodo immediatamente successivo alla dimissione del neonato, in integrazione con Salute Donna del Distretto Sud Est**".

L'obiettivo si fonda sulla telefonata precoce a domicilio alle puerpere, sul miglioramento del percorso formativo di base degli operatori e sulla diffusione delle conoscenze e informazioni sull'allattamento materno attraverso incontri monotematici con la popolazione, condotti da operatori della Pediatria di Comunità e/o del Servizio Salute Donna.

Risultati: nel primo semestre, sono stati individuati i contenuti e le modalità di conduzione degli incontri con la popolazione.

Nel 2007 si prevede di intensificare l'attività di informazione anche in relazione alle indicazioni emerse dalle prime esperienze.

- Obiettivo ***I Cento Passi***

Aggiornamento del registro distrettuale dei minori affetti da patologia cronica, elaborazione condivisa dei protocolli tra Dipartimento delle Cure Primarie e SMRIA per i bambini con patologia cronica e presentazione allo staff degli insegnanti.

Risultati: nel primo semestre 2006 è già stato elaborato un protocollo condiviso con lo SMRIA.

Nel 2007 si prevede l'elaborazione condivisa di protocolli tra il DCP e i reparti ospedalieri/specialistici.

- Ricerca CeVeas.

I dati della ricerca, presentati in un convegno a Ferrara il 22/09/2006, evidenziano una caduta della curva di persistenza dell'allattamento materno nella nostra provincia al di sotto dei valori raccomandati dall'OMS, particolarmente accentuati nel Distretto Sud Est.

Rispetto agli altri distretti, le criticità più evidenti riguardano la brusca caduta del tasso di allattamento pieno tra i 5 e i 9 giorni di vita, al rientro a casa dopo il parto, e l'inizio troppo precoce dello svezzamento alla fine del terzo mese.

La tavola rotonda che si è svolta durante il convegno ha permesso il confronto tra i diversi professionisti responsabili delle strutture ospedaliere e territoriali, competenti sull'argomento, che hanno convenuto sulla opportunità/necessità di continuare il confronto a livello locale.

Nel 2007 è previsto il rafforzamento di questo obiettivo attraverso il consolidamento delle iniziative già intraprese e l'estensione della rete dei professionisti coinvolti.

Tabella riassuntiva obiettivi 2006-07

| | Titolo dell'Obiettivo | Tipologia di Obiettivo |
|---|---|--|
| 1 | "Nati per leggere", progetto triennale – 3° anno | L'obiettivo è trasversale e inserito nei Piani per la Salute |
| 2 | "Promozione e sostegno dell'allattamento materno, indirizzati specialmente al periodo immediatamente successivo alla dimissione del neonato, in integrazione con Salute Donna del Distretto Sud Est" ("Chi ben comincia") | L'obiettivo è trasversale e inserito nei Piani per la Salute |
| 3 | "I Cento Passi", progetto triennale sulla gestione dei bambini con patologia cronica – 3° anno | L'obiettivo è distrettuale |
| 4 | Ricerca allattamento CeVEAS | L'obiettivo è trasversale e inserito nei Piani per la Salute |

3.1.8 Le Dipendenze Patologiche

Le finalità del Ser.T. sono:

- L'attenzione ai bisogni e ai problemi della persona considerata nella sua globalità e unicità, garantendo agli utenti la valutazione multidisciplinare della situazione complessiva, la formulazione di un programma terapeutico personalizzato e la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti con problemi di abuso di sostanze legali e illegali;
- la garanzia di interventi di prevenzione nella scuola e sul territorio attraverso strategie informative sulle sostanze legali e illegali, la prevenzione primaria del tabagismo e dell'abuso di alcolici, l'educazione alla salute.

Gli ambiti di attività possono essere così sintetizzati:

Sanitario: diagnosi tossicologica, controllo dello stato di salute, consulenza psichiatrica, trattamenti di disintossicazione in regime ambulatoriale e in struttura residenziale, trattamenti farmacologici con farmaci sostitutivi e/o antagonisti integrati, auricoloterapia, counseling, interventi di educazione sanitaria e di prevenzione alle patologie correlate.

Psicologico: psicodiagnosi, psicoterapia individuale, familiare, di gruppo, counseling.

Socio-Educativo: interventi educativi, segretariato sociale, interventi economici, inserimenti in strutture riabilitative convenzionate, inserimenti lavorativi, affiancamento nella ricerca del lavoro, sostegno in area giudiziaria.

Preventivo: prevenzione primaria e secondaria (scuole, luoghi di unione, spazi del tempo libero), prevenzione delle patologie correlate (Hiv, epatiti), attività informative, educative, formative e prevenzione terziaria finalizzata alla riduzione del danno.

LA POPOLAZIONE TARGET

| POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31/12/2005 | Popolazione target Tossicodipendenti 15-54 | Popolazione target Alcolisti 15-64 |
|--|--|--|
| Argenta | 10.915 | 13.819 |
| Portomaggiore | 5.969 | 7.565 |
| Ostellato | 3.422 | 4.363 |
| Migliarino | 1.900 | 2.440 |
| Migliaro | 1.212 | 1.516 |
| Massafiscaglia | 1.789 | 2.319 |
| Comacchio | 12.259 | 15.507 |
| Lagosanto | 2.382 | 2.998 |
| Codigoro | 6.364 | 8.206 |
| Mesola | 3.704 | 4.691 |
| Goro | 2.229 | 2.787 |
| Distretto | 52.145 | 66.211 |

AREE D'INTERVENTO SPECIALISTICHE

Ser.T.

Il Ser.T. si occupa di tutti gli aspetti legati alle patologie derivanti dall'uso e abuso di sostanze psicoattive. Affronta in particolare problemi connessi alla disassuefazione e disintossicazione di sostanze stupefacenti, legali e non, attraverso terapie farmacologiche che seguono protocolli validati. L'attività prevede inoltre in regime di **Day Care** l'effettuazione di programmi farmacologici giornalieri. Offre, inoltre, trattamenti di auricoloterapia, attua profilassi delle patologie infettive correlate, svolge interventi di educazione e counseling sanitario e programmi integrati per comorbilità psichiatrica.

Centro di Alcolologia

Il Centro di alcolologia offre a coloro che hanno problemi legati all'abuso di alcol un punto di riferimento in grado di accogliere e orientare i bisogni di salute e cura. In particolare attua trattamenti terapeutici farmacologici individuali e di gruppo, counseling e psicoterapie. Realizza interventi di promozione della salute e di prevenzione. Sono stati adottati due protocolli tra le sedi di Ser.T. di Codigoro e quella di Portomaggiore con rispettivamente l'Ospedale del Delta e l'Ospedale Mazzolani-Vandini di Argenta per la gestione integrata Ser.T. e Ospedale dei pazienti alcolisti e con patologie alcolcorrelate ricoverati nei reparti di medicina, ortopedia o afferenti al Pronto soccorso. Prosegue all'interno dell'Ospedale del Delta l'apertura del Punto informativo alcol gestito, a frequenza bisettimanale, da personale medico e infermieristico del Ser.T.

Centro Antifumo

Sono attivi, dal maggio 2003, due Centri Antifumo che offrono corsi individuali e di gruppo, trattamenti farmacologici, auricoloterapia a tutte le persone che decidono di smettere di fumare. Promuove inoltre interventi di prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli studenti e tra la popolazione in generale.

Il Servizio di Pneumologia dell'Ospedale del Delta offre l'attività di consulenza pneumologica per l'ex Distretto di Codigoro così come il Servizio di Pneumologia di Copparo offre la consulenza per l'ex distretto di Portomaggiore.

È attivo, sia a Codigoro sia a Portomaggiore, il progetto di prevenzione al tabagismo e cura dello stesso alle donne in stato di gravidanza: è prevista la presenza di consulenza informativa psicologica all'interno dei corsi per donne gravide e la loro eventuale presa in carico. Importante sembra essere l'azione rivolta alla prevenzione del fumo passivo. Nel 2005 è stata effettuata una capillare informazione sui servizi di cura per i consumatori di tabacco nei luoghi di lavoro privati e pubblici del Distretto Sud Est (EVC di Argenta con 150 dipendenti, CERCOM di Comacchio con 90 dipendenti e le 11 Amministrazioni Comunali del Distretto Sud Est). Sono state inoltre effettuate n. 4 giornate di sensibilizzazione con prova di carbossimetro svolte negli Ospedali del Distretto Sud Est (1 al Delta, 2 a Portomaggiore, 1 ad Argenta), 2 giornate in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco presso i Poli Scolastici Superiori di Codigoro e Portomaggiore sensibilizzando 93 persone tra studenti e cittadini, e 2 accessi per ogni corso pre-parto effettuato sia a Codigoro che a Portomaggiore con 50 donne sensibilizzate. In ambito di prevenzione scolastica si sono coinvolti 123 studenti di 7 classi Scuole medie superiori del Polo scolastico Superiore di Codigoro.

Centro per i disturbi da dipendenza da gioco d'azzardo patologico.

Affluiscono al Ser.T., come da indicazione regionale anche le persone con problemi di dipendenza da gioco d'azzardo patologico. Questo tipo di utenza accede o spontaneamente o inviati dal medico di medicina generale.

Centro di ascolto adolescenti e famiglie:

Il Servizio attivato nel Comune di Comacchio ha lo scopo di fornire informazioni sulle nuove droghe e sulle conseguenze del loro utilizzo agli adolescenti che frequentano il centro, e alle loro fa-

miglie. Prende in carico le persone del suddetto Comune segnalate dalla Prefettura in violazione della normativa sugli stupefacenti. Svolge inoltre attività di consulenza sui problemi connessi all'adolescenza e alle relazioni adulti-adolescenti, genitori-figli. L'apertura di questo punto ambulatoriale, risulta essere molto gradito sia ai giovani pazienti segnalati dalla prefettura che ai familiari dei pazienti residenti a Comacchio per la facile accessibilità.

Interventi di riduzione del danno: “Ai lidi con il camper – Passa la chiave a Bob”

Tale attività ha lo scopo di raggiungere persone con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive e alcol che però non sono in contatto con i servizi, offrendo loro informazioni, consulenze e materiale sanitario per prevenire i comportamenti a rischio conseguenti all'uso di sostanze stupefacenti e alcol con particolare riferimento alle malattie sessualmente trasmesse e agli incidenti stradali. Si realizza con l'utilizzo di un'unità mobile attrezzata che staziona, durante i mesi estivi nei pressi dei locali di aggregazione e divertimento dei Lidi comacchiesi. È distribuito materiale informativo e sono eseguiti test con l'etilometro. L'attività è riconfermata e l'accordo con i Comuni è di rifinanziamento tramite il contributo regionale dei piani di zona 2006. Durante il periodo estivo compreso tra il 27 maggio e il 28 agosto del 2006 sono state realizzate 32 uscite ordinarie (una in più rispetto all'anno scorso) presso bagni e locali dei Lidi ferraresi, e 3 uscite presso fiere (Massafiscaglia e Migliaro) e feste (al Pala J al Lido degli Scacchi).

Complessivamente sono stati effettuati 5147 contatti, durante l'attività ordinaria sono stati 5028 (97,69%) e durante le fiere e feste 119 (2,31%). Le persone che si sono sottoposte volontariamente al test con l'etilometro sono state 4147 (80,57%) e 1.000 (19,43%) che, senza sottoporsi al test, hanno ricevuto comunque un colloquio di counseling.

Prevenzione alcol, nuove droghe e incidenti stradali.

È una funzione del Ser.T. distretto sud est che, in stretta collaborazione con i Comuni, opera nel campo della prevenzione delle dipendenze, del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio con progetti sperimentali finanziati dai Piani di Zona. È svolta all'interno degli **Istituti scolastici superiori** e in collaborazione con le **Autoscuole**. È stata prodotta una mostra itinerante sull'alcol e sui danni provocati dal suo abuso già esposta nel corso del 2005 e 2006 in tutti i poli scolastici del distretto, nelle sedi dei Comuni, all'ospedale di Argenta, presso la sede dell'Azienda USL di Via Cassoli. Attualmente è esposta all'Ospedale del Delta di Lagosanto.

FORME D'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

- Équipe multiprofessionali integrate.
- Formazione congiunta tra Ser.T. e sistema dei servizi del privato sociale.
- Incontri periodici del sistema dei servizi per la pianificazione annuale.
- Protocolli operativi con servizi aziendali (salute mentale, salute donna, salute infanzia).
- Protocollo operativo con l'Ospedale del Delta e l'Ospedale Mazzolani Vandini di Argenta per i ricoveri di alcolisti e presa in carico post-dimissione.
- Piani di prevenzione primaria e riduzione del danno in collaborazione con Comune, Scuole e Provincia.
- Formazione congiunta tra Ser.T., Servizio Sociale e Servizio di neuropsichiatria e Psicologia Clinica dell'età evolutiva sugli aspetti clinici e istituzionali della genitorialità associata alla Dipendenza.
- Formazione effettuata dal Ser.T. agli infermieri dei reparti dell'ospedale di Argenta sulla gestione delle problematiche alcolcorrelate tra Ospedale e Territorio.

LOCALIZZAZIONE DEI PRESIDI

I presidi o punti operativi del Ser.T. mantengono la medesima collocazione indicata nel precedente PAT.

STATO DELLE NUOVE AREE D'INTERVENTO ATTIVATE NEL 2003

Centri Antifumo di Portomaggiore e Codigoro.

I due Centri antifumo attivati nel corso del 2003, hanno superato la fase della sperimentality. Si continua a mantenere il contatto per una costante azione informativa e divulgativa con i medici di medicina generale e le strutture sociali e sanitarie dell'intera Azienda USL. Nel corso del 2006 si è operato in accordo con il Settore Nutrizione del servizio Igiene pubblica aziendale per addivenire a un protocollo d'intesa collaborativa e operativa che preveda momenti codificati di educazione alimentare ai pazienti che frequentano i corsi antifumo.

Gioco d'azzardo patologico (GAP) Recenti ricerche hanno dimostrato che oltre l'80% della popolazione dedica attenzione alle diverse forme di gioco d'azzardo e si stima che dall'1% al 3% della popolazione possa soffrire di una specifica forma di dipendenza, con grave disagio personale e familiare.

Il GAP rientra tra i disturbi del controllo degli impulsi. È considerato una **dipendenza**, cioè una malattia cronica che si instaura in modo subdolo, inizia come divertimento – spesso rinforzato da qualche vincita – e finisce col dover essere curata con terapie specifiche. I Ser.T. di Codigoro e Portomaggiore mettono a disposizione personale psico-sociale e medico, debitamente formato, al quale i giocatori d'azzardo e i loro familiari possono rivolgersi per consulenze o interventi più articolati, che prevedono il supporto psicoterapeutico, farmacologico e sociale.

Punto informativo alcol:

Il servizio, collocato all'interno dell'Ospedale del Delta con lo scopo di fornire informazioni sull'alcol, sulle conseguenze del suo utilizzo e a chi rivolgersi in caso di bisogno, indirizzato sia agli operatori sanitari dell'Ospedale stesso che ai cittadini portatori del problema e loro familiari, mantiene in primis questa finalità, anche se si ipotizza di dargli una valenza maggiormente clinica, di tipo consulenziale.

DATI DI ATTIVITÀ 2005

L'Osservatorio Dipendenze Patologiche del programma dipendenze dell'Ausl di Ferrara ha provveduto a elaborare i dati relativi all'utenza tossicodipendente del 2005 e i relativi tassi calcolati allargando il target di riferimento non più dai 15 ai 44, ma bensì dai 15 ai 54 in accordo con il controllo di gestione aziendale e come da indicazioni dell'Osservatorio Europeo, Nazionale e Regionale. Per tale motivo, al fine di poter effettuare la comparazione con i dati del 2004 ha dovuto rielaborare questi e computarli all'interno del target allargato.

| UTENTI TOSSICODIPENDENTI | Residenti 2005 | Residenti 2004 | Nuovi utenti Residenti 2005 | Nuovi utenti Residenti 2004 |
|--------------------------|----------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Argenta | 41 | 39 | 11 | 4 |
| Portomaggiore | 33 | 37 | 6 | 6 |
| Ostellato | 20 | 19 | 5 | 3 |
| Migliarino | 7 | 6 | 1 | 1 |
| Migliaro | 11 | 9 | 1 | 0 |
| Massafiscaglia | 13 | 17 | 1 | 0 |
| Comacchio | 106 | 105 | 20 | 21 |
| Lagosanto | 14 | 14 | 3 | 3 |
| Codigoro | 35 | 42 | 4 | 14 |
| Mesola | 26 | 32 | 3 | 12 |
| Goro | 10 | 23 | 1 | 1 |
| Distretto | 316 | 343 | 56 | 65 |

Ai 316 pazienti residenti nel 2005 con problemi di tossicodipendenza, se ne devono aggiungere ulteriori 19 che sono stati in carico al Ser.T. Distretto Sud Est di cui 8 non essendo residenti in Provincia di Ferrara non risultano nel computo effettuato sulla base della residenza, e 11 provenienti da fuori Distretto che pur essendo in effettivo carico al Ser.T. Distretto Sud Est vengono conteggiati in carico agli altri Ser.T. Provinciali.

L'analisi geografica per comune del fenomeno tossicodipendenza evidenzia, in **alcuni Comuni** del distretto Sud Est, una prevalenza superiore al dato distrettuale globale, provinciale .

In particolare si distinguono **Migliaro** per una **prevalenza** del 9,08 per 1000, **Comacchio** con l'8,65‰ e **Massafiscaglia** con il 7,27‰ soggetti tossicodipendenti ogni 1000 residenti di età compresa tra i 14 e i 54 anni e **Mesola** con il 7,02‰, nettamente superiori al valore distrettuale che si attesta sul 6,06‰ e quello provinciale che si attesta sul 7, ‰.

Il tasso d'incidenza si presenta superiore ai tassi distrettuali e provinciali nei Comuni di Comacchio (1,63), di Ostellato (1,46), e Lagosanto (1,26)

| UTENTI TOSSICODIPENDENTI | Tasso di Prevalenza ‰ 2005 | Tasso di Prevalenza ‰ 2004 | Tasso di Incidenza ‰ 2005 | Tasso di Incidenza ‰ 2004 |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Argenta | 3,76 | 3,59 | 1,01 | 0,37 |
| Portomaggiore | 5,53 | 6,10 | 1,01 | 0,99 |
| Ostellato | 5,84 | 5,42 | 1,46 | 0,86 |
| Migliarino | 3,68 | 3,14 | 0,53 | 0,52 |
| Migliaro | 9,08 | 7,14 | 0,83 | 0,00 |
| Massafiscaglia | 7,27 | 9,39 | 0,56 | 0,00 |
| Comacchio | 8,65 | 8,47 | 1,63 | 1,69 |
| Lagosanto | 5,88 | 5,96 | 1,26 | 1,28 |
| Codigoro | 5,50 | 6,50 | 0,63 | 2,17 |
| Mesola | 7,02 | 8,57 | 0,81 | 3,21 |
| Goro | 4,49 | 10,06 | 0,45 | 0,44 |
| Distretto Sud Est | 6,06 | 6,52 | 1,07 | 1,24 |
| Provinciale | 7,10 | | 1,10 | |

| UTENTI ALCOLDIPENDENTI | Utenti Alcolodipendenti Residenti 2005 | Utenti Alcolodipendenti Residenti 2004 | Nuovi utenti Alcolodipendenti Residenti 2005 | Nuovi utenti Alcolodipendenti Residenti 2004 |
|------------------------|--|--|--|--|
| Argenta | 17 | 23 | 4 | 3 |
| Portomaggiore | 18 | 20 | 3 | 5 |
| Ostellato | 7 | 7 | 2 | 4 |
| Migliarino | 9 | 10 | 2 | 2 |
| Migliaro | 4 | 2 | 2 | 1 |
| Massafiscaglia | 4 | 1 | 3 | 0 |
| Comacchio | 14 | 16 | 4 | 4 |
| Lagosanto | 4 | 4 | 1 | 2 |
| Codigoro | 16 | 15 | 4 | 7 |
| Mesola | 5 | 5 | 0 | 1 |
| Goro | 5 | 3 | 2 | 1 |
| Distretto | 103 | 106 | 27 | 30 |

A 103 pazienti residenti nel 2005 con problemi alcol correlati, se ne devono aggiungere ulteriori 13 provenienti da fuori Distretto.

La prevalenza mette in luce tassi alti nel Comune di Migliarino (3,69‰), Migliaro (2,64‰), Portomaggiore (2,38‰), Goro (1,79‰), Massafiscaglia (1,72‰) in rapporto a un tasso distrettuale dell'1,56‰, e provinciale di 1,60‰.

L'incidenza evidenzia un tasso per mille superiore al valore distrettuale (0,41) e provinciale (0,44) nei Comuni di Migliaro (1,32), Massafiscaglia (1,29), Migliarino (0,82), Goro (0,72) e Codigoro (0,49).

| UTENTI ALCOLDIPENDENTI | Tasso di Prevalenza ‰ 2005 | Tasso di Prevalenza ‰ 2004 | Tasso di Incidenza ‰ 2005 | Tasso di Incidenza ‰ 2004 |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Argenta | 1,23 | 1,67 | 0,29 | 0,22 |
| Portomaggiore | 2,38 | 2,62 | 0,40 | 0,66 |
| Ostellato | 1,60 | 1,57 | 0,46 | 0,90 |
| Migliarino | 3,69 | 4,10 | 0,82 | 0,82 |
| Migliaro | 2,64 | 1,29 | 1,32 | 0,65 |
| Massafiscaglia | 1,72 | 0,42 | 1,29 | 0,00 |
| Comacchio | 0,90 | 1,03 | 0,26 | 0,26 |
| Lagosanto | 1,33 | 1,36 | 0,33 | 0,68 |
| Codigoro | 1,95 | 1,80 | 0,49 | 0,84 |
| Mesola | 1,07 | 1,06 | 0,00 | 0,21 |
| Goro | 1,79 | 1,06 | 0,72 | 0,35 |
| Distretto Sud Est | 1,56 | 1,59 | 0,41 | 0,45 |
| Provinciale | 1,60 | | 0,44 | |

| UTENZA TOTALE | Portomaggiore | | Codigoro | | Totale Distretto | |
|---------------------------------|---------------|------|----------|------|------------------|------------|
| | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 |
| <i>Utenti Tossicodipendenti</i> | 109 | 94 | 247 | 222 | 356 | 316 |
| <i>nuovi utenti</i> | 16 | 22 | 49 | 34 | 65 | 56 |
| <i>utenti già in carico</i> | 93 | 69 | 198 | 188 | 291 | 267 |
| <i>Utenti Alcolisti</i> | 56 | 42 | 53 | 61 | 109 | 103 |
| <i>nuovi utenti</i> | 13 | 9 | 16 | 18 | 29 | 27 |
| <i>utenti già in carico</i> | 43 | 33 | 37 | 43 | 80 | 76 |
| <i>Tabagisti</i> | 36 | 60 | 46 | 73 | 82 | 133 |
| <i>Totale utenti</i> | 201 | 196 | 346 | 356 | 540 | 552 |

Nel corso del 2005 i Centri Antifumo del Distretto Sud Est hanno attivato 20 corsi per smettere di fumare che hanno visto la partecipazione di 51 soggetti più un trattamento individuale al Centro Antifumo di portomaggiore. Ai pazienti che si rivolgono ai Centri è proposto un iniziale colloquio di valutazione con lo psicologo e una successiva visita medica corredata di esami strumentali (prove di funzionalità respiratoria, misurazione monossido di carbonio).

È stato attivato nel Centro di Portomaggiore un trattamento individuale per un paziente con grave patologia psichiatrica.

Dal 2005 nelle verifiche periodiche dell'astensione dal fumo programmate a 2-5-8-12 mesi si utilizza, come ulteriore riconferma dell'astinenza da tabacco, anche l'analisi del CO (monossido di carbonio) nell'aria espirata, tramite apposito strumento che abbiamo acquisito (carbossimetro).

È attivo anche un servizio di consulenza per persone che vogliono smettere di fumare in modo autonomo (sono stati svolti 41 colloqui di consulenza).

Nel 2005 i centri antifumo del distretto Sud Est hanno seguito 133 utenti, dei quali 51 sono soggetti che si sono rivolti per la prima volta ai centri, e 82 hanno proseguito dei trattamenti già iniziati nel 2004.

Nel Distretto Sud Est si rileva una leggera prevalenza di utenza maschile (Nuovi utenti= 37 ; Utenti già in carico=54)

Dal punto di vista socio anagrafico gli utenti di Portomaggiore sono leggermente più giovani (età media iscritti ai corsi=46.04) di quelli di Codigoro (età media iscritti ai corsi=50.4). Il livello culturale è medio basso: l'85% dei pazienti di Codigoro e il 58% dei pazienti di Portomaggiore non supera la licenza media inferiore ; un solo laureato al Centro Antifumo di Portomaggiore.

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

L'attività di prevenzione è indirizzata sulle seguenti aree:

- Prevenzione alcol: **scuole medie inferiori(classi terze) e scuole medie superiori (biennio)** dei distretti scolastici di Codigoro, Lido degli Estensi, Argenta, Portomaggiore, Ostellato. Nel 2004 hanno aderito al progetto 22 classi per un totale di 30 incontri e 165 ragazzi interessati. Nel 2005 hanno aderito 57 classi, per un totale di 84 incontri e 932 ragazzi coinvolti.
- Prevenzione alcol nelle **autoscuole**: Nel 2005 è proseguita l'attività di prevenzione alcol e incidenti stradali attuata all'interno delle scuole guida. Le autoscuole che hanno continuato il progetto sono state 14 ovvero la totalità, nel 2004 per complessivi 51 incontri coinvolgendo 547 ragazzi o giovani **adulti e nel 2005 per complessivi 46 incontri coinvolgendo 542 ragazzi.**
- **Nel 2005 sono stati inoltre distribuiti alle autoscuole 1000 opuscoli informativi, e alla cittadinanza e popolazione scolastica 1000 adesivi con messaggio preventivo e 1000 calendari sulla prevenzione alcol.**
- Progetto *Ai lidi con il camper e Passa la chiave a BOB*: nell'estate del 2005 l'unità di strada si è posizionata nei pressi di disco-pub e stabilimenti balneari per un totale di 31 uscite prendendo contatto con 3936 persone, **effettuando 3237 test con l'etilometro, e a 699 persone colloqui di counseling. È stato distribuito materiale informativo sulle sostanze illegali e legali e sulle malattie sessualmente trasmissibili. 1476 persone sono risultate con un tasso alcolemico superiore allo 0,50. e in questi casi,attraverso la relazione diretta tra gli operatori di strada e i ragazzi, stabilita con l'informazione, il counseling e l'approccio educativo li si incoraggia ad adottare comportamenti responsabili per la propria salute e quella degli altri.**

Considerazioni sui risultati 2005, aree di miglioramento e obiettivi 2006

- Si conferma, per l'anno 2005 la maggiore complessità presentata dai pazienti, in particolare riguardo ai giovani poliassuntori e ai casi di deterioramento causati dall'abuso cronico sia di sostanze legali, che illegali. Poiché le dipendenze patologiche presentano fasi di remissione alternate a fasi di ricaduta, i Ser.T. distrettuali hanno impostato l'attività clinica per stabilizzare le situazioni, con l'obiettivo di poterne concordare la dimissione.
- Si sottolinea l'importanza di rinforzare i contatti con i reparti ospedalieri dei due Ospedali che hanno sottoscritto i protocolli con il Ser.T., al fine di modificare la percezione delle problematiche alcolcorrelate per rendere più efficaci gli invii e la presa in carico dei pazienti alcolisti e i loro familiari. È apparso un inizio positivo la partecipazione interessata e attiva degli infermieri che hanno aderito alla formazione sulle problematiche alcolcorrelate, comprendendo la complessità della patologia e l'importanza dell'integrazione tra ospedale e territorio.
- I Progetti prevenzione alcol nelle scuole, autoscuole e sui Lidi si sono consolidati nei rispettivi contesti e sono visibili e riconoscibili. Le scuole e le autoscuole hanno dato un'adesione totale, condivisa, e integrata. L'attività *Ai Lidi con il Camper- Passa la chiave a BOB* con obiettivo ulteriore di diminuzione degli incidenti stradali ha un riscontro estremamente positivo sulla popolazione estiva in vacanza: è riconosciuto, ricercato e apprezzato. Nel 2005 è stato pubblicato a cura della Franco Angeli il libro "Giovani e Alcol, Un modello di prevenzione per l'abuso alcolico e gli incidenti stradali" che riassume i risultati dei primi 4 anni di attività di prevenzione nei luoghi del divertimento del litorale Comacchiese durante l'estate.

Analisi delle criticità e azioni di miglioramento

Punti di forza:

- buona capacità di ritenzione del servizio sia per l'utenza tossicodipendente, alcolodipendente e tabagista. Ottima risposta della rete integrata di servizi sia territoriali che ospedalieri, sia pubblici che privati. Ottimo il livello di collaborazione per la programmazione e la gestione di progetti con i Comuni del Distretto, attraverso l'articolazione dei Piani di Zona e Piani della Salute.
- Attività di prevenzione: l'evidente successo dell'attività di *Passa la chiave a BOB* di quest'anno palesata dall'aumento dei contatti ci fa affermare che l'edizione 2006 è stata realizzata superando le migliori previsioni per quanto riguarda gli accessi, confermando così la correttezza dell'impianto di fondo che vede, per il contesto specifico in cui si realizza, l'utilizzo dell'etilometro associato al contatto diretto con gli operatori di strada come la strategia più efficace per informare le persone e fornire loro uno strumento di monitoraggio utile a decidere comportamenti successivi.
- Si conferma inoltre l' incisiva attività di prevenzione alcol e altre sostanze in ambito scolastico e nelle scuole guida.

Elementi di criticità:

- L'influenza della nuova legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici, entrata in vigore nel gennaio 2005, e l'incremento della pubblicità sui diversi metodi di auto cura che il cittadino può utilizzare in assoluta autonomia, ha fatto sì che si rilevasse una diminuzione degli utenti che si sono rivolti ai Centri Antifumo. Questo elemento accomuna tutti i Centri dell'Azienda USL di Ferrara; di fatto è stato istituito anche un gruppo di lavoro dei Responsabili e dei referenti dei Centri con il fine di monitorare l'andamento dell'utenza e creare e rendere attuative strategie metodologiche diverse.
- Persiste l'inadeguatezza strutturale della sede del Ser.T. di Codigoro, insufficiente per disposizione e numero dei uffici adibiti sia al ricevimento dei pazienti che rispetto alla sala di attesa, in rapporto al numero di pazienti annui accolti.

Prospettive:

- Incrementare il numero delle iniziative di prevenzione contro il bullismo all'interno delle scuole e aumentare il numero degli insegnanti sensibilizzati alla problematica.
- Migliorare l'integrazione e i livelli di collaborazione per la gestione di casi comuni tra Ser.T., Servizio Sociale e Dipartimento Salute Mentale.
- Migliorare l'integrazione con gli Enti Locali e le Associazioni di volontariato nell'ambito dei Piani di Zona, dei progetti finalizzati alla prevenzione e nella gestione di progettualità integrata rivolta a tossicodipendenti, alcolisti e utenza multiproblematica.
- Incrementare la visibilità dei Centri Antifumo del Distretto attraverso spot radiofonici, percorsi dedicati e riservati ai dipendenti ospedalieri, percorsi di prevenzione sulla popolazione studentesca.
- Attivare un protocollo con il Servizio Nutrizionale aziendale al fine di fornire consulenza periodica ai pazienti che frequentano il gruppo antifumo all'interno dei Centri.

OBIETTIVI 2006 - 2007**Obiettivo 1) - Prevenzione alcol nelle scuole, autoscuole luoghi del divertimento del Litorale Comacchiese**

Proseguiranno tutti i progetti sulla prevenzione che contemporaneamente sono obiettivi dei Piani di zona, e obiettivi dei Piani per la salute.

Proseguirà l'attività di prevenzione alcol nelle scuole e autoscuole.

Nelle scuole l'area d'intervento è allargata oltre che all'alcol anche alle altre sostanze (ecstasy), e ai comportamenti di bullismo, in particolare nei due Poli scolastici di Portomaggiore e Porto Garibaldi.

Nel corso del 2006 l'attività già svolta è rappresentata nel modo seguente:

- 2 riunioni di verifica e programmatorie attuative del progetto c/o le sedi comunali di Portomaggiore e Codigoro;
- 6 incontri programmatori per le problematiche legate al bullismo con l'Agenzia PROMECO;
- 4 incontri con insegnanti del Polo Scolastico di Portomaggiore e 5 di Codigoro per *Progetto Bullismo*;
- un incontro con l'Amministrazione comunale di Codigoro,
- una conferenza presso l'Università di Ferrara, Facoltà di Lettere e Filosofia;
- un incontro corso di formazione infermieri ospedale di Argenta;
- 4 Poli scolastici coinvolti;
- 10 Istituti aderenti di cui 39 classi aderiscono al progetto, 64 incontri, 731 il totale dei ragazzi incontrati.

Sono state, inoltre, effettuate 3 riunioni per le giurie del concorso selezionante i prodotti dei ragazzi, 2 allestimenti della mostra (Ospedale di Argenta, sede USL Via Cassoli) e sono stati distribuiti 770 adesivi prevenzione alcol.

Prosegue l'attività anche **nelle autoscuole**: oltre alle due lezioni concordate si continuerà la distribuzione a tutti gli studenti dell'autoscuola dell'opuscolo informativo, da titolo "Non bere è facile come bere un bicchiere d'acqua".

Nel primo semestre del 2006 sono stati effettuati due cicli informativo-preventivi rivolti ai frequentanti delle autoscuole dei due Distretti per un totale di:

15 sedi di Autoscuole, 46 incontri, 372 ragazzi coinvolti, 242 questionari di apprendimento, 57 test con etilometro effettuati, 474 cartoline di informazione sull'alcol, 400 cartoline di informazione sulle droghe, 50 gadget yo-yo, 312 opuscoli distribuiti, 195 adesivi distribuiti.

Nei luoghi del divertimento gli obiettivi strategici per il 2006 restano la prevenzione del consumo di sostanze alcoliche tra la popolazione con particolare attenzione alla prevenzione degli incidenti stradali dovuti all'abuso di alcol e altre sostanze psicotrope. Il progetto del 2006 continuerà con lo

slogan *Passa La Chiave a Bob*. Alla data odierna di compilazione del presente documento si è già in possesso dei dati di attività dell'estate 2006 che si ritiene di dover inserire: tra il 27 maggio e il 30 agosto del 2006 sono state realizzate 32 uscite ordinarie, cioè con la presenza del Doblò presso bagni e locali dei Lidi ferraresi, e 3 uscite presso fiere (Massafiscaglia e Migliaro) e feste (al Pala J al Lido degli Scacchi).

Complessivamente durante l'edizione 2006 sono stati realizzati 5137 contatti, di cui 5018 (97,68%) durante l'attività ordinaria e 119 (2,32%) durante fiere e feste.

Le persone che si sono sottoposte volontariamente al test con l'etilometro sono state 4147 (80,73%) e quelle che senza sottoporsi al test hanno ricevuto comunque un colloquio di counseling sono state 990 (19,27%).

Obiettivo 2) - Progetto Goro: Strategica e prioritaria per i servizi del distretto Sud Est permane la ricerca territoriale mirata al Comune di Goro sulla quale pur attraverso e superando alcune difficoltà logistiche si sta lavorando da circa due anni. È in fase di ultimazione la decodifica delle interviste ai testimoni privilegiati di quella Comunità. Le elezioni politiche del 2006 hanno rallentato i lavori di ricerca sul campo, mentre sono in fase di ultimazione le analisi riferiti alle banche dati di riferimento.

Obiettivo 3) - Tabagismo: Prioritario e trasversale a tutti i Centri Antifumo Aziendali è l'obiettivo di informazione e sensibilizzazione nei luoghi di lavoro e a livello di Comunità. Si perseguirà l'obiettivo di pervenire ad accordi con le diverse Direzioni Aziendali Private e Pubbliche che agevolino l'accesso ai Corsi. Sul versante della **prevenzione primaria** nella scuola proseguiranno gli interventi richiesti. Sul versante della **prevenzione secondaria** si prosegue con l'intervento, in collaborazione con il Servizio Salute Donna all'interno dei corsi di preparazione pre-parto per le donne in stato di gravidanza.

Nel corso del 2006 sono state organizzate 6 giornate di sensibilizzazione negli Ospedali del Distretto: 1 giornata a Comacchio, 2 giornate al Delta, 1 giornata a Portomaggiore, per 19 persone sensibilizzate, 1 giornata a Codigoro per 20 persone sensibilizzate, 1 giornata ad Argenta per 25 persone sensibilizzate.

In occasione della giornata mondiale senza tabacco (31 Maggio 2006), sono state organizzate 2 giornate di sensibilizzazione una presso il Polo Scolastico Superiore di Argenta e una presso il Polo Scolastico Superiore di Portomaggiore per un totale di 91 studenti sensibilizzati.

Sono inoltre state effettuate 2 conferenze pubbliche rivolte alla cittadinanza (una a Ostellato e una a Massafiscaglia) con la collaborazione dei Comuni di Ostellato, Massafiscaglia, Migliaro, Migliarino.

Obiettivo 4) - Accredimento-Sistema Qualità: Le attività pianificate dal gruppo qualità Ser.T. per il 2006 sono: Rinnovo della certificazione UNI EN 9001 e revisione del Sistema gestione di qualità certificato secondo i requisiti precisi dell'accredimento. Trattasi di obiettivo a valenza Aziendale che vede coinvolti i Ser.T. di tutta la Provincia, l'Ufficio Qualità Aziendale e l'Osservatorio delle Dipendenze Patologiche Aziendale, oltre alla realizzazione, per quanto di competenza Ser.T., del portale web Ausl di Ferrara. Durante l'anno 2006 gli obiettivi prefissati sono tutti raggiungibili: si è proceduto alla revisione del manuale della qualità finalizzato al rinnovo della certificazione UNI EN 9001, che è prevista con visita ispettiva dall'Agenzia per la certificazione UNITER per novembre 2006 nelle sedi di Ser.T. di Portomaggiore e Cento. Si è inoltre costituito un gruppo aziendale per lo studio e predisposizione degli atti finalizzati all'accredimento regionale dei Ser.T. che avverrà entro i primi mesi del 2007.

Tabella riassuntiva obiettivi 2006 – 2007

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Prevenzione alcol nelle scuole, autoscuole e luoghi del divertimento del litorale comacchiese | L'obiettivo è trasversale e inserito nei Piani per la Salute |
| 2 | Tossicodipendenza, strategico e prioritario dei servizi del distretto Sud Est permane la ricerca territoriale mirata al Comune di Goro sulla quale c'è l'adesione e coinvolgimento di tutti i Comuni al fine di conoscere e meglio comprendere gli anomali tassi di prevalenza e inciden- | L'obiettivo è Distrettuale |
| 3 | Tabagismo: -Prioritario e trasversale a tutti i Centri Antifumo Aziendali è l'obiettivo di informazione e sensibilizzazione nei luoghi di lavoro: Informare e sensibilizzare sia le Direzioni sia i dipendenti sui Centri Antifumo e su possibili accordi che agevolino l'accesso ai Corsi. Sul versante della prevenzione primaria nella scuola proseguiranno gli interventi su richiesta da parte delle scuole come previsto dai Piani per la salute. Sul versante della prevenzione secondaria si prosegue con l'intervento, in collaborazione con il Servizio Salute Donna all'interno dei corsi di preparazione pre-parto per le donne in stato di gravidanza. | L'obiettivo è trasversale e inserito nei Piani per la Salute |
| 4 | Accreditamento-Sistema Qualità Le attività pianificate dal gruppo qualità Ser.T. per il 2006 sono: Rinnovo della certificazione UNI EN 9001 e revisione del Sistema gestione di qualità certificato secondo i requisiti precisi dell'accREDITamento. Trattasi di obiettivo a valenza Aziendale che vede coinvolti i Ser.T. di tutta la Provincia, l'Ufficio Qualità Aziendale e l'Osservatorio delle Dipendenze Patologiche Aziendale, oltre alla realizzazione, per quanto di competenza Ser.T., del | L'obiettivo è trasversale a tutto il Programma Dipendenze Patologiche. |

3.1.9. Gli Anziani

La programmazione delle attività a sostegno della popolazione anziana viene effettuata in forma integrata con i comuni ed è oggetto di un accordo di programma fra Azienda USL e Comuni.

Il Servizio Assistenza Anziani rappresenta il punto principale di accesso alla rete dei servizi per anziani: in stretta collaborazione con il Servizio Salute Anziani attiva l'Unità di Valutazione Geriatrica che valuta i bisogni e le risorse delle persone anziane e predispone i progetti di assistenza e cura nel setting più adeguato.

Popolazione Target

Distretto Sud Est

Popolazione totale: 102.129

| | | |
|---------------------|--------|---------|
| > 65 anni | 25.923 | (25,4%) |
| > 75 anni | 12.247 | (12,0%) |
| indice di vecchiaia | 259.4% | |

Area di Portomaggiore

(comprendente i Comuni di Argenta, Ostellato, Portomaggiore)

Popolazione totale: 40.999

| | | |
|---------------------|--------|---------|
| > 65 anni | 11.305 | (27,6%) |
| > 75 anni | 5.665 | (13,8%) |
| indice di vecchiaia | 286.4% | |

Area di Codigoro

(comprendente i Comuni di Codigoro, Comacchio, Goro, Lagosanto, Massafiscaglia, Mesola, Migliaro, Migliarino)

Popolazione totale: 61.130

| | | |
|---------------------|--------|---------|
| > 65 anni | 14.618 | (23.9%) |
| > 75 anni | 6.582 | (10.8%) |
| indice di vecchiaia | 241.7% | |

Principali finalità degli interventi sanitari e sociosanitari integrati rivolti alla popolazione anziana:

- ◆ tutela e valorizzazione della persona anziana, in particolare dell'anziano "fragile";
- ◆ promozione della salute;
- ◆ valutazione multidimensionale dei bisogni dell'anziano;
- ◆ pianificazione, in integrazione coi comuni, degli interventi volti alla prevenzione e alla cura della disabilità, alla domiciliarità, al sostegno con forme assistenziali integrate.

Ambiti di intervento:

- gestione delle Residenze Sanitarie Assistenziali di Codigoro e di Portomaggiore;
- gestione delle convenzioni con le 10 Residenze Protette e i 3 Centri diurni per anziani del Distretto;
- valutazione multidimensionale geriatrica territoriale (UVG di Codigoro e Portomaggiore) per l'inserimento dell'anziano nei servizi della rete (residenze; centri diurni; assegni di cura a favore di anziani e pazienti in fase critica) e per favorire la dimissione ospedaliera (dimissione protetta);
- coordinamento sanitario delle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate con l'AUSL, sia per anziani che per disabili;
- consulenza specialistica geriatrica ambulatoriale, domiciliare e residenziale (con finalità di diagnosi, cura, certificazione, prescrizione di protesica);
- consulenza specialistica geriatrica dedicata alle demenze - Centro delegato Unità Valutativa Alzheimer di Portomaggiore (con finalità di diagnosi e cura dei disturbi correlati nonché, at-

- traverso la collaborazione di uno psicologo, di approfondimento diagnostico neuropsicologico e di sostegno ai *caregiver*);
- counseling, accessibile settimanalmente senza prenotazione, per i *caregiver* di anziani con demenza o grave disabilità (per problematiche sanitarie e psicologiche, problemi assistenziali che richiedono urgente risoluzione, controlli);
 - formazione di tutte le figure professionali coinvolte (medici, infermieri, OSS).

Ambiti di attività e sedi di erogazione:

Sono state mantenute tutte le sedi, le tipologie e le modalità di erogazione dei servizi descritti nel PAT 2005.

Interazioni

Con il Servizio delle Attività Socio-Sanitarie Integrate (e SAA) per:

- a- erogazione dell'assegno di cura
- b- coordinamento sanitario delle Strutture, per la verifica dell'applicazione delle convenzioni e supporto nel governo clinico
- c- sostegno ai familiari e addestramento all'assistenza al domicilio

Con il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata per:

- a- erogazione di prestazioni specialistiche geriatriche domiciliari
- b- erogazione di assegni di cura a pazienti in fase critica
- c- prescrizione appropriata di presidi-ausili

Con i Presidi ospedalieri di Argenta, Comacchio e Lagosanto per le dimissioni protette

Con l'UVA dell'Azienda Ospedaliera per il progetto Demenze per la diagnosi e il trattamento della malattia di Alzheimer

Con la Unità Operativa per Acuti di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera per la cogestione di casi di particolare impegno clinico, nonché per la collaborazione tecnico-scientifica

Con l'Ufficio Formazione Aziendale per la **formazione di tutte le figure professionali** coinvolte nell'attività del Servizio.

Tabella 1. Attività specialistica e valutativa geriatrica

| | Codigoro | | Portomaggiore | |
|---|----------|------|---------------|------|
| | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 |
| Consulenza geriatrica ambulatoriale + domiciliare + strutture protette | 280 | 225 | 444 | 323 |
| Prescrizione ausili - protesica | 53 | 100 | 124 | 160 |
| Consulenza specialistica c/o ambulatorio demenze (UVA) (*) | - | - | 470 | 509 |
| Totale prestazioni specialistiche | 333 | 325 | 1.038 | 992 |
| Totale prestazioni counseling | - | - | - | 441 |
| Valutazioni UVG | 462 | 444 | 424 | 496 |

(*) Il Centro Delegato U.V.A. di riferimento per la popolazione della zona di Codigoro è afferente alla Neurologia e opera presso l'Ospedale del Delta

Tabella 2. Dati di attività Strutture Protette e Centri Diurni Convenzionati

| | Zona di Codigoro | | Zona di Portomaggiore | | Distretto Sud Est | |
|-------------------------------|------------------|--------------|-----------------------|--------------|-------------------|-------------|
| | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 |
| Strutture Protette | 5 | 5 | 5 | 5 | 10 | 10 |
| Posti letto | 154 | 164* | 170 | 190* | 324 | 354 |
| Ospiti totali | 134 | 203 | 211 | 248 | 345 | 453 |
| Nuovi ingressi | 50 | 51 | 41 | 78 | 91 | 129 |
| Ospiti dimessi | 4 | 9 | 2 | 1 | 6 | 10 |
| Ospiti deceduti | 46 | 32 | 40 | 56 | 86 | 88 |
| Totale giorni degenza | 54.930 | 56.997 | 61.348 | 63.854 | 116.378 | 120.851 |
| Centri Diurni | 1 | 1 | 1 | 2^ | 2 | 3^ |
| Posti | 10 | 10 | 10 | 20^ | 20 | 30^ |
| Nuovi ingressi | 6 | 11 | 10 | 8 | 16 | 19 |
| Totale giorni presenza | 2.648 | 2.574 | 724 | 1.587 | 3372 | 4161 |

* Da maggio 2005 sono stati attivati ulteriori posti di Casa Protetta Convenzionata:

14 per la zona sociale di Codigoro

22 per la zona sociale di Portomaggiore; tuttavia nel 2005 nelle case protette dell'ambito di Portomaggiore vi erano ancora 11 posti convenzionati occupati da cittadini di Voghiera, a esaurimento.

Al 31.12.2005 i posti letto convenzionati per la zona di Portomaggiore risultavano pertanto 190.

^ Da giugno 2006 sono stati attivati 10 posti di centro diurno presso la casa protetta "C.Eppi"

Tabella 3. Dati di attività RSA Distretto Sud Est

| | Portomaggiore | | Codigoro | | Distretto Sud Est | |
|--|---------------|--------|----------|--------|-------------------|--------|
| | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 |
| Posti letto effettivi/attivati | 40* | 40* | 30° | 30° | 70 | 70 |
| Nuovi ingressi | 91 | 143 | 105 | 120 | 196 | 263 |
| Totale giornate di degenza | 14.368 | 13.854 | 10.632 | 10671 | 25.000 | 24.525 |
| Pazienti totali | 131 | 183 | 134 | 143 | 265 | 326 |
| Pazienti dimessi | 84 | 138 | 87 | 99 | 171 | 237 |
| Pazienti deceduti | 7 | 7 | 17 | 22 | 24 | 29 |
| Indice di occupazione posto letto | 98.2 % | 96,55% | 96.8 % | 98,80% | 97.5 % | 97,3% |

(*) 40 di cui 9 utenti con grave handicap psicofisico

(°) 30 di cui 2 utenti con grave handicap psicofisico

I pazienti con grave handicap psicofisico (ex OP) sono ricoverati in via definitiva. Il turnover pertanto è relativo alla effettiva disponibilità complessiva di 59 posti letto per ricoveri temporanei di utenti anziani.

Nel 2005 è sensibilmente aumentato il turnover dei pazienti in RSA (67 pazienti più del 2004, pari a + 34%), sia per l'avvenuta attivazione nel corso dell'anno di nuovi posti di casa protetta convenzionata (che ha fornito risposta a diversi casi non altrimenti dimissibili dalla RSA), sia per l'elevato livello di attenzione per le dimissioni protette ospedaliere.

Tabella 4. Assegni di cura

| COMUNI | UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2004 | UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2005 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Codigoro | 91 | 63 |
| Comacchio | 61 | 58 |
| Goro | 13 | 10 |
| Lagosanto | 30 | 26 |
| Massafiscaglia | 32 | 18 |
| Mesola | 44 | 41 |
| Migliarino | 18 | 19 |
| Migliaro | 14 | 5 |
| TOTALE ZONA CODIGORO | 303 | 240 |
| Portomaggiore | 79 | 78 |
| Voghiera | 15 | 0 |
| Argenta | 94 | 78 |
| Ostellato | 10 | 30 |
| TOT. ZONA PORTOMAGGIORE | 202 | 186 |
| TOTALE DISTRETTO SUD EST | 505 | 426 |

Una criticità nell'erogazione dell'assegno di cura continua a essere rappresentata dai tempi di attesa che intercorrono fra il primo approccio della famiglia con il Servizio e la valutazione dell'UVG: il servizio si è sempre avvalso di una sola Assistente Sociale per zona, con doppio ruolo di Responsabile del caso e componente dell'UVG.

Nel 2005 il servizio si è potuto avvalere di 12 ore settimanali di una assistente sociale del Comune di Codigoro.

Considerazioni sui risultati 2005, Aree di Miglioramento e Obiettivi 2006-2007

Considerazioni sugli obiettivi 2005

Gli obiettivi 2005, compresi nei Piani per la Salute 2003-2005 e prorogati per il biennio 2006-2007, erano rivolti per la maggior parte a favorire la **continuità di cura** e il **sostegno a chi assiste**; in misura minore, ma non meno rilevante, al miglioramento della qualità assistenziale in RSA.

“Sostegno psicologico, formazione e addestramento all’assistenza dei familiari (*caregiver*)” di pazienti severamente disabili e/o affetti da demenza e in dimissione dalla RSA, con particolare riguardo ai disturbi comportamentali correlati alla demenza, all’assistenza sanitaria necessaria al domicilio, all’inserimento in servizi per anziani di supporto alla domiciliarità.

Nel 2005 sono stati coinvolti e supportati i familiari di 25 ospiti di RSA Portomaggiore (e candidati al rientro al domicilio), secondo modalità previste da un protocollo interno, con: 108 incontri familiari-operatori (OSS, infermieri, medici, assistente sociale, UVG), 47 consulenze telefoniche, 18 consulenze multiprofessionali ambulatoriali, 21 proposte di attivazione di servizi della rete. L’azione ha consentito di formulare e realizzare progetti di assistenza al domicilio di pazienti ad alto rischio di istituzionalizzazione con contesti familiari in difficoltà assistenziali, gestionali e/o relazionali.

A seguito della formazione da parte della Fondazione Zancan nel 2004 di operatori del Modulo Operativo Anziani, dello svolgimento di un primo corso di formazione e sostegno a un gruppo di 10 familiari, dello svolgimento di un corso rivolto a 48 assistenti familiari e dell’attivazione di consulenze assistenziali domiciliari da parte di addetti del Servizio Sociale, nel 2005 è stata organizzata una seconda edizione di incontri per formazione e sostegno di *caregiver*. Hanno partecipato 19 familiari. Hanno frequentato con continuità in 9, per 8 incontri. Le opinioni sull’iniziativa, indagate al termine con un questionario, sono state di generale soddisfazione. Alla conclusione del corso i partecipanti hanno richiesto agli esperti/formatori di proseguire con incontri periodici a cadenza mensile o bimensile.

“L’attività di *counseling*” ai familiari di utenti in carico all’ambulatorio U.V.A. di Portomaggiore (con particolare riguardo ai disturbi del comportamento ad alto impatto in chi assiste, al corretto utilizzo dei farmaci specifici e antipsicotici) è stata ampiamente utilizzata: da gennaio a dicembre 2005 hanno fruito della consulenza 264 familiari (+ 62% rispetto al 2004, primo anno di attività), in 342 incontri diretti e 34 consulenze telefoniche. Nello stesso periodo la psicologa ha effettuato consulenze a 44 a pazienti e *caregiver*.

L’attività è stata avviata anche nella sede di Codigoro da gennaio 2006, dove, pur in assenza di un Centro U.V.A. geriatrico, è presente un bisogno informativo e di supporto ai *caregiver* che richiede uno spazio temporale dedicato costante e definito.

“L’attività dell’ambulatorio dedicato alle demenze (U.V.A.)”, già raddoppiata nel 2004 rispetto al 2003, continua a essere in incremento: 509 prestazioni nel 2005. A queste vanno aggiunte le prestazioni specialistiche geriatriche, sia ambulatoriali che domiciliari (ADI) o in Strutture Protette, per un totale di 1317 (tabella 1).

“I ricoveri di sollievo”, nei posti letto dedicati nelle due RSA distrettuali, con le modalità definite secondo delibera 2004, sono stati utilizzati da 36 utenti, 14 a Codigoro e 22 a Portomaggiore, per complessive 907 giornate di degenza (media 25,19 giorni)

“La prescrizione appropriata di farmaci per il trattamento della m. di Alzheimer e dei correlati disturbi del comportamento”, con la formulazione del piano **terapeutico e la distribuzione diretta dei farmaci**, sia a pazienti ambulatoriali che ospiti di Case Protette, ha visto la stesura 237 piani terapeutici e la distribuzione diretta dei farmaci a tutti i pazienti domiciliari in carico.

Per tutti i pazienti dimessi al domicilio dalla RSA di Portomaggiore è stata garantita la continuità terapeutica, con “**la consegna alla dimissione della terapia farmacologia domiciliare**”, per il fabbisogno di un mese circa.

L'attività è stata estesa anche ai pazienti dimessi dalla RSA di Codigoro da gennaio 2006.

Analisi delle criticità rilevate e azioni di miglioramento

Punti di forza:

- attuazione di incontri con un gruppi di *caregiver* di anziani con demenza per formazione e sostegno;
- continuo incremento dell'affluenza all'ambulatorio dedicato alle demenze, con relativo conseguente aumento anche dei casi trattati;
- elevato numero di *caregiver* che usufruiscono del punto di *counseling* per le molteplici problematiche legate alla gestione dell'anziano con demenza, in particolare per quelle a elevato impatto sul nucleo familiare, come i disturbi del comportamento e la perdita della autonomia funzionale. Il servizio, con accesso settimanale senza prenotazione, rappresenta ormai un riferimento irrinunciabile per l'utenza, ma anche un filtro facilitante l'organizzazione dell'attività specialistica e un'opportunità per affrontare in tempi rapidi eventuali necessità assistenziali urgenti;
- collaborazione con il Centro Esperto U.V.A. Geriatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per l'approfondimento diagnostico e la co-gestione dei casi di maggior complessità clinica;
- appropriatezza della prescrizione farmacologica e controllo dei costi sia attraverso la formulazione dei piani terapeutici che attraverso l'erogazione diretta dei farmaci (ambulatoriale e in dimissione da RSA).

Elementi di criticità:

Carenza di personale medico assegnato al Modulo Operativo Anziani in rapporto alla crescente richiesta di valutazioni e interventi specialistici geriatrici previsti dagli obiettivi indicati dalla Regione.

Prospettive:

- prosecuzione delle iniziative di formazione e sostegno dei *caregiver* con aumento del numero dei partecipanti;
- prosecuzione dell'attività di addestramento e sostegno del *caregiver* di pazienti dimessi dalla RSA;
- prosecuzione delle azioni volte a favorire la continuità di cura anche alla sede di Codigoro: attività di counseling e distribuzione diretta di farmaci ai pazienti in dimissione dalla RSA;
- prosecuzione dei ricoveri di sollievo secondo le modalità previste da relativa delibera del 2004;
- avvio (sperimentale) di attività di stimolazione e riabilitazione cognitiva di gruppi di pazienti affetti da demenza, sia ricoverati in RSA che esterni.

Obiettivi 2006-07

I progetti compresi nei Piani per la Salute e prorogati per il biennio 2006-2007 continueranno a essere oggetto di particolare attenzione :

- Continuità di cura: sostegno e formazione al *caregiver* di anziani con demenza e/o grave disabilità e ricoveri di sollievo. Sostegno, formazione e addestramento del *caregiver* di ospiti in RSA in dimissione al domicilio e counseling presso l'ambulatorio UVA. Nell'ambito dell'attività ambulatoriale (perciò sia nell'ambulatorio del Centro delegato U.V.A. che nell'ambulatorio geriatrico) e nell'ambito dell'attività UVG e dell'Assistente sociale coloro che si prendono cura di anziani con de-

menza e/o grave disabilità (in particolare coloro che vivono situazioni di elevato stress o di bisogno educativo legato alla presenza di disturbi del comportamento del paziente) verranno indirizzati alle articolazioni del servizio deputate al sostegno e alla formazione e supportati dalle molteplici figure professionali coinvolte, anche attraverso cicli strutturati di incontri per gruppi.

Nel 2006 è stata inoltre già avviata una collaborazione con la Fondazione De Voto per la formazione di gruppi di auto-aiuto, con larga adesione da parte dei *caregiver* che avevano partecipato alle iniziative promosse dal Modulo Operativo Anziani di Portomaggiore nel 2004-2005.

Dal 2007 si prevede di poter organizzare:

- corsi differenziati: per i *caregiver* che hanno già partecipato negli anni scorsi e per i “nuovi” *caregiver* (di pazienti cioè con forme iniziali o di recente diagnosi);
- supporto al domicilio per i *caregiver* di alcuni anziani con “ore di sollievo” da parte di Assistenti di Base del Servizio Sociale
- formazione specifica sulle tematiche della demenza ad Addetti all’Assistenza di Base e Operatori Socio-Sanitari del Servizio di Assistenza Domiciliare.

Altre azioni mirate alla continuità di cura:

- **Adozione del modello ortogeriatrico** e accoglimento in RSA di pazienti, non accolti in Fisioterapia, con potenzialità riattive residue: per ridurre il rischio di istituzionalizzazione e la mobilità passiva.
- **Prescrizione appropriata e distribuzione diretta di farmaci a pazienti affetti da demenza presso l’ambulatorio delegato UVA di Portomaggiore:** farmaci specifici prescritti ed erogati dall’ambulatorio U.V.A., quali inibitori dell’acetilcolinesterasi, antipsicotici atipici (richiedenti entrambi piano terapeutico e stretta vigilanza del paziente) continueranno a essere elemento favorente la continuità di cura, permettendo il diretto monitoraggio dell’efficacia terapeutica, il mantenimento dello stretto rapporto fra servizio, utente e familiare, nonché il controllo della spesa. Dal 2007 si prevede di erogare anche specialità farmacologiche di largo utilizzo da parte dell’utenza in carico, quali gli antidepressivi.
- **Fruizione dell’ambulatorio ecodoppler e cardiologico di Portomaggiore da parte di utenti del Centro delegato UVA e di ospiti della RSA,** con riduzione dei tempi di attesa per la diagnosi per entrambe le tipologie di pazienti e una riduzione della spesa per i trasporti verso l’Ospedale di Argenta per i secondi
- **Appropriatezza prescrittiva di presidi e ausili a pazienti in dimissione al domicilio dalla RSA o in carico per Assegno di Cura:** finalizzata alla tempestività, al monitoraggio dell’erogazione, alla facilitazione del percorso autorizzativo, in stretta collaborazione con gli specifici referenti della Unità Operativa Cure Primarie.

Azioni di miglioramento gestionale nelle RSA:

- **Collegamento informatico delle RSA con Laboratorio, Radiologia e Farmacia Ospedaliera:** riduzione di tempi per l’utilizzo dei servizi e ottimizzazione dei tempi per la diagnostica in RSA.
- **Riduzione del rischio di errore terapeutico:** adozione di scheda terapia condivisa, come da modello ospedaliero.

Tabella riassuntiva obiettivi 2006-2007

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Continuità di cura: sostegno e formazione al <i>caregiver</i> di anziani con demenza e/o grave disabilità e ricoveri di sollievo. Sostegno, formazione e addestramento del <i>caregiver</i> di ospiti in RSA in dimissione al domicilio. Counseling presso l'ambulatorio UVA. Ricoveri di sollievo. | L'obiettivo è trasversale ed inserito nei Piani per la Salute |
| 2 | Prescrizione appropriata di farmaci per il trattamento della m. di Alzheimer e dei correlati disturbi del comportamento: piano terapeutico e distribuzione diretta presso l'ambulatorio delegato U- | L'obiettivo è Distrettuale |
| 3 | Consegna alla dimissione dalle RSA della terapia farmacologia domiciliare | L'obiettivo è Distrettuale |
| 4 | Fruizione dell'ambulatorio ecodoppler e cardiologico di Portomaggiore da parte di utenti del Centro delegato UVA e di ospiti della RSA | L'obiettivo è Distrettuale |
| 5 | Appropriatezza prescrittiva di presidi e ausili a pazienti in dimissione al domicilio dalla RSA o in carico per Assegno di Cura. | L'obiettivo è trasversale |
| 6 | Adozione del modello ortogeriatrico: accoglimento in RSA di pazienti con potenzialità riattive per ridurre i rischi di istituzionalizzazione e di mobilità passiva. | L'obiettivo è Distrettuale |
| 7 | Miglioramento gestionale delle RSA: - collegamento informatico con servizi ospedalieri (radiologia, laboratorio, farmacia) - riduzione del rischio di errore terapeutico (scheda terapia condivisa) | L'obiettivo è Distrettuale |

3.1.10 I Disabili Adulti

La programmazione in area disabili sta continuando anche per gli anni 2006/2007 attraverso il Gruppo Provinciale per l'integrazione socio sanitaria in area disabili. In particolare sono state individuate quattro aree tematiche di approfondimento e relativi quattro gruppi tecnici di lavoro che stanno ultimando l'attività.

Le tematiche presidiate sono relative a:

1. revisione degli indicatori per l'individuazione dei rapporti assistenziali/educativi nei CSR diurni e residenziali;
2. rilevazione/monitoraggio all'interno dei CSR dell'attività e degli orari di apertura, dei bisogni espressi dall'utenza ecc;
3. rapporto con le aree di confine (in particolare con Dipartimento Salute Mentale Adulti e Infanzia e Adolescenza);
4. rilevazione dei bisogni esistenti ed emergenti e programmazione attività.

I gruppi inerenti le aree tematiche relativi ai punti 1) e 2) hanno ultimati i lavori.

Rispetto all'area tematica 1) sono state predisposte apposite schede per la condivisione dei rapporti assistenziali/educativi.

Questo strumento è stato presentato e condiviso da tutti i coordinatori dei vari CSR, Residenziali e Semiresidenziali della Provincia.

Per quanto attiene il punto 2) il gruppo di lavoro ha monitorato e mappato le varie attività organizzative, educative, riabilitative e assistenziali dei centri.

Dati attività 2004-2005

| Distretto | Sedute UVAR | | Valutazioni totali | | Verifiche | | Nuovi casi | | Inseriti diurno/residenza | | Utenti dimessi diurno | | Casi valutati per assegno di cura | |
|-------------------|-------------|------|--------------------|------|-----------|------|------------|------|---------------------------|------|-----------------------|------|-----------------------------------|------|
| | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 | 2004 | 2005 |
| CODI-GORO | 24 | 25 | 59 | 53 | 47 | 26 | 19 | 19 | 2+0 | 2+1 | 1 | 1 | 31 | 14 |
| P.MAGGIORE | 18 | 16 | 32 | 30 | 15 | 18 | 6 | 7 | 1+0 | 1+2 | 1 | 0 | 8 | 4 |

| Zona sociale di Codigoro | Il Faro Resid.* | Il Faro Semi Resid. |
|--|-----------------|---------------------|
| Posti Convenzionati | 6 | 20 |
| Posti effettivamente utilizzati | 5,45 | 20 |
| Giorni di apertura dichiarate | 365 | 239 |
| Giorni Teorici (Posti x giorni di Apertura media =365gg Res; 240 Semi-res) | 2.190 | 4.800 |
| Giorni di apertura dichiarate (Frequentanti x giorni Apertura) | 1.989,25 | 4.680 |
| Giorni di presenza effettive | 1.856 | 4.309 |
| Giorni di assenza | 132 | 864 |
| % Assenze/presenze | 7,10 | 20,00 |
| % Giorni presenza effettiva/Giorni Teoriche (=365 Res.; 240 Semi-res.) | 84,70 | 89,70 |
| % Giorni pres. Effettive/ Giorni I Apertura dichiarate | 93,30 | 92,00 |

| Zona Sociale di Portomaggiore CSR "Le rose" | Anno 2004 | Anno 2005 |
|--|-----------|-----------|
| Posti Convenzionati | 14 | 15 |
| Posti effettivamente utilizzati | 14 | 15 |
| Giorni di apertura dichiarate | 3.360 | .600 |
| Giorni Teorici (Posti x giorni di Apertura media =365gg Res; 240 Semi-res) | 3318 | 3510 |
| Giorni di apertura dichiarate (Frequentanti x giorni Apertura) | 3031 | 3016 |
| Giorni di presenza effettive | 241 | 321 |
| Giorni di assenza | 7,95 | 10,64 |
| % Assenze/presenze | 90,21 | 83,78 |
| % Giorni presenza effettiva/Giorni Teoriche (=365 Res.; 240 Semi-res.) | 91,35 | 85,93 |

Criticità

È stato individuato un Gruppo Tecnico Distrettuale per la verifica dell'appropriatezza dei Servizi resi nei C.S.R. Diurni e Residenziali a gestione diretta dell'Azienda USL e convenzionati ma la carente disponibilità oraria del medico geriatra componente il gruppo tecnico rende difficoltosa l'operatività.

Si rileva anche una diminuzione, sempre più marcata, delle sedute della Commissione UVAR principalmente in conseguenza della contrazione della disponibilità oraria dei medici (Geriatra e Neuropsichiatra) con conseguente allungamento dei tempi per la presa in carico degli utenti e l'invio ai servizi integrati.

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

Il Servizio Sociale nelle zone di Portomaggiore e Codigoro

Il Servizio Sociale del Distretto Sud Est svolge le proprie funzioni su delega e risorse dei Comuni del Distretto. L'attività del servizio sociale si declina particolarmente nell'ambito del Piano di Zona Territoriale quale strumento di programmazione del sistema locale dei servizi sociali.

Pur essendo le due zone sociali organizzate con attività e bilanci separati si è dato avvio a un percorso di integrazione e di modalità operative condivise anche al fine di operare in un ottica di rete con tutti i soggetti che a vario titolo collaborano alla programmazione e realizzazione di interventi e servizi sociali.

I comuni afferenti le due zone sociali sono:

- Portomaggiore (Portomaggiore, Argenta, Ostellato)
- Codigoro (Codigoro, Comacchio, Goro, Lagosanto, Massafiscaglia, Mesola, Migliarino e Migliaro)

Le finalità del Servizio Sociale

- Promuovere il benessere della persona e in particolare prevenire, rimuovere le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da limitazioni personali e sociali, da condizioni di non autosufficienza, da difficoltà economiche;
- Rispettare la dignità della persona e l'attenzione alla globalità del bisogno dell'individuo anche attraverso un approccio multidimensionale in particolare nelle aree a forte valenza socio-sanitaria e tramite un lavoro per progetti personalizzati, diversificati e flessibili;
- Favorire l'universalità di accesso ai servizi anche tramite l'informazione e l'orientamento al cittadino.
- Nel corso del 2007 sarà completato il processo di superamento delle IPAB (Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza) e di costituzione di due A.S.P. nell'ambito del Distretto: una nell'area di Codigoro-Comacchio e una in quella di Argenta-Portomaggiore. L'attività delle due nuove aziende prenderà il via all'inizio del 2008.

Al fine di favorire tali processi di unificazione gestionale di servizi socio-sanitari pubblici, già dal 2007 si prevede di trasferire la gestione della R.S.A. e del C.S.R. "Il Faro" di Codigoro all'IPAB di Codigoro e della R.S.A. di Portomaggiore all'IPAB "Eppi" di Portomaggiore.

Il Servizio Sociale svolge le proprie funzioni in tre aree:

1. Minori/Genitorialità;
2. Adulti/Disabili;
3. Anziani.

Le finalità specifiche dell'area **Minori/Genitorialità** possono essere così sintetizzate:

- Tutelare e proteggere i minori dagli abusi, dai maltrattamenti, dall'incuria
- Sostenere le famiglie in difficoltà a svolgere, con la migliore attenzione possibile, un responsabile e idoneo compito genitoriale;

Le finalità dell'area **Adulti/Disabili** si possono riassumere nel modo seguente:

- Tutela, integrazione e assistenza a persone adulte (19-64 anni) che presentino una condizione di disabilità e/o di disagio sociale.
- Sostegno alla domiciliarità attraverso azioni di aiuto ai *caregiver* anche tramite l'erogazione dell'assegno di cura e sostegno e ricoveri di sollievo.

- Favorire il recupero delle persone escluse e/o a rischio di esclusione sociale.

Le finalità nell'area **Anziani** riguardano soprattutto :

- Il sostegno alla domiciliarità attraverso una serie articolata e integrata di interventi di aiuto e di supporto all'anziano e alla sua famiglia per valorizzare e riconoscere il lavoro di cura della famiglia e della rete allargata (S.A.D., pasti a domicilio, Assegni di cura, ricoveri di sollievo, ecc.).
- Miglioramento delle prestazioni assistenziali e del lavoro di cura prestato da assistenti familiari straniere attraverso corsi di aggiornamento/informazione.

Considerazione sui risultati 2005, aree di miglioramento e obiettivi 2006-2007

“ Favorire la domiciliarità e il sostegno al caregiver di anziani e disabili”.

Per quanto attiene l'area assegno di cura anziani è stato individuato un gruppo di lavoro aziendale che ha elaborato una bozza di nuovo regolamento che è stato poi approvato dai vari Comitati dell'Accordo di Programma Area Anziani ai sensi dell'ex art.14 L.R.5/94 (per la zona di Portomaggiore l'approvazione è avvenuta negli incontri del 6/05/05 e del 10/05/05 dei quali è stato redatto verbale agli atti del Servizio) e dalle Operatrici Socio-Sanitarie Area Pensionati nel “Tavolo Anziani” del 22/06/05 (di cui è presente verbale specifico presso il Coordinamento del Servizio Sociale).

Il nuovo regolamento è stato approvato con Delibera Aziendale del Direttore Generale 215 del 29/07/05 a oggetto: “Approvazione del regolamento aziendale relativo alla concessione dell'assegno di cura area anziani.”

Relativamente alla divulgazione delle nuove procedure e al nuovo percorso per l'erogazione dell'assegno di cura anziani si è in questi mesi lavorato per la programmazione di una iniziativa pubblica per il Distretto Sud Est in collaborazione con le Operatrici Socio-Sanitarie Area Pensionati che si è realizzata il 17.10.05 presso la sala ex caserma del Comune di Codigoro; tale iniziativa aveva lo scopo di informare e meglio collaborare con tutti i soggetti coinvolti nei primi contatti con le persone anziane e/o i loro familiari.

Nei primi sei mesi dell'anno 2005 le persone anziane non autosufficienti della zona sociale di Portomaggiore che hanno usufruito dell'assegno di cura sono state complessivamente 145 di cui 12 con assegno di cura livello A, 113 di livello B e 20 di livello C. Nella zona sociale di Codigoro complessivamente gli anziani che hanno usufruito dell'assegno di cura sono stati 240 di cui livello A 16 livello B 177 e livello C 47.

Su richiesta dell'Associazione AMA (Associazione Malati di Alzheimer) e del Centro Servizi Volontariato si è realizzato un corso per i famigliari di divulgazione della modalità dell'auto-mutuo aiuto.

Gli utenti che hanno usufruito dell'Assegno di cura disabili nell'anno 2005 sono stati 13 per la zona di Portomaggiore e 32 per la zona di Codigoro. È stata inoltre avviata la sperimentazione dell'assegno di cura per gravissime disabilità acquisite nell'età adulta (D.GR 2068/04). Gli utenti che hanno usufruito di tale assegno per l'intero distretto sono stati 28.

Nell'area disabili sono continuati gli incontri fra operatori del Servizio Sociale e famigliari dei disabili.

Un gruppo di famigliari di disabili a Portomaggiore in collaborazione con gli operatori del Servizio Sociale e il CSV di Ferrara ha effettuato un corso finalizzato all'attivazione dell'auto-mutuo aiuto. Nella zona sociale di Codigoro è stata attivata un'Associazione di famigliari di persone disabili (Gruppo il volo) sostenuta nel percorso formativo da operatori dell'AZIENDA USL.

“Tavolo di Coordinamento del Piano di zona distretto Sud Est zone sociali di Codigoro e Portomaggiore”

Sono stati realizzati 23 incontri del tavolo di coordinamento e dell'ufficio di piano per la preparazione e la predisposizione del Piano di Zona 2005-2007 che è stato poi condiviso con tutti i soggetti coinvolti ed è stato approvato e sottoscritto dai Comuni della zona sociale e approvato dall'Azienda USL con determina 184 del 31/08/05.

Gli incontri di primo monitoraggio sono stati due realizzati in settembre.

Le iniziative di coordinamento, per quanto estremamente faticose per la numerosità dei soggetti coinvolti (11 comuni del Distretto Sud Est e i Servizi Sociali dell'Azienda USL titolari delle funzioni delegate dai Comuni) hanno portato a un rafforzamento dell'identità di distretto e permesso un miglioramento della collaborazione tra Comuni e Azienda USL in un'ottica partecipata e integrata. Anche il piano attuativo 2006 è stato predisposto, condiviso ai tavoli d'area e presentato al tavolo di concertazione con le organizzazioni sindacali.

“Sviluppo di un sistema informativo regionale sulla condizione dell'infanzia e adolescenza”

Gli operatori dell'area minori hanno partecipato ai corsi di formazione organizzati dalla Regione e l'assistente amministrativo del Servizio Sociale è individuato come referente per il Distretto Sud Est nei rapporti con la Regione. L'amministrativa ha partecipato a 2 incontri per la realizzazione del progetto di rifacimento SISA minori in versione WEB.

I due Servizi Sociali hanno trasmesso le schede di raccolta dati dei servizi socio assistenziali minori per l'anno 2004 e per l'anno 2005

Dall'anno 2005 le Assistenti Sociali hanno inserito autonomamente i dati per l'aggiornamento delle cartelle informatizzate per minori.

È da evidenziare che nell'anno 2005 i minori in carico del Comune di Voghiera sono stati trasferiti agli operatori del Centro Servizi alla Persona di Ferrara.

“Nuovi percorsi per la tutela dei minori”

L'obiettivo è stato pienamente realizzato sia in materia di affidamento familiare che in materia di abuso minorile. Entrambe le materie sono coordinate dalla Provincia di Ferrara nell'ambito del tavolo minori con due specifici sottogruppi di cui fanno parte i Responsabili dei Servizi Sociali, l'Azienda USL e altri soggetti coinvolti nelle problematiche minorili.

Gli incontri effettuati in tema di abuso sono stati 3, mentre gli incontri in tema di affido sono stati 4.

Nell'anno 2005 si è provveduto alla stesura di 2 protocolli d'intesa interistituzionali presentati in data 27.06.05 alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e approvati successivamente da tutti i Comuni della provincia e dall'Az.USL nell'ambito dei Piani di Zona.

Per quanto attiene l'affidamento familiare in collaborazione con l'associazione “Dammi la mano” e con i Comuni del Distretto sono state organizzate e realizzate iniziative pubbliche di sensibilizzazione e di promozione dell'affido e del volontariato familiare. L'iniziativa era stata preparata in alcuni incontri fra i rappresentanti dell'Associazione delle famiglie affidatarie “Dammi la mano”, i Responsabili dei Servizi Sociali, le Assistenti Sociali area minori del Distretto, gli Psicologi dello SMRIA che operano nell'ambito della tutela minori e alcuni rappresentanti dei Comuni.

In data 14.10.05 è stato presentato, distribuito e discusso il protocollo operativo sull'affido a tutte le Assistenti sociali area minori del Distretto Sud Est.

Per quanto attiene le azioni di contrasto alle forme di abuso e maltrattamento in danno ai minori si segnala che il 27.10.05 è stato presentato, distribuito e discusso il protocollo operativo a tutte le Assistenti sociali area minori del Distretto Sud Est e che nei primi mesi del 2006 sono state realizzate iniziative nei diversi territori per la condivisione delle linee guida con le scuole, i servizi sanitari e tutti i soggetti che si occupano di problematiche minorili.

“Promozione di percorsi per favorire l’integrazione lavorativa di persone in situazione di handicap e svantaggio sociale”

In questo anno si è operato in più direzioni da un lato direttamente con l’utenza attraverso:

- L’attivazione di 30 stage lavorativi protetti organizzati direttamente dal Servizio Sociale;
- L’attivazione di 6 progetti di avviamento lavorativo, in collaborazione con il Centro dell’Impiego di Ferrara, dei quali già 4 nel corso del 2005 tramutatisi in assunzione vera e propria da parte delle Aziende ospitanti;
- L’attivazione di 2 progetti di formazione lavoro in collaborazione con l’ente “Città del Ragazzo” di Ferrara finalizzato alla acquisizione di tecniche legate alla grafica digitale;
- L’avvio nel settembre 2005 di progetto formativo riguardante l’acquisizione di tecniche manuali di legatoria rivolto a 15 utenti del Servizio Sociale. Il progetto ha visto attivo il Servizio nella fase di individuazione dei corsisti, del coordinamento degli enti coinvolti e verifica dei risultati.

Dall’altro lato si è invece avviato una collaborazione, al fine di una comune operatività, con la rete dei Servizi deputati al compito di favorire l’inserimento di persone disabili.

Nel corso dell’anno si sono svolti 15 incontri con gli Operatori del Centro dell’Impiego di Ferrara e Argenta finalizzati alla discussione di singoli casi, alla preparazione dei tirocini e ai rapporti con le aziende.

Inoltre si è costituito (già dal 2004) un gruppo di lavoro sempre con il Centro dell’Impiego e i Servizi Sociali e Sanitari (Area Adulti) del Distretto che nel 2005 si è incontrato 10 volte.

Con le Cooperative di tipo “B” del territorio sono avvenuti 10 incontri finalizzati all’individuazione di percorsi di trasformazione di stage in veri e propri posti di lavoro.

Infine con gli operatori dello SMRIA dell’Azienda USL di Portomaggiore e i coordinatori degli insegnanti di sostegno del territorio si è costituito un gruppo di lavoro (denominato Orientamento) finalizzato tra l’altro all’attuazione di percorsi misti tra scuola e lavoro che prevedano anche inserimenti lavorativi.

Tale progetto ha visto il gruppo incontrarsi nel 2005 per 12 volte e la presa in carico di 5 persone disabili.

Nell’ambito dei Piani di Zona 2005/2007 è stato inoltre predisposto un progetto denominato “Promozione di una funzione di coordinamento per favorire l’integrazione lavorativa di persone in situazione di handicap e svantaggio sociale” di cui il Comune capofila per l’intero distretto è il comune di Comacchio e che vede la partecipazione attiva ai tavoli di lavoro degli operatori del Servizio Sociale che operano nell’area adulti/disabili.

Laboratorio di formazione a teatro per operatori sociali e persone disabili della zona sociale di Codigoro

L’obiettivo è stato pienamente realizzato e si sta rafforzando con attività di laboratorio teatrali in corso di svolgimento. Hanno partecipato al progetto 3 ospiti del Faro e 2 Educatori Professionali.

Applicazione della documentazione sanitaria e non per gli ospiti del CSR IL Faro di Codigoro e gestione delle emergenze cliniche

Anche questo obiettivo è stato realizzato e tutte le cartelle sanitarie sono regolarmente compilate e aggiornate

Gestione parco macchine CSR Il Faro e Servizio Sociale zona socio sanitaria di Codigoro

Il progetto è realizzato e continua a essere operativo

Sperimentazione di un laboratorio di Vela-Therapi per gli ospiti del CSR il Faro di Codigoro

Il progetto è stato realizzato in collaborazione con il Circolo Nautico di Codigoro e ha visto la partecipazione di 4 ospiti del Faro e 3 Educatori Professionali. Inoltre hanno partecipato 2 utenti del progetto SAP e 2 operatori della Cooperativa Girogirotondo che gestisce il progetto in collaborazione con l’Azienda USL.

Confronto dati di attività del servizio anni 2004 - 2005

| Attività svolte | Portomaggiore | | Codigoro | |
|---|---------------|--------------|--------------|--------------|
| | Anno 2004 | Anno 2005 | Anno 2004 | Anno 2005 |
| Area minori/genitorialità | | | | |
| Minori in carico | 292 | 277 | 288 | 259 |
| Di cui stranieri | 85 | 70 | 55 | 57 |
| Nuclei familiari seguiti | 216 | 208 | 215 | 195 |
| Di cui minori in affidamento familiare | 6 | 4 | 8 | 8 |
| Di cui minori abusati | 8 | 7 | 3 | 4 |
| istruttorie per adozioni nazionali e internazionali | 2 | 5 | 1 | 3 |
| Di cui minori in strutture residenziali | 20 | 17 | 23 | 20 |

| Area adulti disabili | Portomaggiore | | Codigoro | |
|--|----------------|--------------|-------------------|-------------------|
| | Anno 2004 | Anno 2005 | Anno 2004 | Anno 2005 |
| Utenti in carico di cui: | 98 | 110 | 104 | 105 |
| Utenti per inserimenti lavorativi protetti | 23 | 25 | 22 | 25 |
| Utenti per inserimenti in strutture residenziali | 7 | 10 | 12+2 emergenza | 17+2 Emergenza |
| Utenti per inserimenti in Centri Diurni | 14+1 minore | 15 | 25 | 26 + 1 minore |
| Utenti con assegno di cura e sostegno | 18 | 13 | 30 | 31 |
| Utenti seguiti dal S.A.D. | 19 | 15 | 8 | 18 |
| Utenti seguiti dal S.A.P. | 0 | 0 | 10 | 11 |
| Area Adulti in situazione di disagio | | | | |
| Utenti in carico di cui: | 32 | 33 | 93 | 94 |
| Utenti per inserimenti lavorativi protetti | 12 | 5 | 77 | 76 |
| Sssidi economici per ex detenuti | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Utenti collocati in struttura | 0 | 0 | 10 | 11 |
| E detenuti collocati in struttura | 0 | 0 | 8 | 1 |
| Utenti seguiti dal S.A.D. | 0 | 0 | 13 | 10 |
| Utenti per segretariato sociale | 7 | 24 | 8 | 8 |

| Area anziani | Portomaggiore | | Codigoro | |
|--|---------------|-----------|-----------|-----------|
| | Anno 2004 | Anno 2005 | Anno 2004 | Anno 2005 |
| Utenti in carico al S.A.D. Di cui | 191 | 168 | 159 | 136 |
| Prestazioni S.A.D. | 21.889 | 16.433 | 18.100 | 18.408 |
| Utenti seguiti con pasto domiciliare | 87 | 69 | 40 | 37 |
| Utenti che usufruiscono della lavanderia | 29 | 13 | 5 | 5 |
| Utenti seguiti con Telesoccorso | 13 | 11 | 0 | 0 |
| Utenti beneficiari di trasporto | | | 28 | 34 |
| Utenti con assegno di cura | 202 | 186 | 303 | 240 |

Criticità

Area infanzia e adolescenza

- Aumento del malessere delle famiglie che si esplica anche in situazioni di disagio e/o maltrattamento nei confronti dei minori;
- inadeguata presenza dei servizi di supporto alla genitorialità;
- scarsità di personale dedicato all'Assistenza Sociale nell'area minori rispetto ai bisogni emergenti e ai conseguenti carichi di lavoro;
- aumento di fenomeni di abbandono scolastico (post obbligo), bullismo e devianza minore con particolare incidenza nella zona di Codigoro.

Area anziani e disabili

- Lista d'attesa per i servizi di Assistenza domiciliare in particolare nella zona sociale di Codigoro e per l'inserimento in strutture residenziali di anziani non autosufficienti;
- scarsità delle risorse assegnate all'assegno di cura disabili a fronte di un numero consistente di beneficiari obbligati nella zona di Codigoro a lunghi periodi di sospensione dell'erogazione;
- da presidiare maggiormente il supporto e il sostegno alle famiglie di anziani e disabili in particolare ai *caregiver*;
- presidiare ulteriormente il passaggio dalla scuola al mondo del lavoro dei disabili adulti in ambito distrettuale;
- da presidiare la rete dei servizi, in particolare i rapporti tra il Centro Provinciale per l'impiego area disabili e i Servizi Socio Sanitari;
- carenza di laboratori diurni integrati sul territorio;
- saturazione della capacità ricettiva dei Centri Socio Riabilitativi Diurni per cittadini disabili in particolare al CSR diurno il Faro, per la zona di Codigoro, dove è inoltre presente lista di attesa.

Obiettivi anno 2006

1. Prevenzione del disagio adolescenziale tramite l'aggregazione e il *conseling*
2. Realizzazione di luoghi dedicati: spazio Giovani polifunzionali; sostegno alle problematiche legate alla sfera sessuale, affettiva e relazionale
3. Completamento e condivisione a livello distrettuale dei protocolli operativi in area minori
4. Adozione di procedura unificate e condivise fra Servizio Sociale/SMRIA e altri soggetti coinvolti per l'attività Socio Sanitaria Integrata in area minori
5. Favorire la domiciliarità, la continuità assistenziale e il sostegno ai *caregiver* di cittadini adulti con gravi disabilità e anziani non autosufficienti.
6. Implementazione e monitoraggio degli assegni di cura in area anziani, disabili e delle gravi disabilità acquisite in età adulta. Informatizzazione dati e adesione progetto *Garcia*.
7. Verifica della qualità delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili del Distretto Sud Est
8. Analisi del livello di qualità nelle strutture protette convenzionate per anziani non autosufficienti del Distretto Sud Est Analisi del grado di soddisfazione dei familiari degli ospiti dei CSR residenziali e semiresidenziali, a gestione diretta e convenzionata, per disabili del Distretto Sud Est
9. Favorire le informazioni, l'accesso, l'orientamento e l'affiancamento dei cittadini e la messa in rete dell'Unità Operativa Socio Sanitaria con gli sportelli sociali dei Comuni
10. Attivazione di sportelli sociali dedicati e in rete fra i Comuni del Distretto Sud Est e l'Azienda USL di Ferrara.

Obiettivi anno 2007

Avvio di azioni di miglioramento in merito agli elementi di criticità evidenziati a seguito di somministrazione di questionari in area anziani e disabili

3.3 La Sanità Pubblica

3.3.1. Igiene Pubblica

Sorveglianza delle malattie infettive

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

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

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

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

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

Vaccinazioni

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

L'attività è mirata principalmente alle seguenti vaccinazioni:

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

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

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

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

3.3.2 Igiene Ambientale

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

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

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

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

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

3.3.3 Epidemiologia ed Educazione Sanitaria

Le attività svolte nel 2005 sono così riassumibili:

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

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

Aree di miglioramento e obiettivi 2006 - 2007

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

3.3.4 Alimenti e Nutrizione

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

Obiettivi 2005:

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

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

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

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

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

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

3.3.5 Unità Operativa di Organizzazione Oncologica

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

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

L'attività programmata per l'anno 2006

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

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

3.3.6 Tutela della Salute e della Sicurezza negli Ambienti di Vita e di Lavoro

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

Consuntivo dell'attività 2005

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

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

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

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

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

Programmazione dell'attività e obiettivi 2006-2007

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

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

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

- Indagine sullo stato di salute dei lavoratori addetti alle attività di stampaggio e trattamento termico di acciai mediante l'uso di campi elettromagnetici (CEM). L'indagine, concordata con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e con la direzione aziendale, si avvale del supporto scientifico dell'Università di Modena e fa seguito alla valutazione del rischio da CEM già effettuata negli anni precedenti nella stessa realtà lavorativa. Si effettuerà su base volontaria in tre distinti momenti:
 1. Compilazione di una scheda anamnestica per tutti i lavoratori dei reparti con esposizione al rischio CEM.
 2. Selezione di un gruppo di lavoratori, omogeneo per età, per sesso e per più prolungata esposizione a CEM, e di un gruppo di controllo, a cui effettuare le seguenti analisi: tipizzazione di sottopopolazioni linfocitarie nel sangue periferico, ricerca di cellule Natural Killer, ricerca di effetti genotossici.
 3. Indagine retrospettiva sulla coorte degli ex esposti: partendo dai libri matricola aziendali, saranno cercati tutti i lavoratori che sono stati esposti a CEM. Si ricostruirà la storia lavorativa e si farà la verifica dello stato in vita e l'analisi delle cause di morte degli eventuali deceduti.

- Valutazione del rischio da fitofarmaci nelle attività agricole: continua lo studio di valutazione dei rischi chimici in agricoltura durante la preparazione e la somministrazione dei fitofarmaci sulle colture arboree e su quelle seminative, già iniziata lo scorso anno in un'azienda rappresentativa del territorio. Nel 2006, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e la Regione Emilia-Romagna, si completerà la raccolta dei dati sulle modalità di somministrazione dei fitofarmaci e gli eventuali effetti sulla salute in un campione di 50 aziende agricole, individuate dalle associazioni provinciali degli imprenditori agricoli. L'analisi statistica dei dati sarà effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità.

- Ripresa della sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti a CVM: vista la buona adesione al primo controllo effettuato nel periodo 2002-03, e considerati i risultati positivi che saranno presentati alla prossima Ambiente Lavoro Convention di Modena, insieme con l'Azienda USL di Ravenna, la Regione Emilia-Romagna e i sindacati del settore chimico, si è deciso di riprendere i controlli sanitari secondo le modalità già sperimentate. L'intervento coinvolgerà potenzialmente gli oltre 300 lavoratori ex esposti a CVM, con evidenti implicazioni di tipo informativo, assistenziale e medico-legale.

3.3.7 Area Sanità Pubblica Veterinaria

Sanità animale

Anno 2005

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

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

Influenza aviaria

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

In particolare:

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

Scrapie

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

Aree di miglioramento obiettivi 2006/07

Sviluppo di competenze valutative sui controlli ufficiali

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

Influenza aviaria

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

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

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

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

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

3.4 La Salute Mentale

Il livello distrettuale

Area Adulti

Popolazione target¹

Maggiore/Uguale 18 anni: 89.944

Da Maggiore/Uguale 18 anni a Maggiore/Uguale 64 anni: 62.674

NOTE:

1 - Al Centro di Salute Mentale del Distretto Sud Est - Area di Portomaggiore afferiscono ancora i cittadini del Comune di Voghiera come riferimento storico.

L'attuale sistema informatico del Dipartimento di Salute Mentale, in via di trasformazione, non è in grado di selezionare i dati di attività degli utenti divisi per Comune che, pertanto, non sono stati scorporati anche perchè strettamente collegati al funzionamento generale dell' équipe che li tratta.

2 - Sebbene la popolazione target sia calcolata per la fascia di età 18-64 anni, le Strutture Complesse di Psichiatria Adulti di tutto il DSM si occupano di tutta la popolazione maggiore di 18 anni

.

Osservazioni

- Il CSM del Distretto Sud Est ha continuato a presentare, dopo diversi anni di intenso turn over, una buona stabilità del personale. Ciò ha favorito una continuità nell'offerta delle prestazioni che conferma la presenza, la conoscenza e la visibilità di questo servizio nella percezione dei cittadini, come si evince dai tassi d'incidenza (nuovi utenti), di prevalenza (utenti seguiti) di gran lunga superiori alla media provinciale e stabilizzati rispetto all'anno precedente e dall'incremento dell'offerta di prestazioni.
- I ricoveri totali sono stabilizzati in lieve calo (- 1,98%) anche se è in incremento l'utilizzo dei ricoveri nelle Case di Cura private (+ 16,67 %).
- Il tasso dei ricoveri in trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.) resta superiore alla media provinciale anche se è in netto calo (- 28,21%).
- Prosegue all'interno dei progetti per i Piani per la Salute l'attività del " 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, collocato in tre punti territoriali: Portomaggiore, Codigoro e Comacchio.

Integrazioni esistenti

Sono confermate le integrazioni dello scorso PAT, con i miglioramenti di seguito riportati:

Con il **Dipartimento di Cure Primarie**:

Con i **medici di medicina generale**, attraverso una collaborazione sui singoli casi (**Progetto Liggieri**) e l'attivazione di un rapporto diretto per i ricoveri presso il Servizio Psichiatrico dell'Ospedale del Delta.

È diventato attivo il **protocollo con il Ser.T.** per la gestione dei casi con “ doppia diagnosi”

Con l'**Ospedale del Delta:** tramite il **Servizio di Consulenza** svolto sia dai Dirigenti Medici di Psichiatria del reparto Psichiatrico che da quelli territoriali di guardia medica per quanto riguarda gli adulti e con il Servizio di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza per quanto riguarda i minori.

Con l'**Ospedale di Argenta:** tramite il Servizio di Consulenza svolto dai Dirigenti Medici di Psichiatria territoriali e con la **L.P.A.R.E.di Argenta** tramite un protocollo per ricoveri concordati anche con i Medici di Medicina Generale.

La Struttura Complessa del Dipartimento di Salute Mentale che afferisce alla Clinica Psichiatrica ha attivato un **Servizio di Psiconcologia** presso l'**Ospedale del Delta** che si interconnette anche con il **Dipartimento di Cure Primarie e l'Associazione Onlus.**

Con il **Dipartimento di Sanità Pubblica** tramite la partecipazione di Dirigenti Medici di Psichiatria alle Comm.ne di Valutazione per l'Invalidità Civile.

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

Accreditamento del Dipartimento di Salute Mentale.

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

Valutazione della soddisfazione nel Dipartimento di Salute Mentale – Area Adulti

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

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

| Molto positiva | Abbastanza positiva | Giudizio incerto | Abbastanza negativa | Molto negativa |
|-------------------|---------------------|------------------|---------------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pazienti: 1,78 | | | | |
| | Familiari: 2,01 | | | |
| | Operatori: 2,25 | | | |

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

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

| PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TERRITORIALE | Sud Est 2005 | % sul DSM | DSM 2005 | Sud Est 2004 | Differenza % | Voghiera |
|---|-------------------------|----------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|
| Prime visite | 678 | 33,75% | 2.009 | 753 | -9,96% | 34 |
| Tasso d'incidenza/100.000 abitanti età ≥ 18 | 753,80 | | 649,60 | 840,41 | | 975,89 |
| Maschi | 266 | 36,59% | 727 | 274 | -2,92% | 13 |
| Tasso d'incidenza/100.000 abitanti età ≥ 18 | 614,73 | | 496,51 | 636,04 | | 771,97 |
| Femmine | 412 | 32,14% | 1.282 | 479 | -13,99% | 21 |
| Tasso d'incidenza /100.000 abitanti età ≥ 18 | 882,74 | | 787,26 | 1029,66 | | 1.166,67 |
| Totale accessi | 30.820 | 31,64% | 97.405 | 28.465 | 8,27% | 1473 |
| Totale prestazioni | 43.082 | 29,24% | 147.330 | 37.237 | 15,70% | 1478 |
| Totale pazienti seguiti nel periodo | 1.761 | 34,52% | 5.101 | 1.783 | -1,23% | 73 |
| Tasso di prevalenza/100.000 abitanti età ≥ 18 | 1.957,88 | | 1.649,39 | 1.989,98 | | 2.095,29 |
| Accessi ambulatoriali | 26.501 | 30,98% | 85.538 | 24.909 | 6,39% | 1315 |
| Accessi domiciliari | 2.112 | 49,43% | 4.273 | 1.645 | 28,39% | 22 |
| Accessi in altre sedi | 2.207 | 46,49% | 4.747 | 1.911 | 15,49% | 136 |

| RICOVERI | Sud Est 2005 | % sul DSM | DSM 2005 | Sud Est 2004 | Differenza % | DSM 2004 |
|--|---------------------|----------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------------|
| Ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio | 28 | 35,90% | 78 | 39 | -28,21% | 94 |
| Tasso d'incidenza/100.000 abitanti età ≥ 18 | 31,13 | | 25,22 | 43,53 | | 30,59 |
| RICOVERI TOTALI | 346 | 31,45% | 1.100 | 353 | -1,98% | 1.094 |
| CASE DI CURA | 42 | 30,00% | 140 | 36 | 16,67% | 139 |
| Tasso d'incidenza per 100/ abitanti età ≥ 18 | 46,70 | | 45,27 | 40,18 | | 45,23 |
| Costi per rette n° 37 non ex OP al 31/12/05 | 269.423 | 27,5% | 979.890 | 260.345 | 3,4% | 872.408 |
| Costi per sussidi al 31/12/05 | 113.650 | 23,55% | 482.529 | 131.802 | -16,0% | 486.533 |

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

| | Anno 2003 | Anno 2004 | Anno 2005 |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Incidenza prime visite | 721,0 | 840,41 | 753,80 |
| Prevalenza pazienti in cura | 1.831,5 | 1.989,98 | 1.957,88 |
| Incidenza TSO | 42,41 | 43,53 | 31,13 |
| Incidenza ricoveri Case di Cura | 59,15 | 40,18 | 46,70 |

2) Area Minori

Popolazione target

Maggiore/Uguale 18 anni: 11.966

- **Commento alle tabelle:** Si assiste a un calo delle prestazioni sull'utenza (200 in modo omogeneo per Codigoro e Portomaggiore). Tale dato era atteso in quanto il Modulo Operativo ha indirizzato risorse verso la costituzione di pacchetti formativi e la loro erogazione diretta a insegnanti di ogni ordine e grado, nell'ottica dell'erogazione del prodotto "Prevenzione". Si tratta di percorsi in ambito dei Disturbi Specifici dell'apprendimento, della rilevazione precoce dei segnali predittivi di disturbo specifico dei bambini della scuola materna e di informazione sulla filosofia Teacch nell'ambito dei disturbi generalizzati di sviluppo.
- La scelta di dirigere risorse su ambiti diversi dall'utenza diretta è stata premiata dal dato 8,5% di prevalenza che testimonia la continua costruzione di reti attraverso le quali il servizio viene conosciuto e scelto.
- La scelta dell'Unità Operativa Salute Mentale e Riabilitazione Infanzia e Adolescenza aziendale di costituire gruppi di lavoro su protocolli clinici, frutto di percorsi formativi e parte integrante del processo di budget ha contribuito a un utilizzo del tempo lavoro maggiormente diversificato.
- Si nota un calo del n. prestazioni per utente, come costante trend degli ultimi anni: una lettura corretta consiste nel confrontare l'aumento dei casi in carico rispetto alle risorse umane disponibili.

Il costante aumento degli utenti in carico, nonostante la diminuzione dei nuovi casi, suggerisce un'analisi approfondita dei progetti di presa in carico per garantire l'erogazione di prestazioni appropriate al grado e tipo di patologia (Hard e/o soft).

| Ambito territoriale di Ferrara | | | |
|--------------------------------|--------|--------|--------|
| <u>Serie storica</u> | 2002 | 2004 | 2005 |
| Popolazione target | 12.198 | 12.402 | 11.966 |
| Utenti | 842 | 956 | 1.020 |
| Prevalenza | 6.9 | 7.7 | 8,5 |
| Nuovi casi | 285 | 264 | 263 |
| Incidenza | 2.3 | 2.12 | 2,12 |
| Prestazioni | 14.011 | 13.874 | 13.478 |
| id x utente | 16,6 | 14,5 | 13,2 |

| Scheda riepilogativa per classi di età | | | | | | | |
|--|-------------|-------------|--------------|---------------|---------------|-------------|--------|
| | 0-2 anni | 3-6 anni | 6-11 anni | 11-14 anni | 14-17 anni | >17 anni | totale |
| Utenti | 82 | 138 | 436 | 195 | 132 | 37 | 1.020 |
| % int. ut. | 8,03 | 13,5 | 42,7 | 19,1 | 12,9 | 3,6 | 99,8 |
| Popolazione target | 1.988 | 1.872 | 3.196 | 2.032 | 2.839 | 5.996 | 17.914 |
| Prevalenza | 4,12 | 7,37 | 13,64 | 9,59 | 4,64 | 0,61 | 5,69 |
| Nuovi casi | 43 | 58 | 113 | 27 | 19 | 3 | 263 |
| Incidenza | 2,16 | 3,09 | 3,53 | 1,32 | 0,66 | 0,05 | 1,46 |
| % casi | 4,21 | 5,68 | 11,07 | 2,64 | 1,86 | 0,29 | 25,78 |
| prestazioni | 1422 | 2522 | 5680 | 2180 | 1530 | 144 | 13478 |
| % prestazioni | 10,5 | 18,7 | 42,1 | 16,2 | 11,3 | 1,06 | 99,8 |
| Prestazioni per utente | 17,3 | 18,2 | 13,02 | 11,1 | 11,6 | 3,9 | 13,2 |

Utenti e prevalenza suddivisi per comune

| Comuni | Popolazione target | Utenti | Prevalenza |
|-----------------|--------------------|--------|------------|
| Codigoro | 1404 | 103 | 7.3 |
| Comacchio | 2983 | 211 | 7.0 |
| Lagosanto | 552 | 38 | 6.8 |
| Massa Fiscaglia | 431 | 33 | 7.6 |
| Mesola | 796 | 48 | 6.0 |
| Migliarino | 365 | 44 | 12 |
| Migliaro | 286 | 21 | 7.3 |
| Goro | 495 | 39 | 7.8 |
| Argenta | 2638 | 201 | 7.6 |
| Portomaggiore | 1281 | 158 | 12.3 |
| Ostellato | 735 | 50 | 6.8 |

PSICOLOGIA CLINICA A TUTELA dell'INFANZIA e dell'ADOLESCENZA

Suddivisione per tipi di attività(*) della Psicologia Clinica Infanzia e Adolescenza per tutto l'ambito provinciale

| Utenti e prestazioni in % | | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-----------------------------------|-------------|------|------|------|------|
| attività di del danno limitazione | utenti | 58,5 | 63,5 | 64,1 | 58 |
| | prestazioni | 75,5 | 79,2 | 79,7 | 75 |
| attività preventive | utenti | 41,5 | 36,2 | 35,9 | 42 |
| | prestazioni | 24,5 | 20,8 | 20,2 | 25 |

| Quadro sinottico attività Psicologia Clinica Infanzia e Adolescenza nell'ambito territoriale di Portomaggiore | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Utenti | 168 | 198 | 213 | 198 |
| Pop. targ. | 4.870 | 4.919 | 5.005 | 4.654 |
| Prevalenza | 3,45 | 4,03 | 4,6 | 4,02 |
| Casi nuovi | 56 | 110 | 98 | 101 |
| Incidenza | 1,15 | 2,23 | 1,95 | 2,17 |
| Prestazioni | 1.145 | 1.316 | 1.140 | 916 |
| id x ut. | 6,8 | 6,6 | 6,35 | 4,62 |
| Un. psicol. | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Prest. x psicol. | 1145 | 1316 | 1140 | 916 |
| Quadro sinottico attività Psicologia Clinica Infanzia e Adolescenza nell'ambito territoriale di Codigoro | | | | |
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Utenti | 192 | 151 | 157 | 178 |
| Pop. targ. | 7.313 | 7.279 | 7.298 | 7.312 |
| Prevalenza | 2,62 | 2,07 | 2,15 | 2,4 |
| Casi nuovi | 41 | 52 | 84 | 75 |
| Incidenza | 0,95 | 0,71 | 1,15 | 1,02 |
| Prestazioni | 699 | 699 | 1255 | 1061 |
| id. x ut. | 3,64 | 4,62 | 7,99 | 5,96 |
| Un. psicol. | 1 | 1,25 | 1,5 | 1,5 |
| Prest. x psicol. | 699 | 559 | 836 | 707 |

Il quadro dell'ambito territoriale di **Portomaggiore** conferma l'andamento degli anni precedenti, con valori di incidenza e di prevalenza quasi doppi rispetto ad altri ambiti territoriali.

È consistente (20%) la riduzione del numero delle prestazioni a fronte di un numero di utenti, totali e nuovi, e si mantiene abbastanza stabile. Diminuisce quindi il numero di prestazioni per utente.

Il rapporto tra limitazione del danno e prevenzione è del 50,5% / 49,5%, per il numero degli utenti e 73,5% / 26,5% per le prestazioni, con un fenomeno analogo a quello dell'ambito territoriale di Ferrara.

Anche per l'ambito territoriale di **Codigoro**, in costanza di risorse, le prestazioni si riducono del 15% malgrado un aumento di utenti. Diminuisce sensibilmente il numero di prestazioni per paziente e anche il numero delle prestazioni per psicologo, che è il più basso in confronto a tutti gli altri ambiti territoriali. Il rapporto tra attività di limitazione del danno e attività preventive è 72,5% / 27,5% per il numero degli utenti e 79% / 21% per le prestazioni.

La riduzione delle prestazioni in tutto il Distretto Sud Est è sicuramente da attribuirsi al grande numero di ore impegnate nel processo di accreditamento.

Aree di miglioramento e obiettivi per il 2006 - 2007

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

Progetti trasversali comuni a tutti i distretti

1. La centralità del cittadino

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

2. L'universalità e l'equità di accesso

- Garantire condizioni omogenee di qualità e appropriatezza.
 - a. Implementazione della sperimentazione scaturita al tavolo dell'Amministrazione Provinciale per affido, abusi e adozione: integrazione SMRIA (Salute Mentale Riabilita-

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

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

- Revisione degli assetti organizzativi e razionalizzazione nell'impiego dei fattori produttivi.
 - a. Interventi in tema di coordinamento e omogeneizzazione dei comportamenti clinici:
 - Migliorare i protocolli e le istruzioni operative che regolano i rapporti in rete tra le strutture che dispongono di posti letto psichiatrici all'interno e all'esterno del Dipartimento della Salute Mentale comprendendo anche i gruppi appartamento.
 - Migliorare l'integrazione con Dipartimento della Salute Mentale e Arcispedale Sant'Anna per l'intervento terapeutico di fronte alle richieste psichiatriche urgenti.
 - Sviluppare e potenziare gli interventi in tema di coordinamento e omogeneizzazione dei comportamenti clinici tramite la predisposizione di procedure integrate per:
 - l'attivazione di percorsi di continuità ospedale/territorio per: l'autismo, gli aspetti cognitivo-linguistici, le patologie psichiatriche, i ricoveri in emergenza-urgenza in età adolescenziale (SPDC e SPOD);
 - la costruzione di un protocollo di rivalutazione e cura integrato delle cefalee nell'infanzia e nell'adolescenza;
 - la sperimentazione e implementazione dei protocolli terapeutici per i disturbi specifici dell'apprendimento, disturbi dell'attenzione e iperattività, paralisi cerebrali infantili e linee guida diagnostiche per i disturbi psichiatrici in infanzia e adolescenza;
 - sviluppare l'interconnessione tra i Nuclei delle Cure Primarie e la S.C. SMRIA per le patologie oncologiche e celiache.
- Ridurre il grado di onerosità dei fattori produttivi impiegati tramite interventi organizzativi.
 - A. Definire la bozza del nuovo regolamento del Programma interaziendale di Salute Mentale, tra le Unità Operative dell'Azienda USL di Ferrara e i servizi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Arcispedale Sant'Anna.
 - B. Mantenere e potenziare la distribuzione diretta dei farmaci nelle attività specialistiche ambulatoriali e di Day Hospital.

Azioni specifiche per il Distretto Sud Est

la qualità dell'assistenza e l'efficienza gestionale

le strategia dell'appropriatezza e dell'integrazione

nel Dipartimento di Salute Mentale

A) Integrazione S.C. degenza Sud-Est e CSM Sud-Est per pazienti con patologie complesse:

Applicazione dell'Istruzione Operativa tra tutte le UU.OO.del Distretto Sud-Est per definire regole di "mutua assistenza" nei casi di difficoltà nel mantenere lo standard di attesa per le prime visite.

tra la Salute Mentale e le Cure Primarie :

A) ulteriore sviluppo del **programma regionale "Liggieri"** finalizzato all'individuazione congiunta con i medici di medicina generale dei pazienti affetti da patologie psichiatriche in regime di assistenza ambulatoriale tramite la :

- revisione e il consolidamento delle **funzioni di consulenza**
- applicazione e verifica dei **protocolli di collaborazione**
- attività di **iniziative di formazione** comune.

B) integrazione con i **P.L.S.** tramite incontri concordati per la discussione di casi clinici comuni di particolare interesse e complessità.

C) ulteriori progetti di integrazione con **Lungodegenza Post Acuzie e Dipendenze Patologiche** tramite :

- Monitoraggio dell'applicazione del protocollo **LPARE/DSM Argenta**.
- Verifica dell'applicazione del **protocollo Sert.T DSM**, con monitoraggio degli interventi sul territorio, nelle residenze, nelle strutture di ricovero e di riabilitazione tramite l'attivazione di audit clinici.

AZIONI SPECIFICHE per il DISTRETTO SUD EST

nel **D.S.M.** : Integrazione S.C. Degenza Sud-Est e CSM Sud-Est per pazienti con patologie complesse: Istruzione Operativa tra tutte le Unità Operative del Distretto Sud-Est per definire regole di "mutua assistenza" nei casi di difficoltà nel mantenere lo standard di attesa per le prime visite.

Salute Mentale e Cure Primarie :

- 1) ulteriore sviluppo del **programma regionale "Liggieri"** finalizzato alla realizzazione di percorsi di cura condivisi con i medici di medicina generale rivolti a pazienti di età adulta affetti da disturbi psichiatrici o disagi psicologici clinicamente rilevanti;
- 2) integrazione con i **P.L.S.** tramite incontri concordati per la discussione di casi clinici comuni di particolare interesse e complessità;
- 3) integrazione con **Lungodegenza Post Acuzie di Argenta**: sviluppo operativo del protocollo **LPARE/DSM**;
- 4) verifica dell'applicazione del **protocollo Sert.T Dipartimento di Salute Mentale**
- 5) sviluppo del **programma di psiconcologia** presso i presidi ospedalieri e territoriali del Distretto Sud Est.

3.5 L'Assistenza Ospedaliera

3.5.1 Il Presidio Unico Ospedaliero

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

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

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

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

Nello specifico abbiamo:

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

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

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

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

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

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

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

Il **Dipartimento Ospedalieri funzionali** sono:

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

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

- Dipartimento Materno Infantile Transmurale

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



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

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

Tale integrazione si è realizzata:

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Reti Specialistiche Interospedaliere

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

La Rete dell'Emergenza Territoriale (118)

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

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

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

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

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

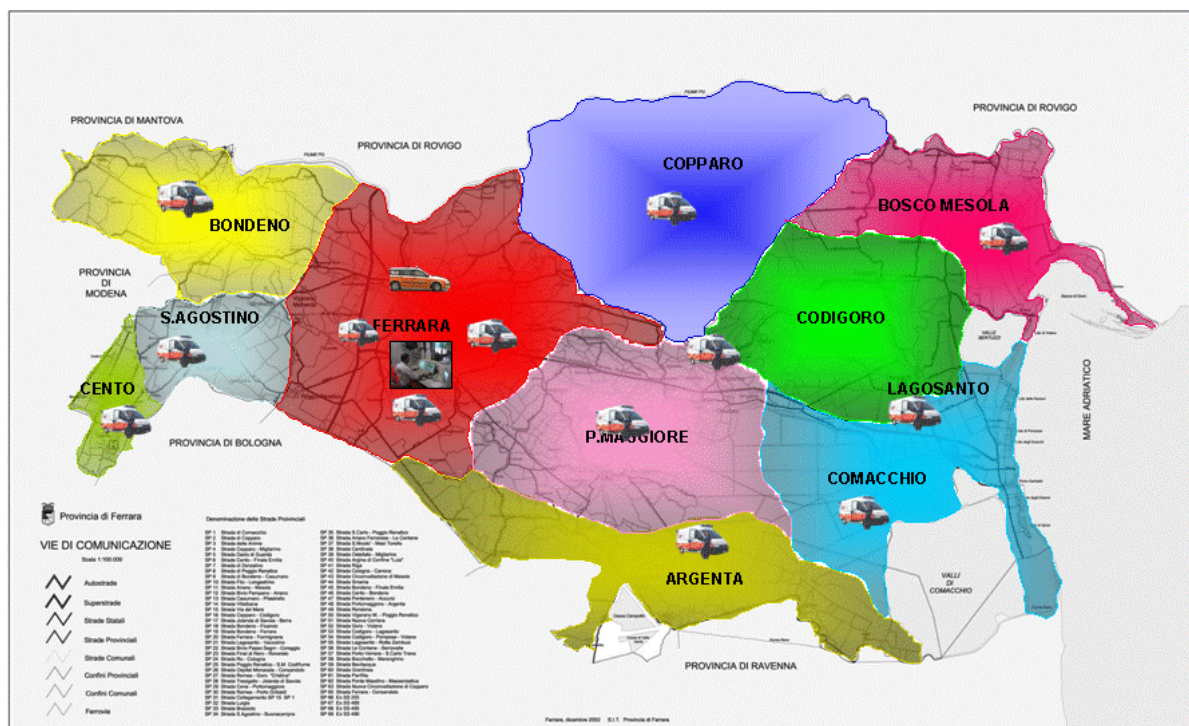
4. Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di II livello (DEA II livello).

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

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

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

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



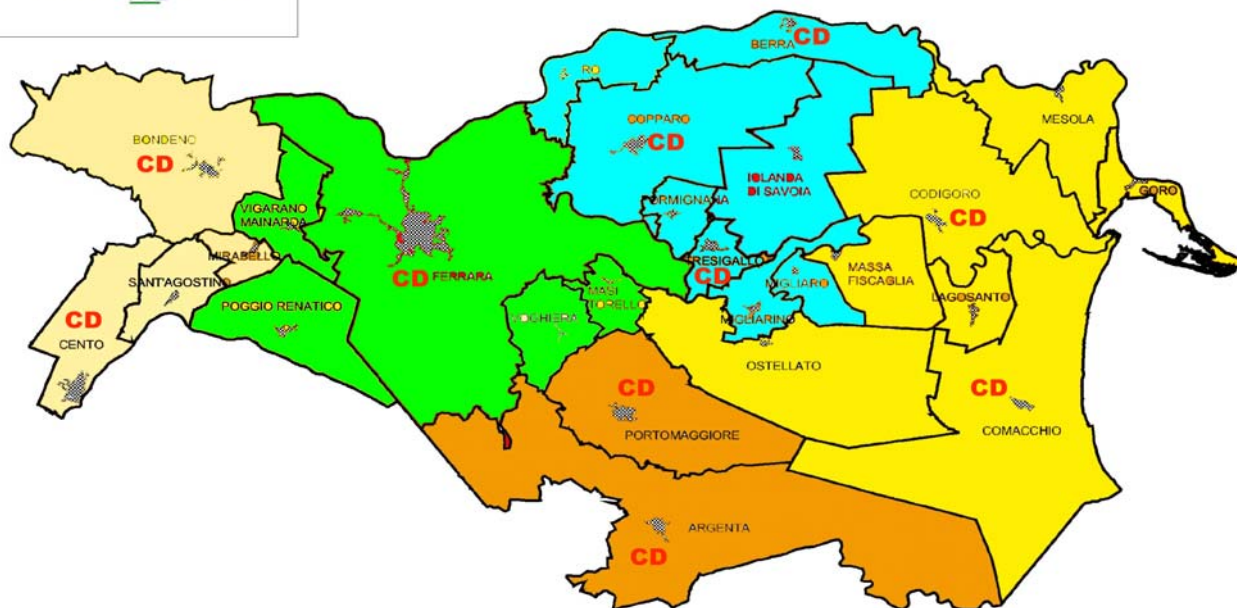
La Rete degli Ambulatori Diabetologici

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

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

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

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



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

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

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

La Rete delle Funzioni Pneumologiche

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

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

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

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

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

Le Aree di Integrazione Specialistica Interaziendale

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

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

Sono in programma analoghe iniziative nelle seguenti discipline:

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

3.5.2 Distretto Sud Est

3.5.2.1 Localizzazione Territoriale

Nel Distretto Sud Est sono attivi tre stabilimenti ospedalieri, l'Ospedale del Delta, l'Ospedale "M.Vandini" di Argenta e l'Ospedale "S.Camillo" di Comacchio per un numero complessivo di 436 posti letto di cui 387 ordinari e 49 di Day-Hospital e Day-Surgery, così distribuiti nelle due sedi e per specialità:

| OSPEDALE DEL DELTA | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------|
| Unità Operative | Posti Letto Ordinari | Posti Letto Day Hospital | Posti Letto Totali |
| MEDICINA | 45 | 2 | 47 |
| GASTROENTEROLOGIA | 8 | - | 8 |
| CARDIOLOGIA | 10 | 2 | 12 |
| PEDIATRIA | 8 | 2 | 10 |
| CHIRURGIA | 23 | - | 23 |
| ORTOPEDIA | 21 | - | 21 |
| UROLOGIA | 12 | - | 12 |
| OSTETRICIA-GINECOLOGIA | 16 | - | 16 |
| DAY-SURGERY | - | 10 | 10 |
| LUNGODEGENZA | 33 | - | 33 |
| RIABILITAZIONE | - | 6 | 6 |
| PSICHIATRIA | 15 | - | 15 |
| UTIC | 4 | - | 4 |
| TERAPIA INTENSIVA | 4 | - | 4 |
| TOTALE | 199 | 22 | 221 |

| OSPEDALE DI ARGENTA | | | |
|----------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------|
| Unità Operative | Posti Letto Ordinari | Posti Letto Day Hospital | Posti Letto Totali |
| MEDICINA | 49 | 2 | 51 |
| LUNGODEGENZA | 26 | - | 26 |
| CHIRURGIA | 16 | 1 | 17 |
| ORTOPEDIA | 20 | 2 | 22 |
| GINECOLOGIA | 8 | 1 | 9 |
| RIABILITAZIONE | - | 6 | 6 |
| DEGENZA ELEVATA ASSISTENZA | 4 | - | 4 |
| TOTALE | 123 | 12 | 135 |

| OSPEDALE DI COMACCHIO | | | |
|------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------|
| Unità Operative | Posti Letto Ordinari | Posti Letto Day Hospital | Posti Letto Totali |
| MEDICINA (*) | 15 | - | 15 |
| GASTROENTEROLOGIA | 4 | - | 4 |
| LUNGODEGENZA | 20 | - | 20 |
| CHIRURGIA | 5 | - | 5 |
| DAY-SURGERY | - | 10 | 10 |
| RIABILITAZIONE | - | 5 | 5 |
| TOTALE | 44 | 15 | 59 |

(*) Ai dati del M.O. Dipartimentale di Medicina vanno aggiunti 2 letti OBI.

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 Sud Est e i dati relativi all'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture di ricovero.

Vengono qui presentati i dati relativi ai primi 20 DRG 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 del Delta, Argenta e Comacchio.

Primi 20 DRG* prodotti dalle unità operative dello Stabilimento del Delta

| Ricoveri Ordinari Anno 2005 | | | | |
|-----------------------------|---|----------------|--------------------|------|
| | Descrizione DRG | DIMESSI | | |
| | | Residen- ti | Mobilità Attiva | Tot. |
| 391 | Neonato normale | 476 | 31 | 507 |
| 373 | M - Parto vaginale senza diagnosi complicanti | 339 | 22 | 361 |
| 127 | M - Insufficienza cardiaca e shock | 301 | 22 | 323 |
| 209 | C - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori | 285 | 20 | 305 |
| 371 | C - Parto cesareo senza CC | 150 | 8 | 158 |
| 430 | M - Psicosi | 136 | 11 | 147 |
| 14 | M - Malattie cerebrovasc. specifiche no TIA | 114 | 13 | 127 |
| 158 | C - Interventi su ano e stoma, senza CC | 103 | 4 | 107 |
| 50-3* | C - Interventi sul ginocchio no diagnosi principale di infezione | 90 | 13 | 103 |
| 379 | M - Minaccia di aborto | 86 | 14 | 100 |
| 428 | M - Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi | 94 | 6 | 100 |
| 359 | C - Int. su utero e annessi non per neoplasie maligne, no CC | 95 | 4 | 99 |
| 225 | C - Interventi sul piede | 88 | 7 | 95 |
| 167 | C - Appendicect. con diagnosi principale non complicata, no CC | 86 | 7 | 93 |
| 184 | M - Esofag, gastroent.e e misc. di mal.app.digerente, aa < 18 | 77 | 15 | 92 |
| 494 | C- Colectomia laparosc.senza esploraz. dotto bil. no CC | 80 | 9 | 89 |
| 310 | C - Interventi per via transuretrale, con CC | 83 | 3 | 86 |
| 87 | M - Edema polmonare e insufficienza respiratoria | 76 | 9 | 85 |
| 88 | M - Malattia polmonare cronica ostruttiva | 77 | 3 | 80 |
| 203 | M - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas | 63 | 16 | 79 |

DRG 503 sostituisce DRG 222

Primi 10 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento del Delta

| Day Hospital- Anno 2005 | | | | |
|-------------------------|--|----------------|--------------------|--------|
| | Descrizione DRG | DIMESSI | | |
| | | Residen- ti | Mobilità Attiva | Totale |
| 410 | M - Chemiot.non assoc. a diagnosi secondaria di leucemia acuta | 320 | 7 | 327 |
| 381 | C - Aborto con dilataz.e raschiam., mediante aspiraz.o isterot. | 163 | 45 | 208 |
| 229 | C - Int. su mano o polso no int. maggiori su articolaz., no CC | 139 | 4 | 143 |
| 266 | C - Trap. pelle e/o sbrigl.no per ulcere della pelle/cellulite no CC | 127 | 4 | 131 |
| 162 | C-Interventi per ernia inguinale e femorale > 17 no CC | 111 | 4 | 115 |
| 311 | C - Interventi per via transuretrale, senza CC | 101 | 2 | 103 |
| 364 | C-Dilataz.e raschiamento, conizzazione no neoplasie mal. | 73 | | 73 |
| 119 | C - Legatura e stripping di vene | 63 | 3 | 66 |
| 231 | C-Esciss. locale rimoz.mezzi fis.intramidollare no anca e femore | 42 | 8 | 50 |
| 462 | M - Riabilitazione | 50 | | 50 |

Primi 20 DRG* prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Comacchio

| Ricoveri Ordinari - Anno 2005 | | | | |
|-------------------------------|---|-----------|--------------------|--------|
| | Descrizione DRG | DIMESSI | | |
| | | residenti | Mobilità Attiva | Totale |
| 127 | M - Insufficienza cardiaca e shock | 83 | 5 | 88 |
| 134 | M - Ipertensione | 82 | 2 | 84 |
| 14 | M - Malattie cerebrovasc. specifiche no TIA | 53 | 3 | 56 |
| 429 | M - Disturbi organici e ritardo mentale | 49 | 1 | 50 |
| 88 | M - Malattia polmonare cronica ostruttiva | 48 | 1 | 49 |
| 183 | M-Esofag.,gastroen,miscel.malattie app.digerente età >17 no CC | 25 | 3 | 28 |
| 89 | M - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC | 23 | | 23 |
| 158 | C - Interventi su ano e stoma, senza CC | 22 | | 22 |
| 209 | C - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori | 21 | 1 | 22 |
| 90 | M - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC | 20 | | 20 |
| 172 | M - Neoplasie maligne dell'apparato digerente, con CC | 20 | | 20 |
| 175 | M - Emorragia gastrointestinale, senza CC | 18 | | 18 |
| 82 | M - Neoplasie dell'apparato respiratorio | 17 | | 17 |
| 189 | M - Altre diagnosi relative all'apparato digerente, aa > 17 no CC | 16 | 1 | 17 |
| 174 | M - Emorragia gastrointestinale, con CC | 16 | | 16 |
| 119 | C - Legatura e stripping di vene | 14 | | 14 |
| 16 | M - Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC | 13 | | 13 |
| 131 | M - Malattie vascolari periferiche, senza CC | 13 | | 13 |
| 203 | M - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas | 12 | 1 | 13 |
| 162 | C - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni no CC | 10 | 2 | 12 |

Primi 10 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Comacchio

| Day Hospital Anno 2005 | | | | |
|------------------------|---|-----------|-----------------|--------|
| | Descrizione DRG | DIMESSI | | |
| | | residenti | Mobilità Attiva | Totale |
| 266 | C - Trap. pelle e/o sbrigl.no per ulcere della pelle/cellulite no | 268 | 7 | 275 |
| 229 | C - Int. su mano o polso no Int. maggiori sulle articolaz., no CC | 138 | 14 | 152 |
| 384 | M - Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche | 110 | 11 | 121 |
| 364 | C - Dilataz. e Raschiam., conizzazione no per neoplasie maligne | 110 | 6 | 116 |
| 503* | C - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infe- | 77 | 7 | 84 |
| 225 | C - Interventi sul piede | 57 | 7 | 64 |
| 119 | C - Legatura e stripping di vene | 58 | 1 | 59 |
| 227 | C - Interventi sui tessuti molli senza CC | 42 | 3 | 45 |
| 360 | C - Interventi su vagina, cervice e vulva | 34 | 1 | 35 |
| 162 | C - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni | 29 | 1 | 30 |

DRG 503 sostituisce DRG 222

Primi 20 DRG* prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Argenta e Portomaggiore

| Ricoveri Ordinari Anno 2005 | | | | |
|-----------------------------|--|----------------|--------------------|--------|
| | Descrizione DRG | DIMESSI | | |
| | | Residen- ti | Mobilità Attiva | Totale |
| 209 | C - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti infe- riori | 162 | 125 | 287 |
| 430 | M - Psicosi | 245 | 17 | 262 |
| 127 | M - Insufficienza cardiaca e shock | 177 | 26 | 203 |
| 231 | C-Esciss. locale rimoz.mezzi fis.intramidollare no anca e femo- re | 105 | 43 | 148 |
| 359 | C - Int. su utero e annessi non per neopl. maligne, no CC | 103 | 11 | 114 |
| 503 | C - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezio- ne | 42 | 53 | 95 |
| 15 | M - Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali | 66 | 17 | 83 |
| 14 | M - Malattie cerebrovas.specifiche eccetto TIA | 76 | 6 | 82 |
| 158 | C - Interventi su ano e stoma, senza CC | 73 | 7 | 80 |
| 428 | M - Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi | 73 | 2 | 75 |
| 139 | M - Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC | 65 | 4 | 69 |
| 82 | M - Neoplasie dell'apparato respiratorio | 56 | 6 | 62 |
| 148 | C - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con CC | 56 | 5 | 61 |
| 183 | M-Esofag.,gastroen,miscel.malattie app.digerente età >17 no CC | 53 | 7 | 60 |
| 89 | M - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC | 45 | 10 | 55 |
| 140 | M - Angina pectoris | 41 | 10 | 51 |
| 211 | C - Int. su anca e femore, no articol. maggiori, aa > 17 no CC | 35 | 14 | 49 |
| 134 | M - Ipertensione | 40 | 8 | 48 |
| 88 | M - Malattia polmonare cronica ostruttiva | 45 | 2 | 47 |
| 453 | M - Complicazioni di trattamenti, senza CC | 41 | 5 | 46 |

Primi 10 DRG* prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Argenta e Portomaggiore

| Day Hospital Anno 2005 | | | | |
|------------------------|--|-----------|-----------------|--------|
| | Descrizione DRG | DIMESSI | | |
| | | residenti | Mobilità Attiva | Totale |
| 266 | C - Trap. pelle e/o sbrigl.no per ulcere della pelle/cellulite no CC | 109 | 15 | 124 |
| 162 | C-Interventi per ernia inguinale e femorale > 17 no CC | 110 | 12 | 122 |
| 364 | C-Dilataz.e raschiamento, conizzazione no neoplasie mal. | 104 | 5 | 109 |
| 381 | C - Aborto con dilataz .e raschiam., mediante aspiraz.o iste-rot. | 88 | 17 | 105 |
| 360 | C - Interventi su vagina, cervice e vulva | 97 | 5 | 102 |
| 410 | M-Chemiot. non associata a diagn. second.di leucemia acuta | 89 | 4 | 93 |
| 229 | C - Int.mano o polso no int.maggiori su articolaz., no CC | 52 | 30 | 82 |
| 231 | C-Esciss. locale rimoz.mezzi fis.intramidollare no anca e femore | 47 | 30 | 77 |
| 359 | C - Int. su utero e annessi non per neopl. maligne, no CC | 64 | 8 | 72 |
| 119 | C - Legatura e stripping di vene | 44 | 4 | 48 |

Considerazioni sui risultati 2005 e obiettivi 2006

1- Interventi strutturali e riorganizzativi avvenuti nel 2005

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

- l'aggiornamento tecnologico della TAC con una strumentazione multistrato, realizzazione questa che ha dotato l'Ospedale del Delta di una risorsa tecnologica fondamentale, tale da determinare un evidente miglioramento dell'offerta radiologica in termini qualitativi e di sofisticazione dei percorsi diagnostici,
- la messa a regime dal punto di vista strutturale e tecnologico del Servizio di Emodinamica con il conseguente avvio dell'attività nell'autunno; la tipologia di interventi effettuati è rappresentata da coronarografie e angioplastiche primarie,
- l'acquisizione per l'Unità Operativa di Urologia di un sistema laser per l'effettuazione di litotissia.

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

- l'attivazione di percorsi facilitati per diversi tipi di patologie;
- la riorganizzazione dell' Unità Operativa di Medicina in settori, che ha poi portato all'inizio dell'anno 2006 all'attivazione dell' Unità Operativa di Gastroenterologia presso le sedi del Delta e di Comacchio;
- l'attivazione di un gruppo di miglioramento che coinvolge il personale sanitario del blocco chirurgico;
- l'attivazione del percorso di trasferimento di parte dell'attività codifica in regime di ricovero in DH a regime ambulatoriale;

Per quanto riguarda l'Ospedale di Argenta gli interventi strutturali ed i miglioramenti funzionali sono stati:

- l'avvio della ristrutturazione della palazzina ex-Dispensario da destinare ad ambulatori;
- l'avanzamento della progettazione dello Schema Direttore complessivo dell'Ospedale;
- vari interventi di messa a norma della struttura;

- l'aggiornamento tecnologico della TAC, realizzazione questa che ha dotato l'Ospedale di Argenta di una risorsa tecnologica fondamentale, tale da determinare un evidente miglioramento dell'offerta radiologica in termini qualitativi e di sofisticazione dei percorsi diagnostici
- l'aggiornamento della strumentazione di sala operatoria, in particolare di quello ortopedico.

Nel corso del 2005 presso l'Ospedale di Comacchio sono stati eseguiti interventi strutturali di natura edilizia al 3° e 4° piano dell'edificio oltre che al piano rialzato; tali lavori in via di ultimazione nell'inverno 2006 consentiranno di disporre di nuovi ambienti per le degenze ospedaliere che verranno collocate al 3° e 4° piano e di nuovi locali per lo svolgimento delle attività ambulatoriali.

Per quanto riguarda invece gli aspetti funzionali o il miglioramento dell'offerta sanitaria si ricordano soprattutto l'attivazione di percorsi facilitati per diversi tipi di patologie.

2- Interventi realizzati nel 2006

Per l'Ospedale del Delta gli interventi strutturali realizzati nel 2006 hanno compreso:

- interventi nel Servizio di Radiologia volti all'avvio dell'attività di TC multistrato,
- l'aggiornamento di strumentazione del blocco chirurgico, quali monitor per endoscopia ginecologica e piani chirurgici,
- l'aggiornamento della strumentazione del Servizio di Endoscopia con l'acquisizione di nuovi colonscopi e gastroscopi oltre che di un duodenoscopio operatore.

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

la riorganizzazione dell'attività internistica con l'attivazione all'inizio del 2006 dell' Unità Operativa di Gastroenterologia nella sede del Delta, oltre nella sede di Comacchio, l'attivazione del percorso di trasferimento di parte dell'attività codifica in regime di ricovero in DH a regime ambulatoriale.

Presso l'Ospedale di Argenta, dal punto di vista strutturale, funzionale e di miglioramento dell'attività si ricorda:

- il completamento dei lavori alla palazzina ex-Dispensario con la realizzazione di 10 nuovi ambulatori,
- l'avanzamento della progettazione dello Schema Direttore complessivo dell'Ospedale e l'avvio dei lavori nel mese di novembre,
- l'aggiornamento dello strumentario del blocco chirurgico e del Servizio di Endoscopia,
- l'attivazione di gruppi di miglioramento con l'Unità Operativa di Ortopedia, Radiologia e Direzione Sanitaria.

Per quanto attiene agli interventi strutturali, funzionali e di miglioramento dell'Ospedale di Comacchio si ricorda:

- il completamento dei lavori di ristrutturazione dell'edificio per quanto attiene al primo stralcio, ossia ai due piani delle degenze (3° e 4°) e agli ambulatori (piano rialzato).
- l'acquisizione degli arredi per l'allestimento dei nuovi piani di degenza e di tutti gli Ambulatori,
- la riorganizzazione dell'attività internistica che ha portato all'attivazione del modulo dipartimentale di Medicina con una miglior individuazione dei posti letto internistici e di quelli gastroenterologici e inoltre con l'attivazione di posti letto ematologici e onco-ematologici,
- la sottoscrizione di una convenzione con l'Istituto di Ematologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara per seguire le attività di ricovero e ambulatoriali di natura ematologica e oncoematologica.

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

| Obiettivi programmazione 2006 del Presidio Unico Ospedaliero di interesse distrettuale Distretto Sud Est | | |
|---|---|---|
| | Titolo dell'obiettivo | Strutture Coinvolte |
| 1 | Riorganizzazione del piano del buon uso del sangue e del plasma | Dipartimento Emergenza |
| 2 | Miglioramento tempi di attesa: <= 30 giorni per gli esami strumentali cardiologici | Dipartimento di Medicina Dipartimento Cure Primarie |
| 3 | Riduzione delle presentazioni erogate in regime di DH favorendo l'utilizzo di PAC | Dipartimento Chirurgico Dipartimento Cure primarie |
| 4 | Appropriato uso dei DH; assenza di ricoveri in DH a parte DRG oncologici Protocollo Osservazione breve funzionale | Dipartimento di Medicina |
| 5 | Riorganizzazione dei percorsi diabetologici secondo progetto SOLE. Attivazione formale del Day Service per pazienti in fase diagnostica; Completamento dell'attivazione formale dei PAC e dei PAF per pazienti cronici. | Dipartimento di Medicina Dipartimento Cure Primarie |
| 6 | controllo complicanze ed eventi avversi durante il ricovero | Dipartimento di Medicina |
| 7 | Trasformazione DRG a bassa complessità da DH a percorso ambulatoriale complesso | Dipartimento di Chirurgia |
| 8 | PAC per la valutazione della gravidanza con patologia : ipertensione, diabete gestazionale, epatopatia, distiroidismi. | Dipartimento Materno Infantile |
| 9 | Isteroscopia diagnostiche da ricovero in D.H. a regime ambulatoriale con attivazione del relativo PAC | Dipartimento Materno Infantile |
| 10 | Definizione e formalizzazione dei protocolli di effettuazione delle indagini RM della mammella e delle modalità di accesso a tale tipo di prestazione Avvio della attività clinica. | Dipartimento Diagnostica per Immagini |
| 11 | Definizione e formalizzazione dei protocolli di effettuazione delle indagini angio-TC di diversi distretti corporei e delle modalità di accesso a tale tipo di prestazione Avvio della attività clinica. | Dipartimento Diagnostica per Immagini |
| 12 | Individuazione di un gruppo di MMG con i quali concordare un percorso strutturato di prenotazione informatica diretta di prestazioni di diagnostica per immagini e invio telematico del relativo referto | Dipartimento Diagnostica per Immagini Dipartimento cure Primarie |

Obiettivi della programmazione 2007 del Presidio Unico Ospedaliero di interesse aziendale

| | Titolo dell'obiettivo | STRUTTURE COINVOLTE |
|----|--|---|
| 1 | Partecipazione ai progetti di identificazione e successiva valutazione della -innovazione clinica e organizzativa in corso di realizzazione in ambito cardiovascolare, oncologico, sulla prevenzione | Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Materno Infantile |
| 2 | Monitorare l'applicazione delle linee guida (rispetto degli indicatori) relativamente a Ecodoppler TSA e arti inferiori, TAO, PET in oncologia. MOC, Labora- | Dipartimento Diagnostica per Immagini Dipartimento di Laboratorio |
| 3 | Azioni per la riduzione del tasso di ospedalizzazione | Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Emergenza Dipartimento Materno Infantile |
| 4 | Adattamento Aziendale della Procedura Regionale di gestione clinica dei Farmaci. | Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Emergenza |
| 5 | Utilizzo sistematico dei servizi applicativi realizzati in SOLE da tutti gli operatori interessati. Allacciamento Informatico a SOLE degli ambulatori dei MMG Diffondere l'utilizzo del Catalogo SOLE per prescrizioni degli specialisti e supportare i MMG/PLS al | Dipartimento Cure Primarie I.C.T. Dipartimenti Ospedalieri |
| 6 | Implementazione lo sviluppo e l'utilizzo della referenziazione informatizzata in tutte le discipline | Dipartimento Cure Primarie I.C.T. |
| 7 | Implementare lo sviluppo della lettera di dimissione informatizzata. | Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Materno Infantile |
| 8 | Mantenimento/consolidamento dei database clinici già operativi e loro costruzione ex novo negli ambiti individuati come rilevanti, prestando attenzione ai problemi posti dalla integrazione di questi nuovi strumenti nel contesto dei sistemi in- | Dipartimento Cure Primarie I.C.T. Dipartimenti Ospedalieri |
| 9 | Consolidamento del database clinico relativo alla condivisione e applicazione di una procedura informatica per la "Gestione informatizzata delle liste di attesa, intervento chirurgico, nelle UU.OO. di Ortopedia Ospedali Cento, Lagosanto,Argenta. | I.C.T. Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Emergenza |
| 10 | Gestione contratti appalto servizi: partecipazione all'istruzione del sistema di controllo e monitoraggio | Dipartimento Economato e Provveditorato |
| 11 | Effettuare l'analisi informatica/informativa delle linee guida per la gestione integrata diabete, finalizzata allo scambio bidirezionale MMG - CD dei dati inerenti le variabili monitorate e il referto. | Dipartimento di Medicina |

Obiettivi della programmazione 2007 del Presidio Unico Ospedaliero di interesse distrettuale

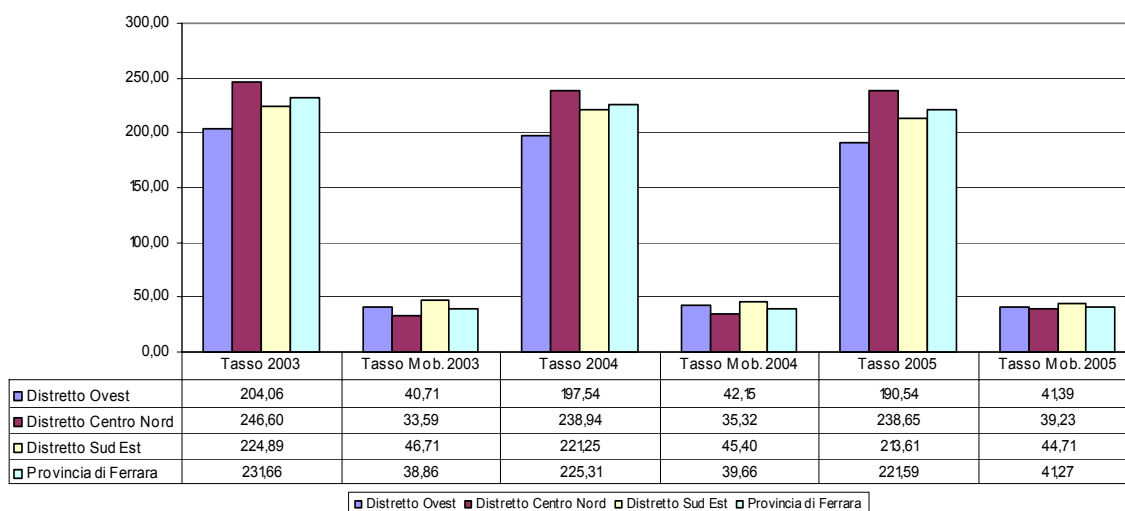
| | Titolo dell'obiettivo | STRUTTURE COINVOLTE |
|----|--|---|
| 1 | Implementazione informatizzazione registro Sala Operatoria. | Dipartimento Emergenza |
| 2 | Azioni per la riduzione del tasso di ospedalizzazione e il governo della mobilità passiva. | Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Emergenza Dipartimento Materno Infantile |
| 3 | Procedure di prevenzione delle infezioni Ospedaliere. | Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Emergenza Dipartimento Materno Infantile |
| 4 | Monitoraggio Terapia anticoagulante orale dei pazienti affidati ai medici di medicina generale. | Dipartimento di Laboratorio |
| 5 | Applicare percorsi clinico-organizzativi al fine del trattamento del dolore oncologico e postoperatorio dell'utente in LPA. | Dipartimento di Medicina |
| 6 | DIMISSIONE PROTETTA IN ADI" Aumentare le azioni di sostegno al care-giver. | Dipartimento di Medicina |
| 7 | - Adozione della Cartella unica dipartimentale - Sviluppo lettera di Dimissione informatizzata | Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Materno Infantile |
| 8 | Semplificazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale/Prescrizione farmaceutica in attività specialistica ambulatoriale- approvazione modalità "organizzative" | Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Materno Infantile |
| 9 | Razionalizzazione dei consumi di ossigenoterapia | Dipartimento di Medicina Dipartimento Cure Primarie |
| 10 | Dare attuazione alle disposizioni di cui alla Delibera dell'Azienda USL ad oggetto "Azioni per riduzione del tasso di ospedalizzazione e il governo della mobilità in particolare per quanto riguarda il traferimento ad amb. Dell'attività in Day Surgery | Dipartimento di Chirurgia Dipartimento Materno Infantile Dipartimento Emergenza |
| 11 | Percorso provinciale ictus in ambito riabilitativo | Dipartimento di Medicina |
| 12 | Applicazione del modello ortogeriatrico: accoglimento in LPA di Comacchio di pazienti che necessitano di trattamento riattivativo, per ridurre il rischio di istituzionalizzazione e la mobilità passiva extra-aziendale. | Dipartimento di Medicina |
| 13 | Potenziamento dell'offerta di Risonanza Magnetica. | Dipartimento Diagnostica per Immagini |
| 14 | Preparazione all'intervento presso il poliambulatorio di Mesola di pazienti da sottoporre a intervento in regime ambulatoriale, di D.S., di ricovero. | Dipartimento di Chirurgia |
| 15 | Implementazione offerta di consulenza specialistica programmata dell'U.O. di Medicina Interna : disciplina NEFROLOGIA | Dipartimento di Medicina |
| 16 | Percorso provinciale Ictus | Dipartimento di Medicina |
| 17 | Sperimentazione di una modalità di trattamento dei pazienti affetti da carcinoma mediante termoventilazione | Dipartimento Diagnostica per Immagini |
| 18 | Razionalizzazione delle prescrizioni per ausili protesici | Dipartimento di Medicina |
| 19 | Riduzione tempi attesa per visita urologica. | Dipartimento di Chirurgia |

I CONSUMI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE E AMBULATORIALI

4.1 Le domande di utilizzo e i flussi di mobilità

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

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



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

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

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

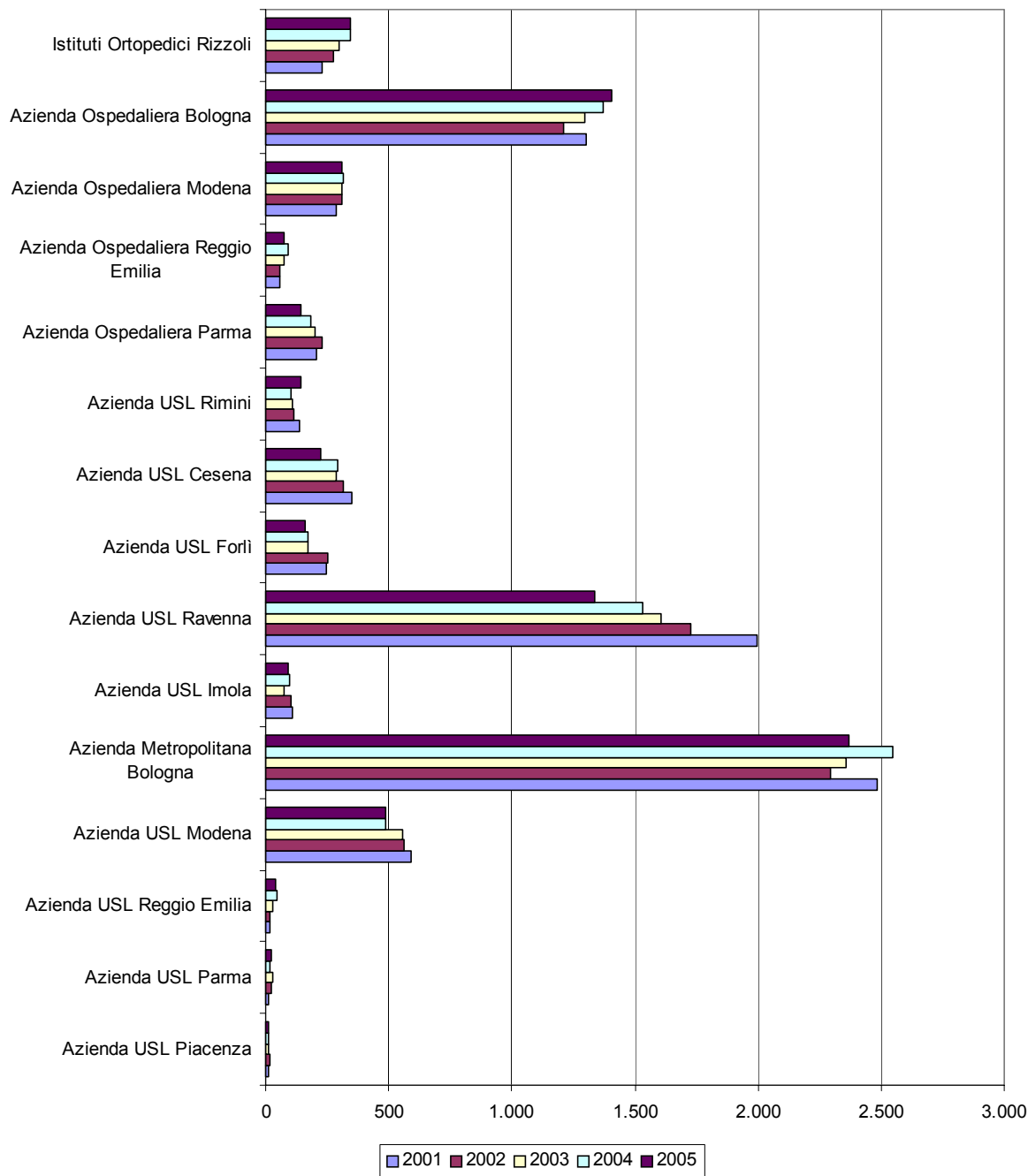
Ai fini programmatori si è utilizzato il metodo della valutazione dei consumi attraverso l'esame delle matrici di posizionamento che analizza il rapporto tra tasso di ospedalizzazione del singolo Comune del Distretto raffrontato con la mobilità sanitaria.

Una riflessione particolare merita la valutazione complessiva della mobilità sanitaria.

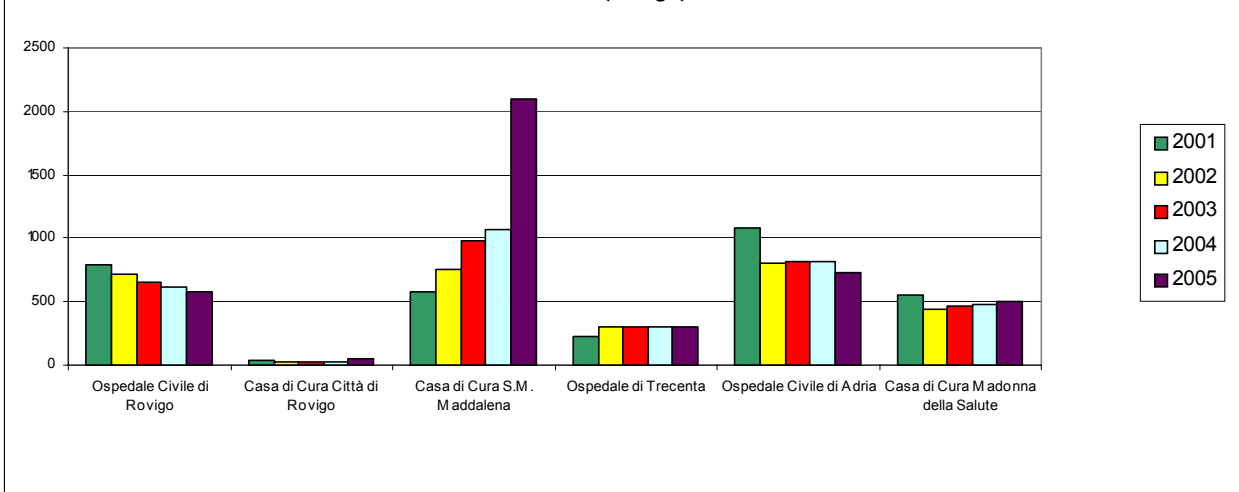
Mobilità Sanitaria

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

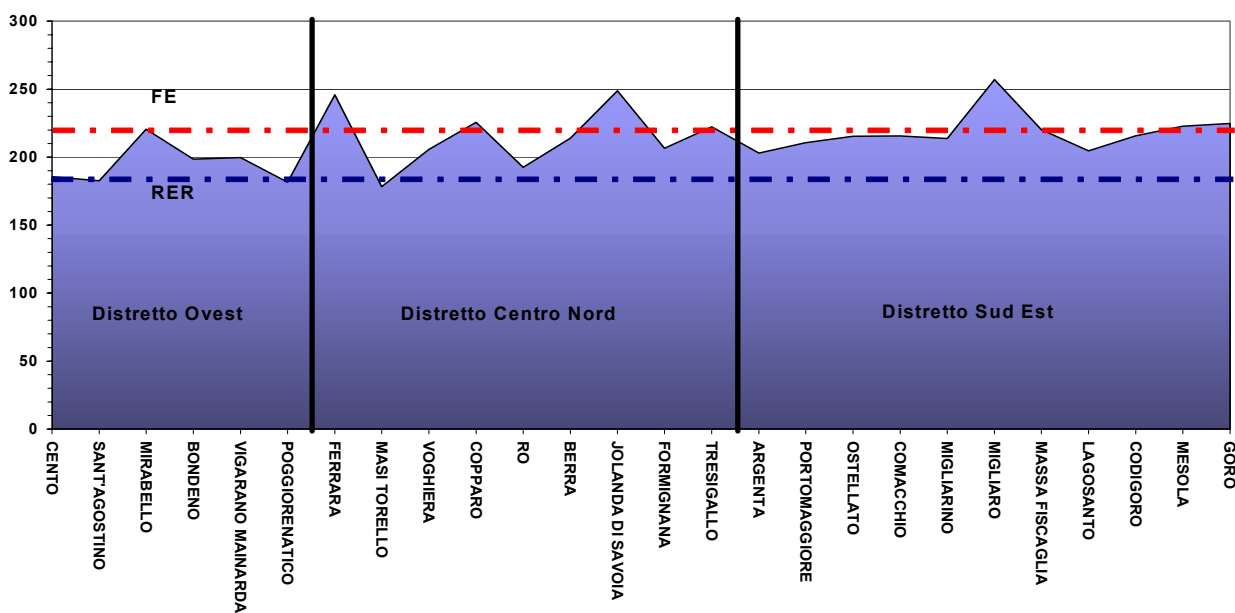
Trend Mobilità Passiva infraregionale per Azienda Erogatrice - Anni 2001-2005



Serie storica Dimessi ASSL 118 e 119 (Rovigo)

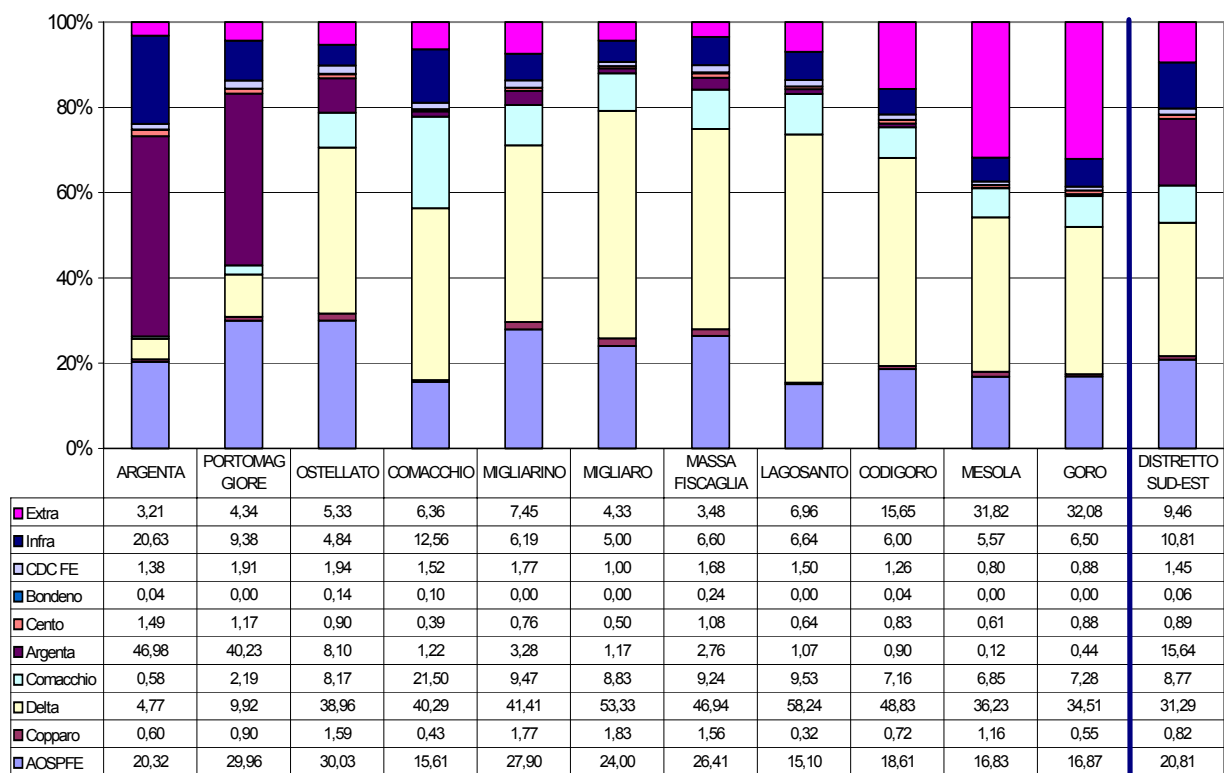


Tassi Grezzi di Ospedalizzazione Comunali - Anno 2005



U.O. Sistema Informativo e Committenza

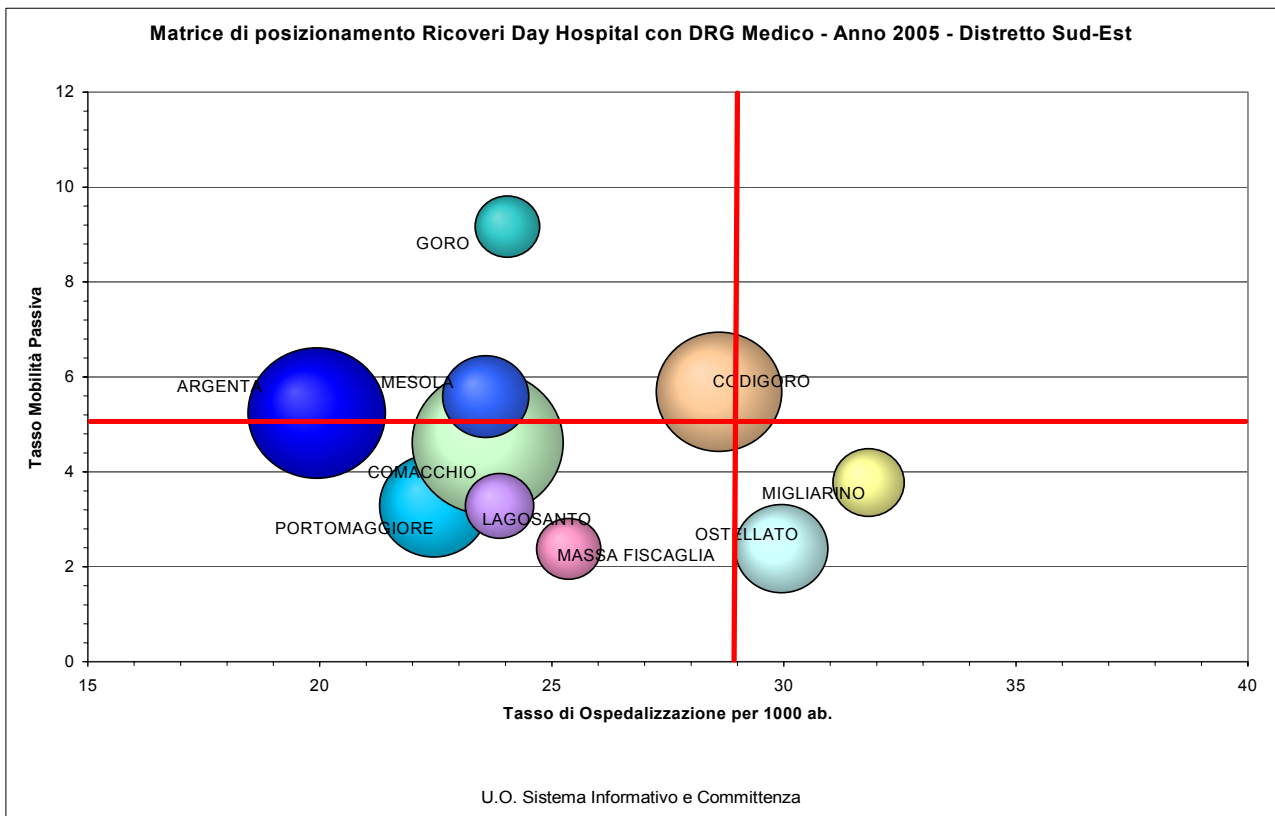
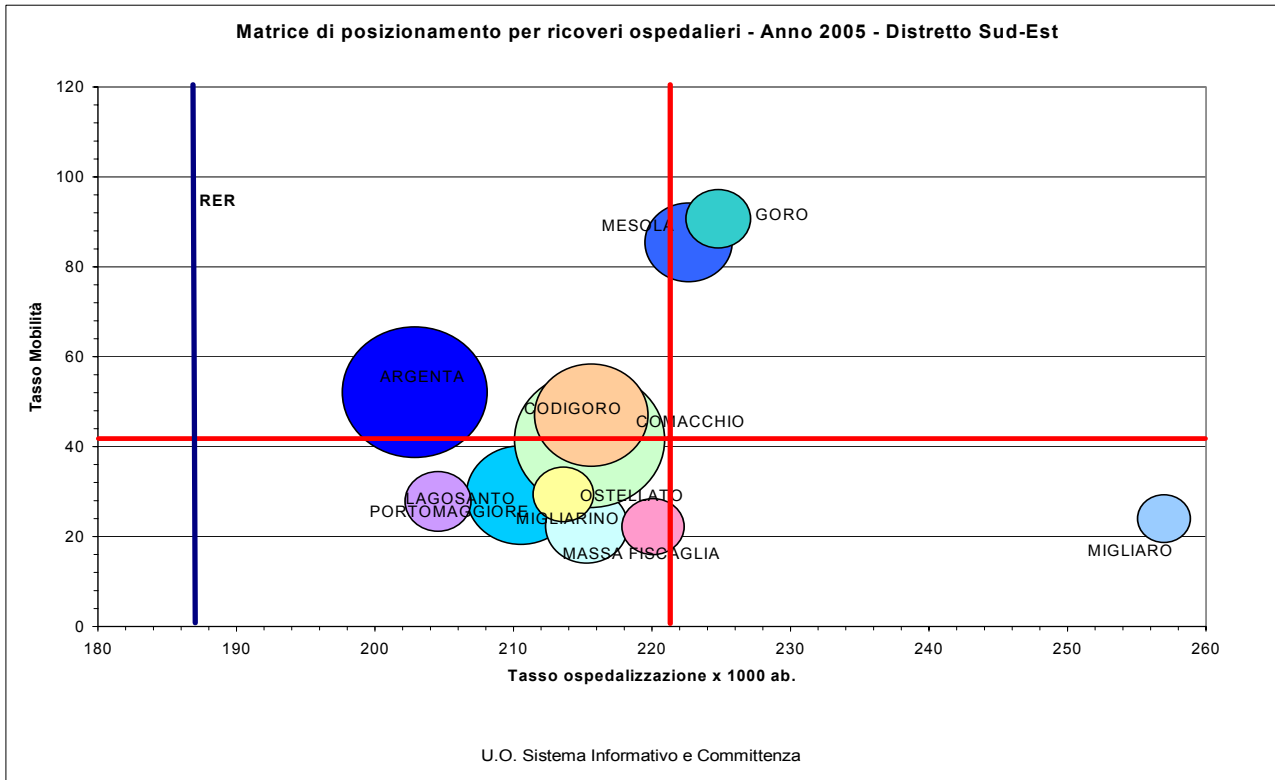
Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero
Anno 2005 - Distretto Sud-Est

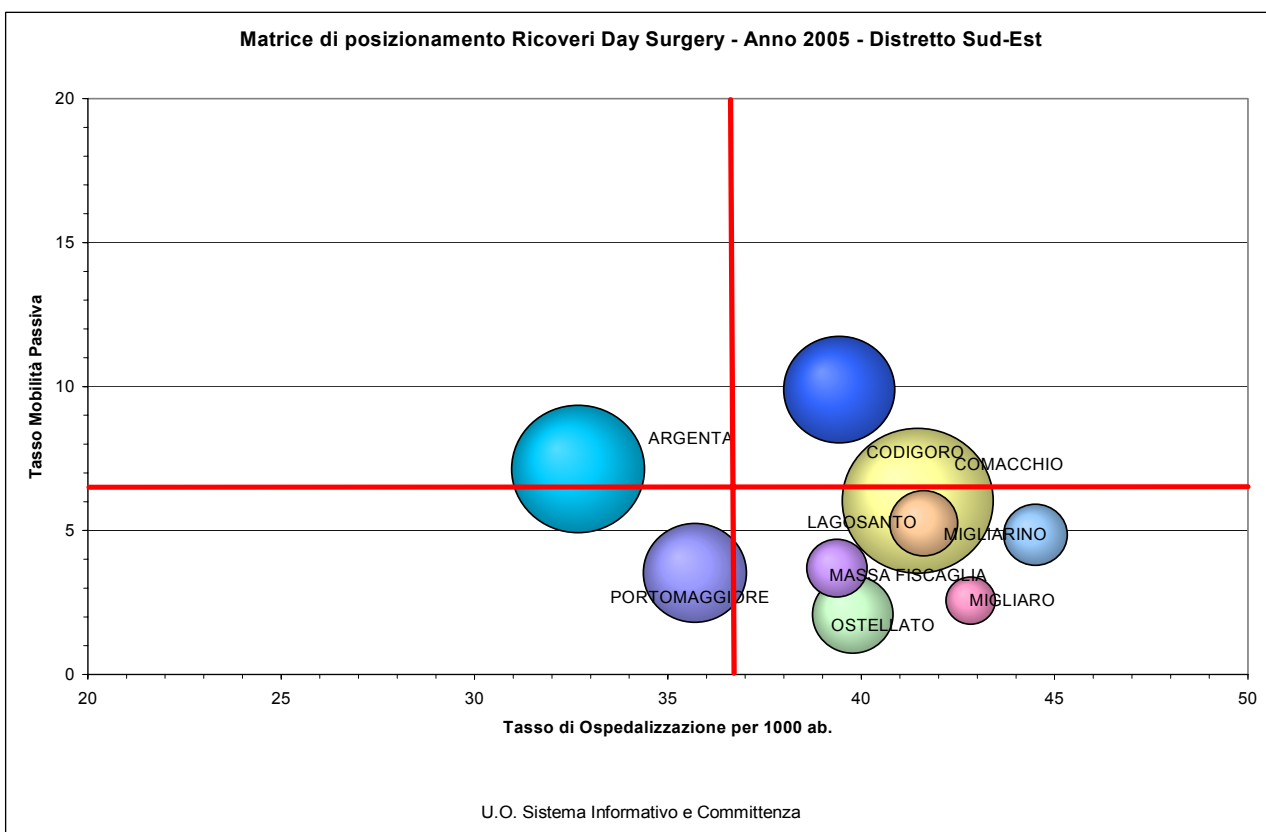
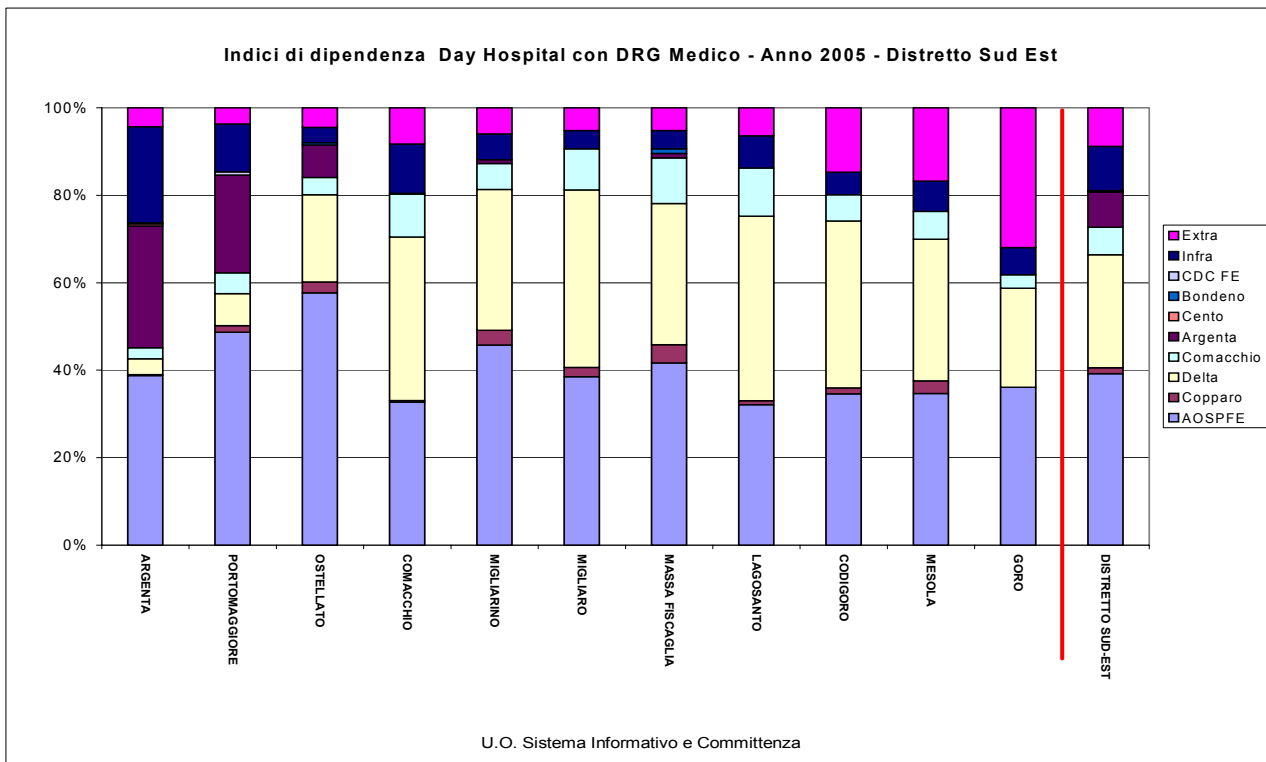


U.O. Sistema Informativo e Committenza

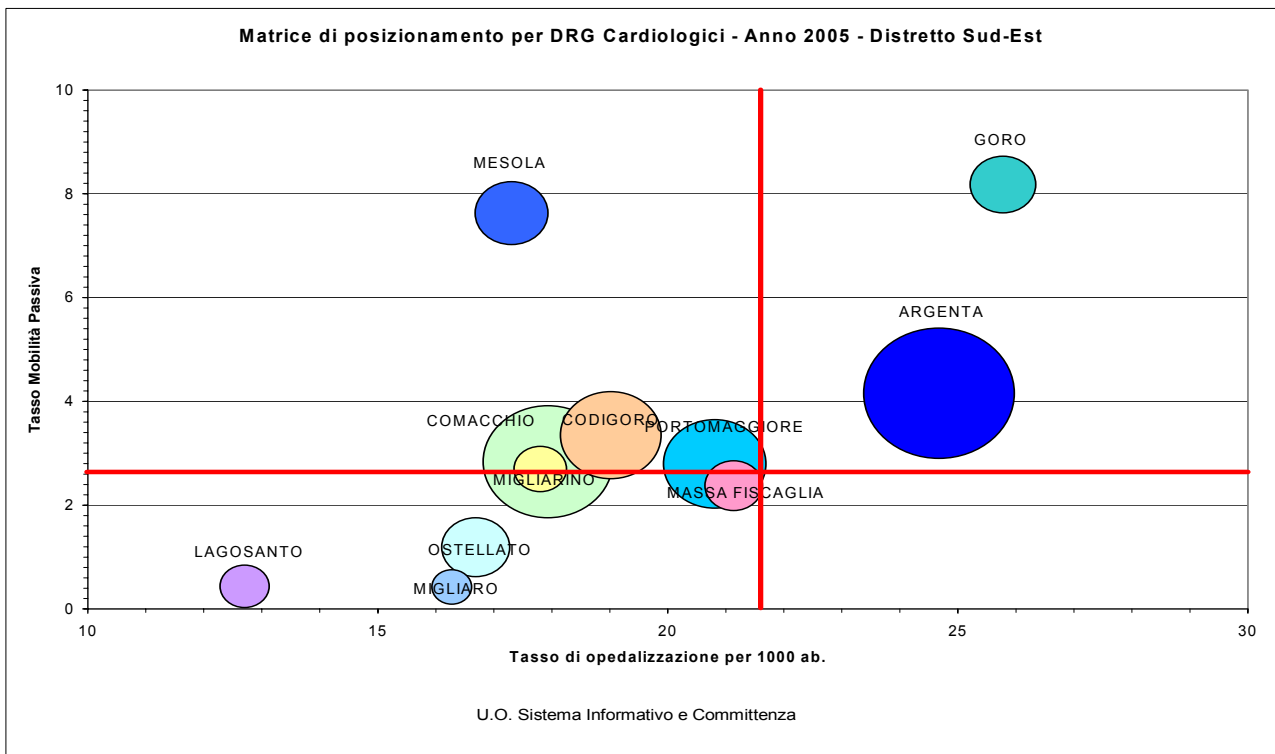
I tassi grezzi di ospedalizzazione della provincia di Ferrara sono molto elevati, al di sopra di 34 punti dalla media regionale (221 contro 187 ricoveri per mille abitanti). Nel distretto sud-est il tasso di ospedalizzazione è lievemente inferiore se confrontato con la media provinciale, ma elevato se confrontato con la media regionale.

La popolazione fa riferimento alle strutture ospedaliere presenti sul territorio: nella zona est agli ospedali di Lagosanto e Comacchio, nella zona sud all'ospedale di Argenta. La capacità attrattiva dei nostri ospedali è buona, anche se si devono evidenziare le criticità dei comuni di Mesola e Goro per mobilità extraregionale e del comune di Argenta per una lieve mobilità intra regionale, ripresentando un quadro analogo al 2004.

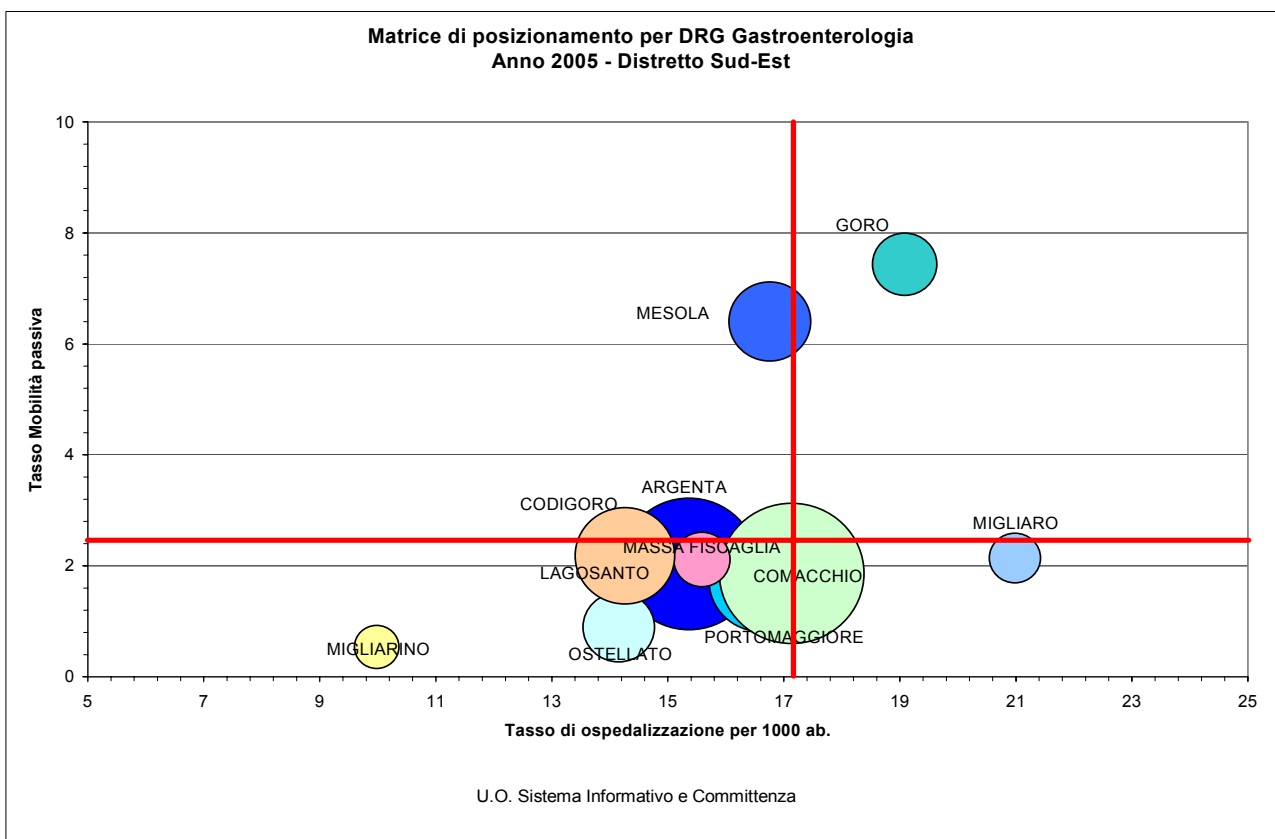




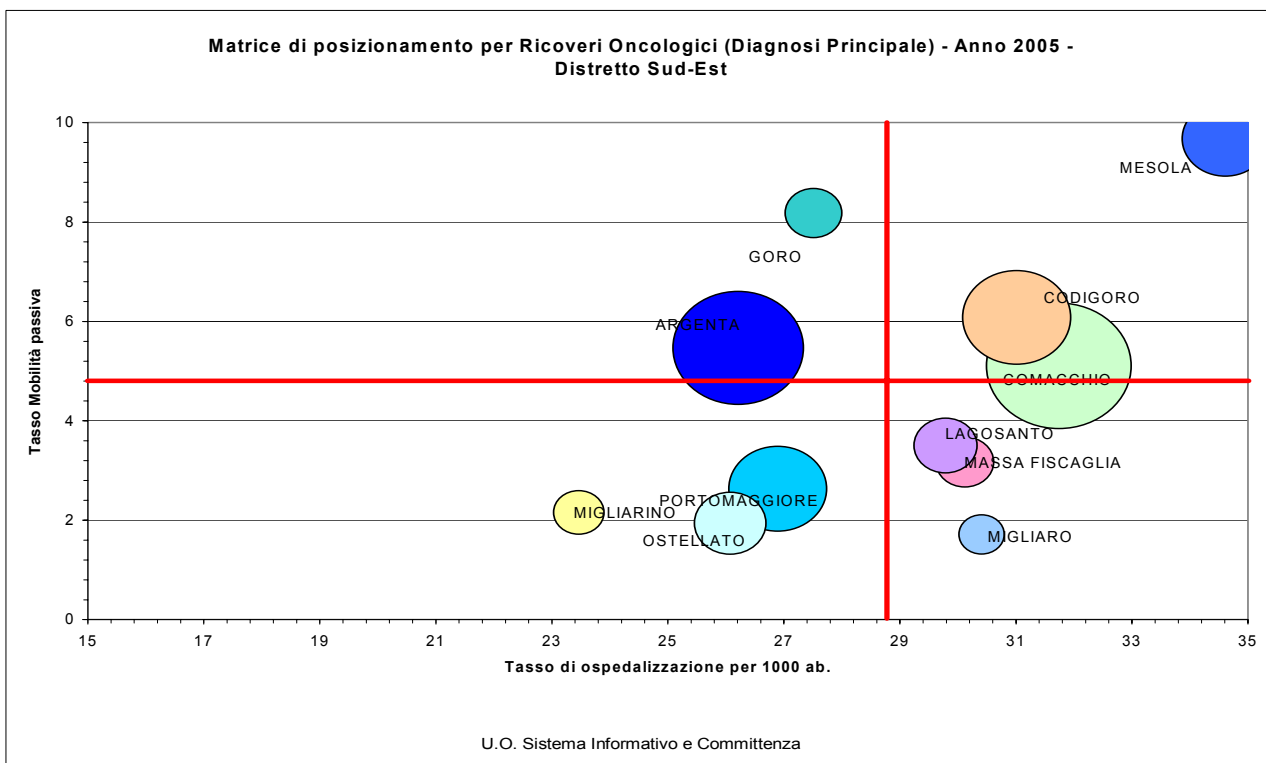
Se osserviamo le matrici di posizionamento rispetto alla mobilità passiva e al consumo di ricoveri per l'attività di ricovero generale, in Day Hospital e in Day Surgery dei diversi comuni del distretto, possiamo rilevare un'ampia variabilità che sottolinea le performance migliori per i comuni che si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



In modo analogo possiamo evidenziare le eventuali criticità presenti per patologie specifiche, quali ad esempio quelle in ambito cardiologico, per evidenziare ad esempio come nei comuni di Argenta e Goro si registri un elevato consumo di ricoveri in buona parte in mobilità passiva, nel comune di Mesola il tasso di ospedalizzazione è inferiore alla media provinciale ma con elevato tasso di mobilità passiva.



La gastroenterologia vede un tasso di ricoveri appropriato in molti comuni del distretto ad eccezione dei comuni di Migliaro e Goro, con una mobilità passiva elevata nei comuni di Mesola e Goro.

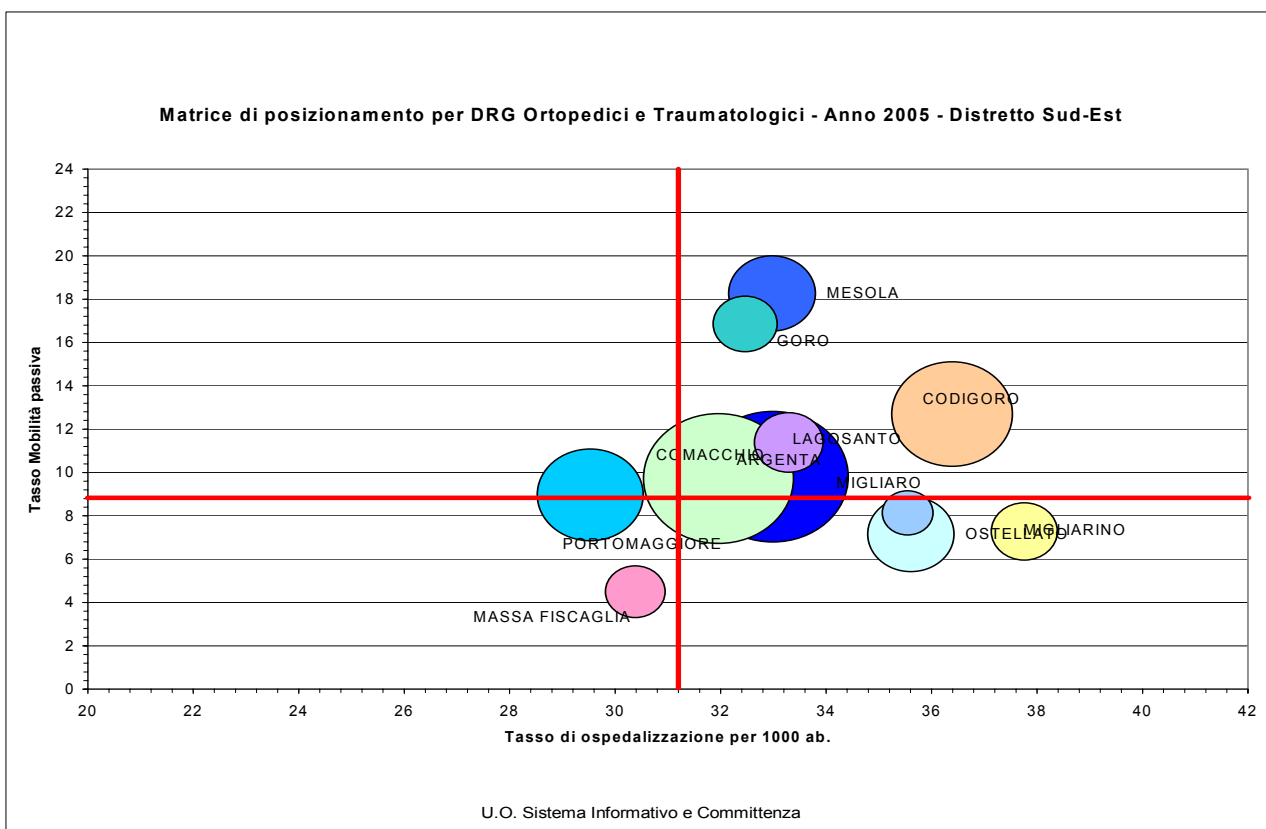


I ricoveri oncologici sono superiori alla media provinciale prevalentemente nei Comuni del Delta, con una mobilità passiva elevata nei Comuni di Codigoro e Mesola

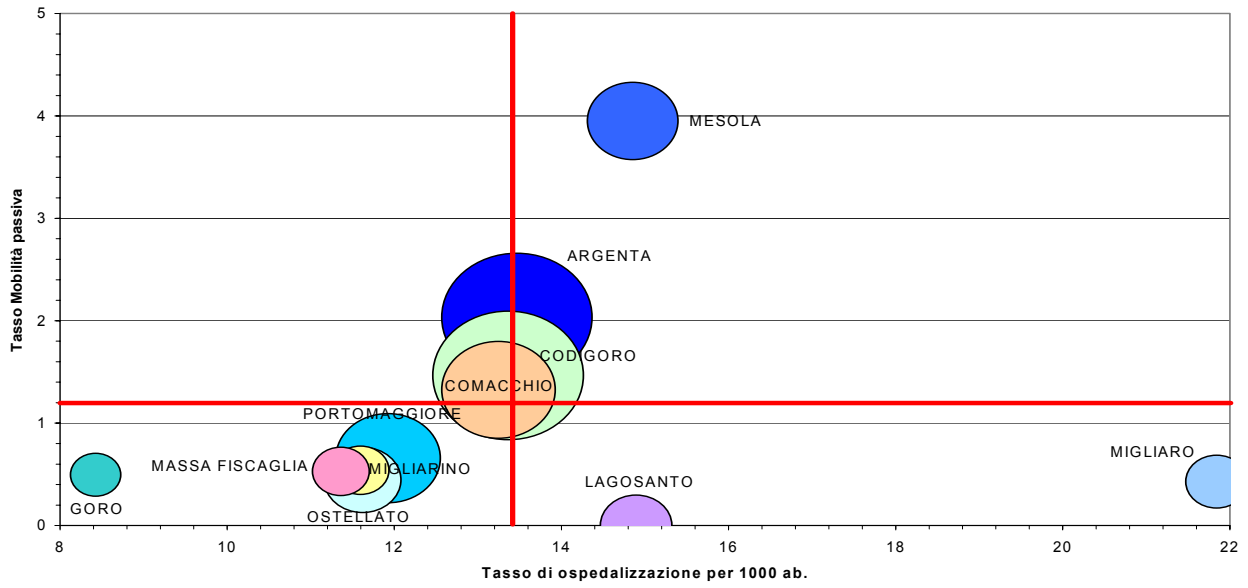
I ricoveri ortopedici e traumatologici sono mediamente superiori alla media provinciale in quasi tutti i Comuni del Distretto con elevata mobilità nei Comuni di Codigoro, Mesola e Goro.

I ricoveri pneumologici sono ampiamente nella media provinciale, fatta eccezione per l'alto tasso del Comune di Migliaro e per l'alta mobilità passiva del Comune di Mesola.

I ricoveri urologici riconoscono alti tassi e in mobilità passiva nei Comuni di Codigoro, Mesola e Goro.

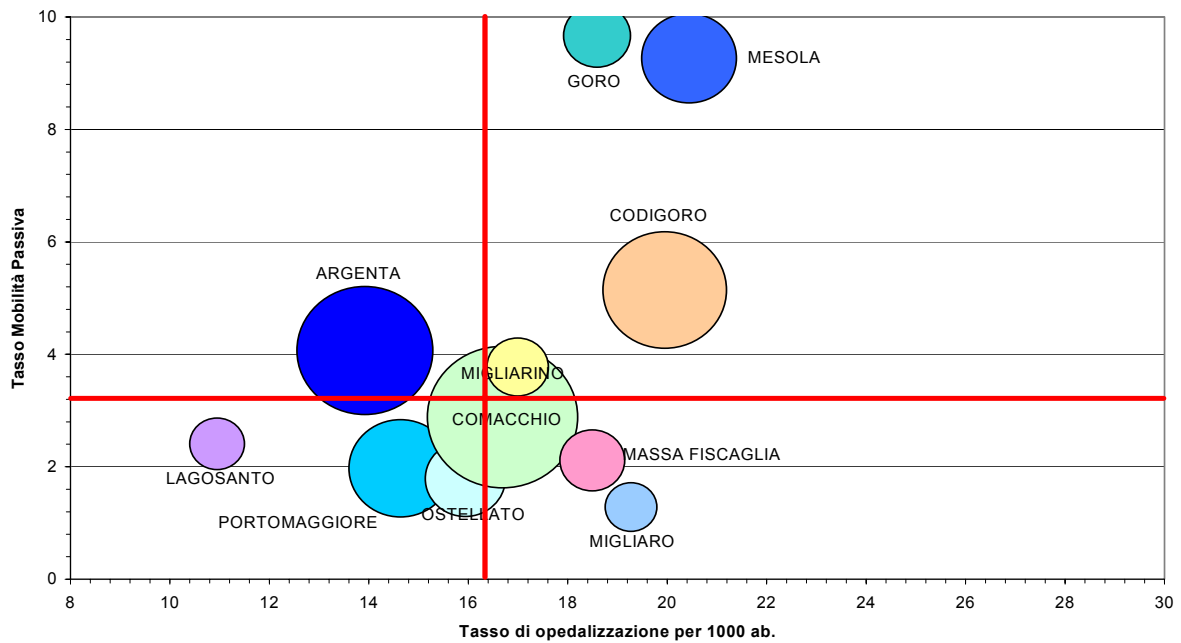


Matrice di posizionamento per DRG Pneumologia - Anno 2005 - Distretto Sud-Est



U.O. Sistema Informativo e Committenza

Matrice di posizionamento per DRG Urologici - Anno 2005 - Distretto Sud-Est



U.O. Sistema Informativo e Committenza

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

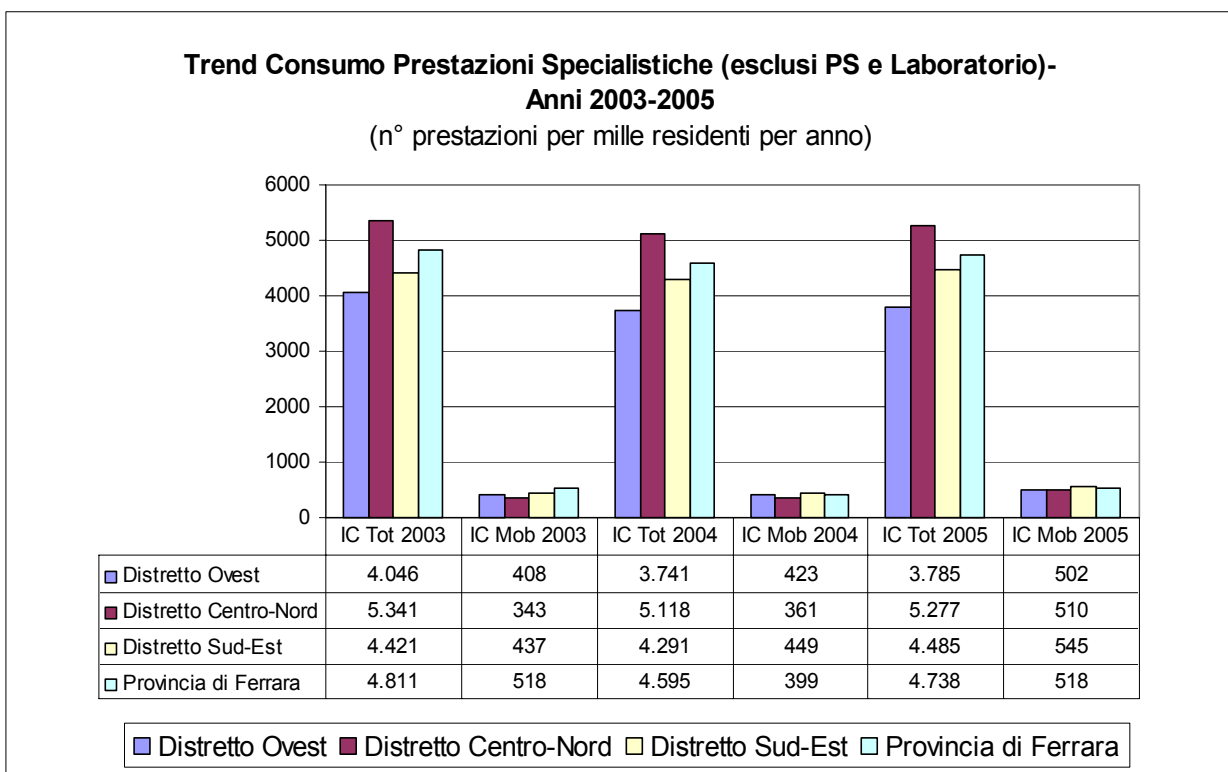
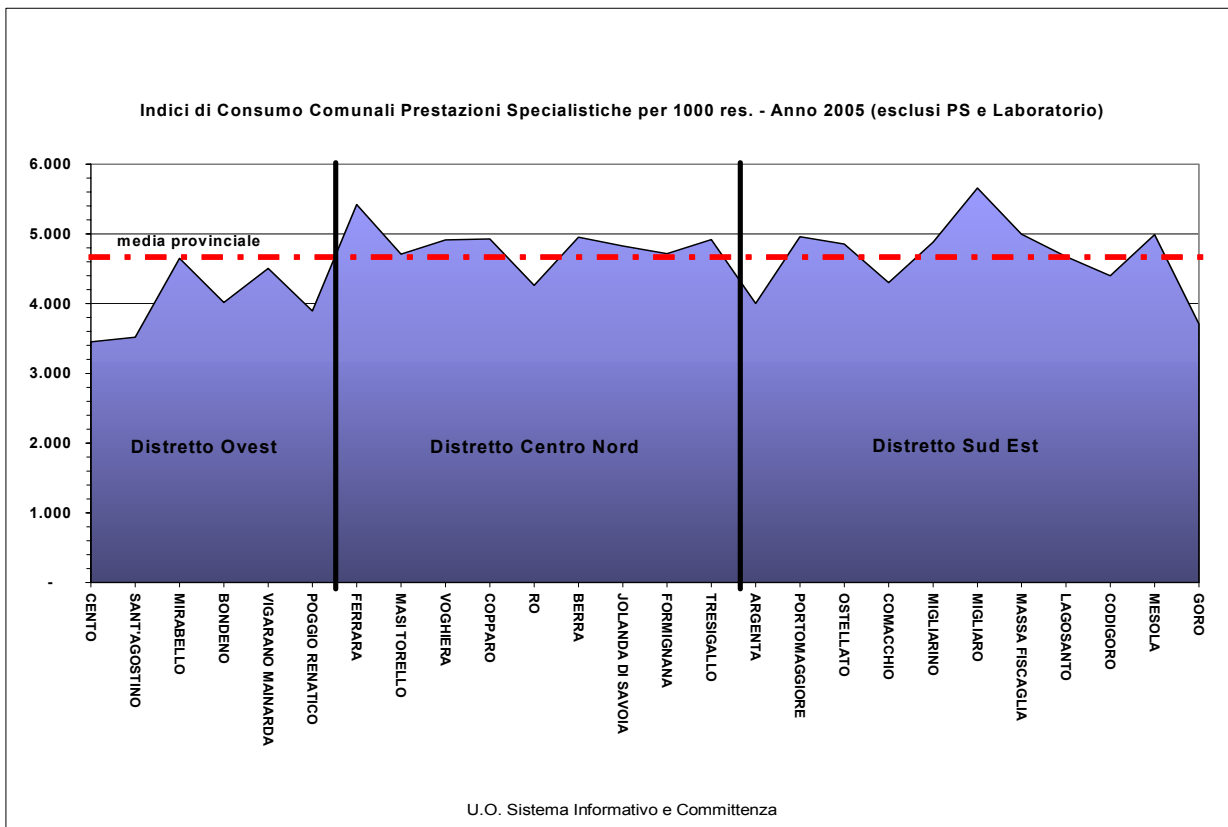
Come avviene per l'ospedalizzazione, anche nel settore della specialistica la provincia di Ferrara evidenzia un consumo di prestazioni specialistiche elevato.

Nel distretto sud est i comuni di Portomaggiore, Ostellato, Migliaro, Massafiscaglia e Migliarino hanno un consumo superiore alla media provinciale.

L'erogazione è garantita nei poliambulatorii ospedalieri di Lagosanto, Comacchio ed Argenta e nei poliambulatorii territoriali di Portomaggiore, Migliarino e Mesola, dove specialisti territoriali si integrano con quelli ospedalieri, anche se i tempi di attesa elevati in alcune specialità e l'indice di performance basso, favoriscono la mobilità.

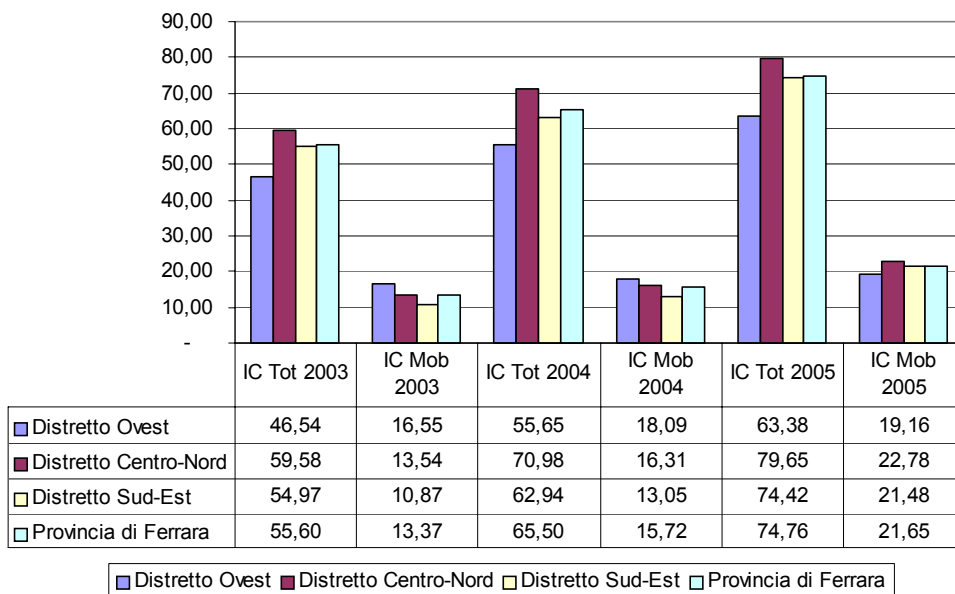
La popolazione utilizza in modo diffuso la specialistica ambulatoriale con una percentuale superiore al 90%, ad eccezione dei comuni di Mesola e Goro dove si registra una consistente mobilità passiva extraregione e il comune di Argenta con una parziale mobilità intra regionale.

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



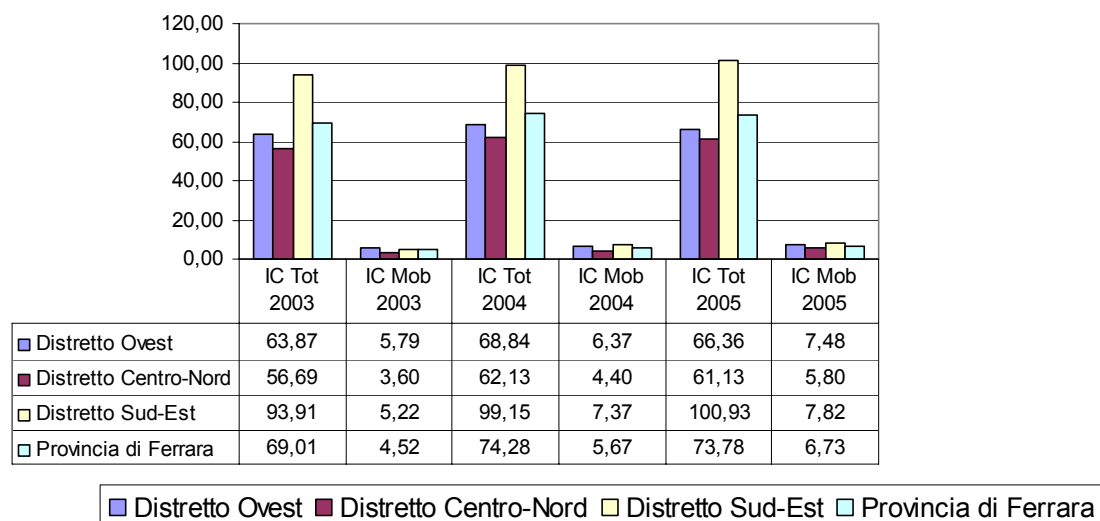
Il Distretto Sud Est ha mantenuto nel triennio 2003-2005 un trend stabile nel consumo di specialistica, inferiore lievemente alla media provinciale con un indice di mobilità stabile.

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



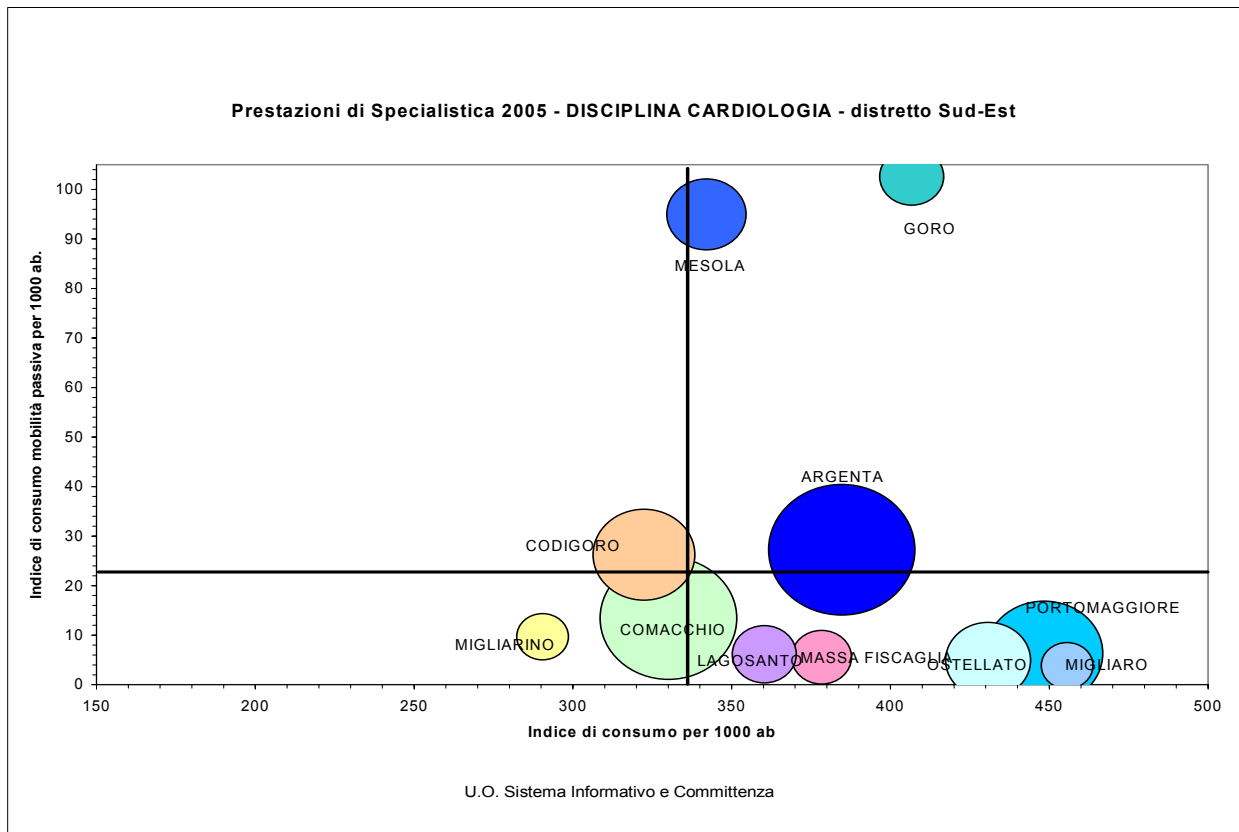
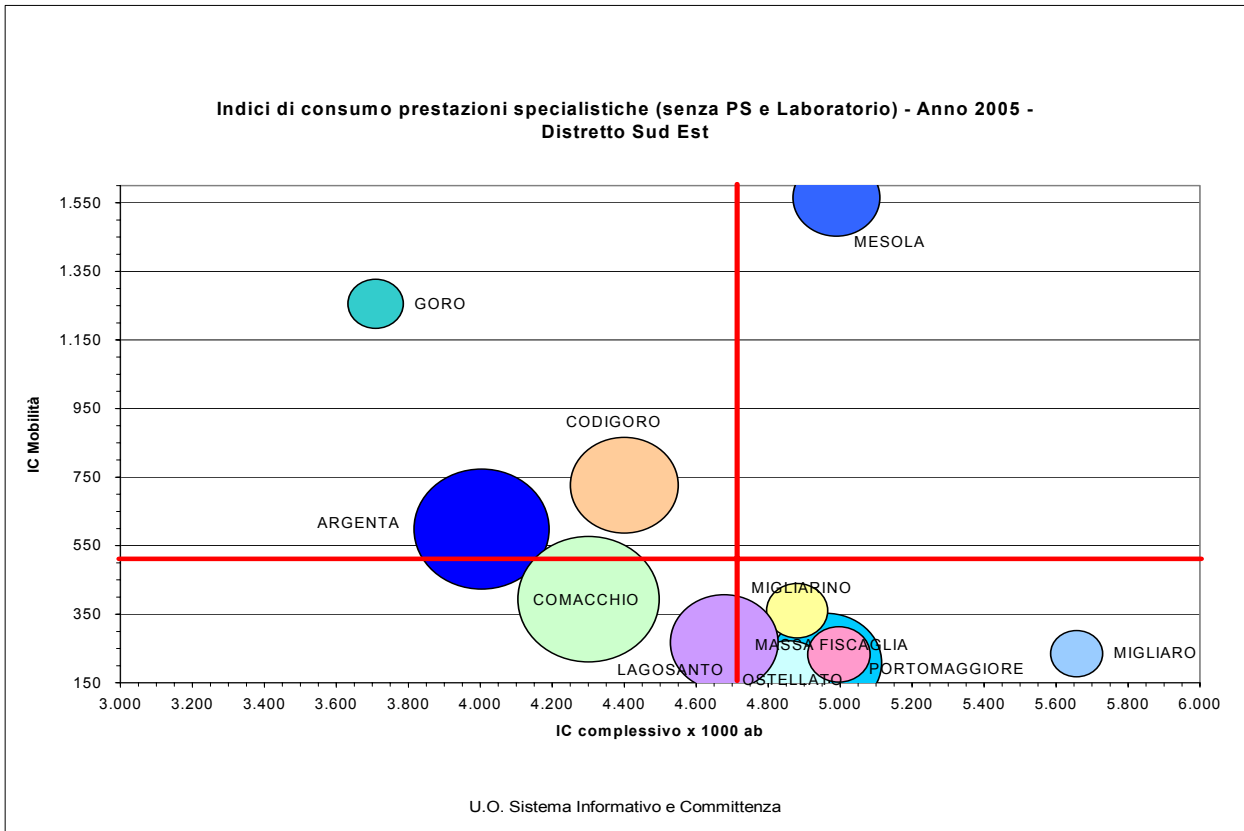
Il consumo di Risonanza Magnetica (RMN) è cresciuto nel triennio così come la mobilità passiva, superando i limiti provinciali.

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

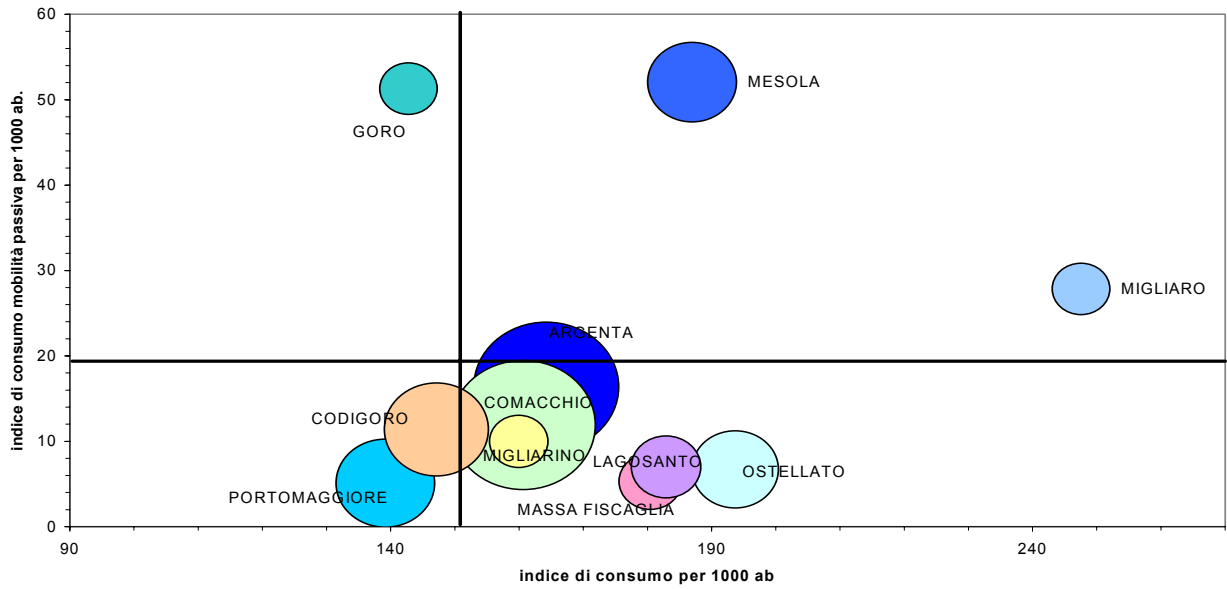


Il consumo di TAC è notevolmente superiore alla media provinciale e agli altri Distretti sanitari, nel 2006 è stato avviato un progetto di riduzione delle radiazioni ionizzanti con incremento appropriato di RMN.

Entrando nello specifico dell'Indice di Consumo Comunale questo è elevato nel Distretto Sud Est per le specialità di cardiologia, chirurgia, ortopedia e diagnostica per immagini.

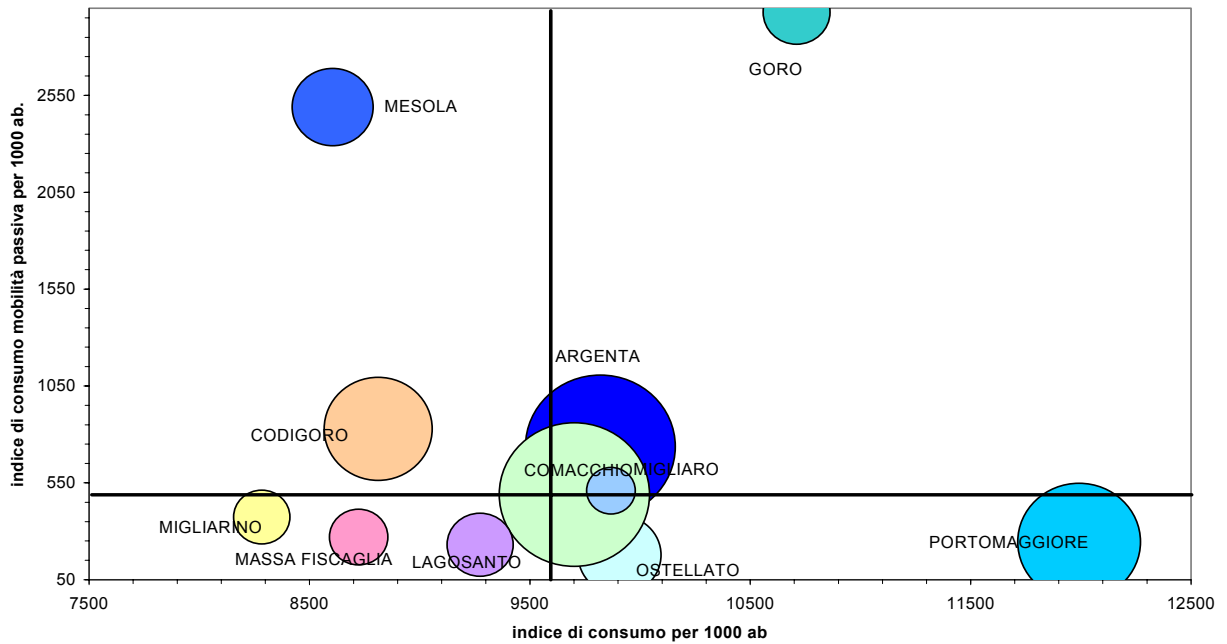


Prestazioni di Specialistica 2005 - DISCIPLINA CHIRURGIA - (esclusione degli Eco Color Doppler) -
distretto Sud-Est



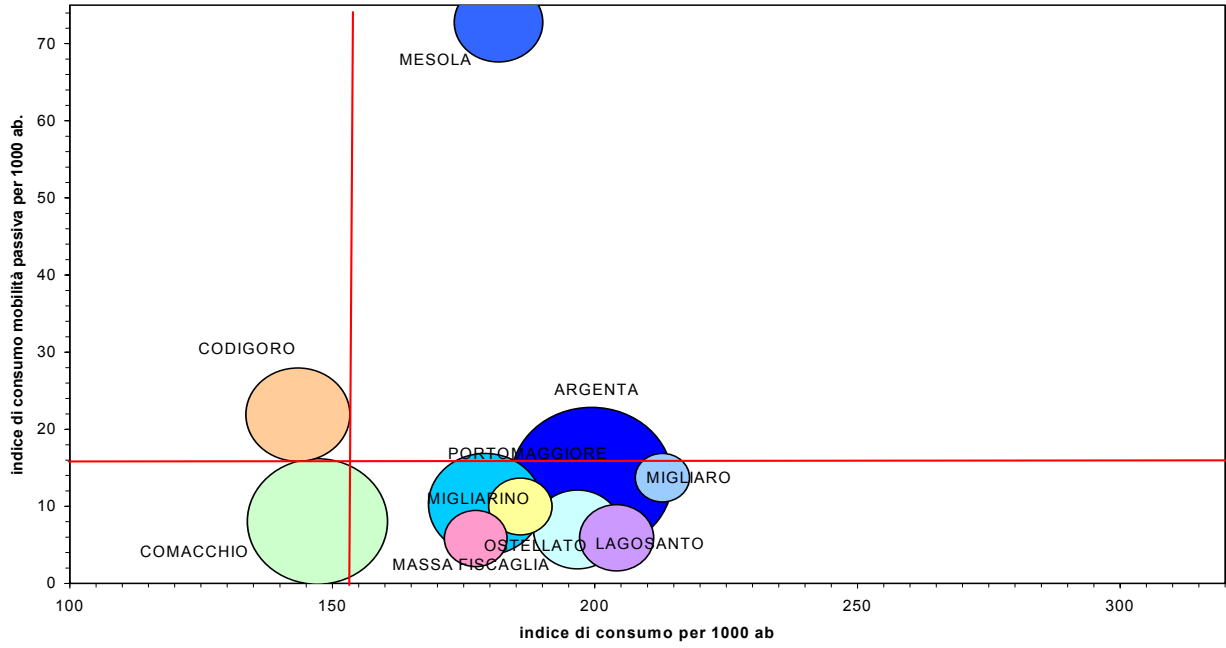
U.O. Sistema Informativo e Committenza

Prestazioni di Specialistica 2005 - DISCIPLINA LABORATORIO - Distretto SudEst



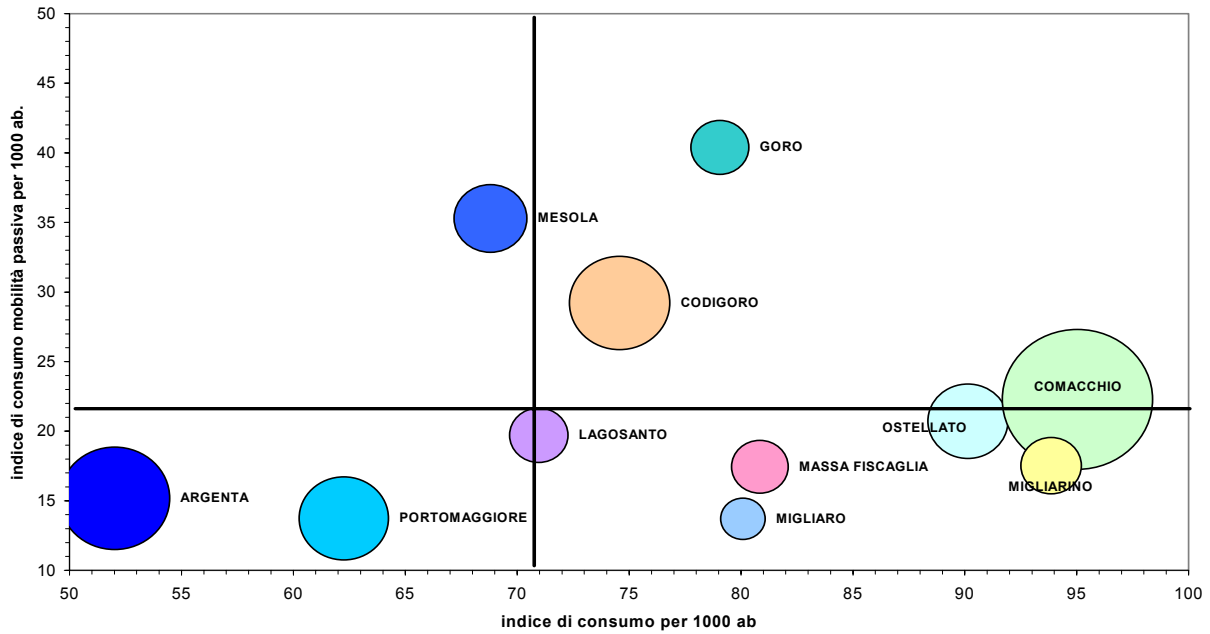
U.O. Sistema Informativo e Committenza

DISCIPLINA ORTOPEDIA - ANNO 2005 - Distretto SUD-EST

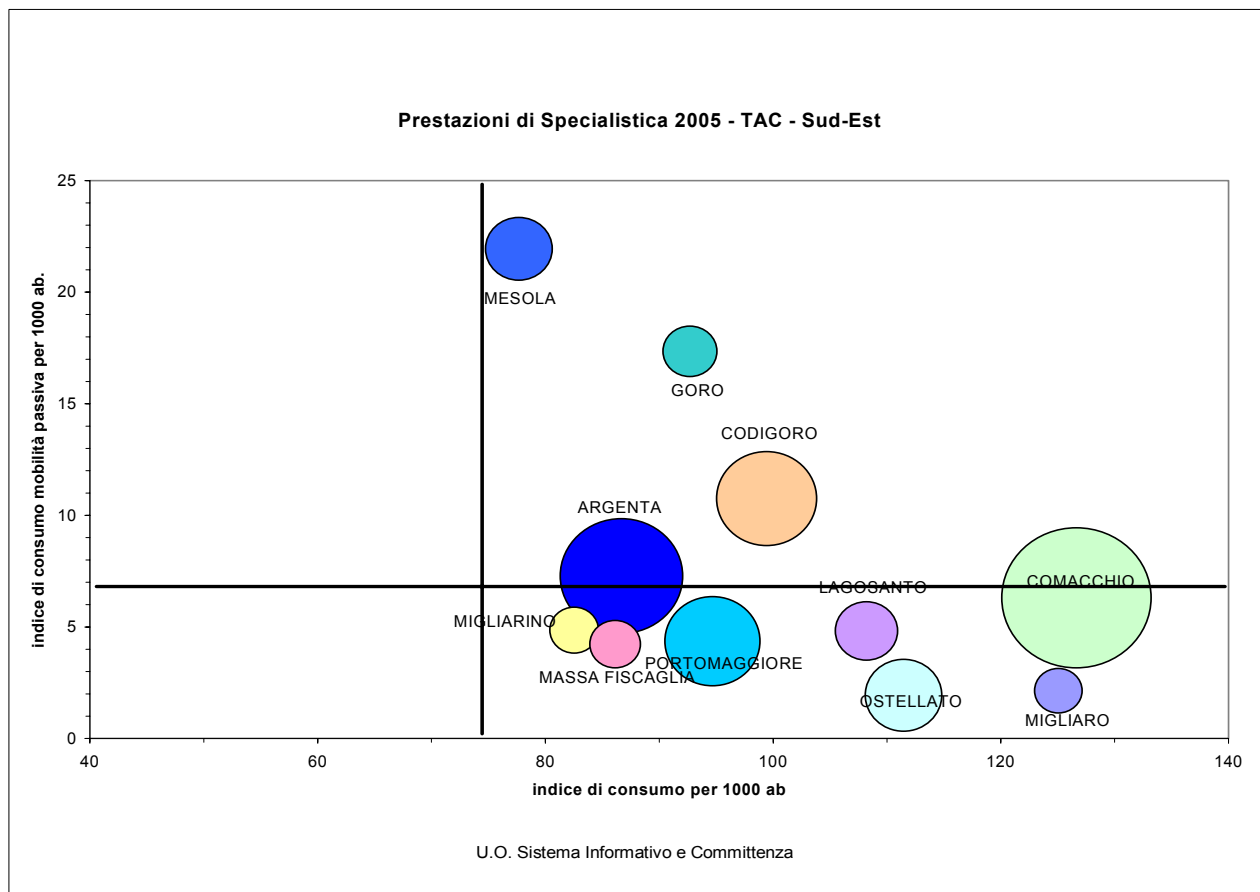


U.O. Sistema Informativo e Committenza

Prestazioni di Specialistica 2005 - RMN - Distretto Sud-Est



U.O. Sistema Informativo e Committenza



Obiettivi di miglioramento generali per il 2006-07

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

Capitolo 4 Eccesso dei ricoveri rispetto agli attesi (su base media regionale standardizzata)

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

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

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

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

Capitolo 5

LE RISORSE

5.1 Le dinamiche dei costi

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

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

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

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

Questi dati possono essere sinteticamente riassunti nei seguenti livelli assistenziali:

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

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

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

Questi dati possono essere sinteticamente riassunti nei seguenti livelli assistenziali:

| Ripartizione percentuale del consuntivo 2005 | | | |
|--|-------------|--------------------------------|--------------|
| Distribuzione costi | Area Ovest | Area Centro Nord ex Ferrara | Area Sud Est |
| Distretto | 15,24% | 19,49% | 18,50% |
| Farmaceutica | 14,06% | 13,78% | 13,89% |
| Sanità Pubblica | 1,61% | 3,05% | 2,54% |
| Salute mentale | 1,80% | 5,53% | 3,56% |
| Degenze ospedaliere | 52,43% | 45,21% | 42,84% |
| Specialistica | 14,86% | 12,95% | 18,67% |
| TOTALE | 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 state evidenziati in rosso i casi in cui sia il costo pro capite che la distribuzione percentuale assumono valori oltre la media provinciale. Tale matrice assieme a quelle di efficienza costituirà il punto di riferimento per l'elaborazione di alcuni obiettivi specificatamente rivolti alla riduzione degli squilibri che verranno esposti successivamente in questo capitolo.

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

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

| Ripartizione percentuale del consuntivo 2005 | Area OVEST | Area CENTRO NORD | Area SUD EST | Totale |
|--|-----------------------|------------------|----------------|----------------|
| Popolazione | 72.755 | 176.579 | 102.129 | 351.463 |
| Indici di vecchiaia | 194,76 | 284,23 | 259,36 | 255,34 |
| Percentuale popolazione | 20,70% | 50,24% | 29,06% | 100% |
| Distribuzione costi | in percentuale | | | |
| Distretto | 15,58% | 53,37% | 31,04% | 100% |
| Farmaceutica | 19,07% | 50,03% | 30,90% | 100% |
| Sanità pubblica | 11,54% | 58,51% | 29,94% | 100% |
| Salute mentale | 8,04% | 65,96% | 26,00% | 100% |
| Degenze ospedaliere | 21,50% | 49,67% | 28,83% | 100% |
| Specialistica | 18,53% | 43,26% | 38,20% | 100% |
| TOTALE | 18,87% | 50,09% | 31,04% | 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 una assegnazione di risorse con valore più alto rispetto alla distribuzione della popolazione. Ciò sarà spiegabile da un alto indice di vecchiaia, oppure da un iniquo impiego di risorse.

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

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

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

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

La tabella evidenzia la composizione percentuale delle principali articolazioni aziendali.

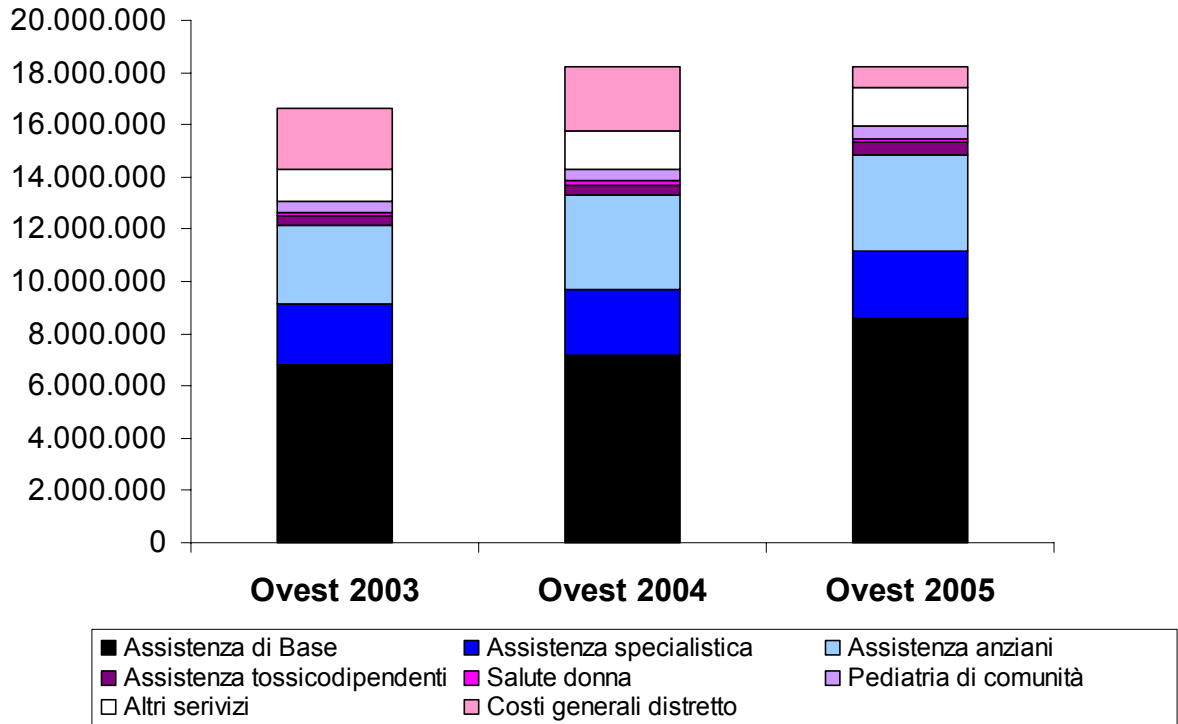
Relativamente al trend di sviluppo dei costi dell'Area Ospedaliera nel corso dell'ultimo biennio 2003-2004, occorre tenere conto dell'effetto di trascinamento economico dei costi sostenuti per la messa a regime dell'Ospedale del Delta, molti dei quali si riferiscono a potenziamenti di personale effettuati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

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

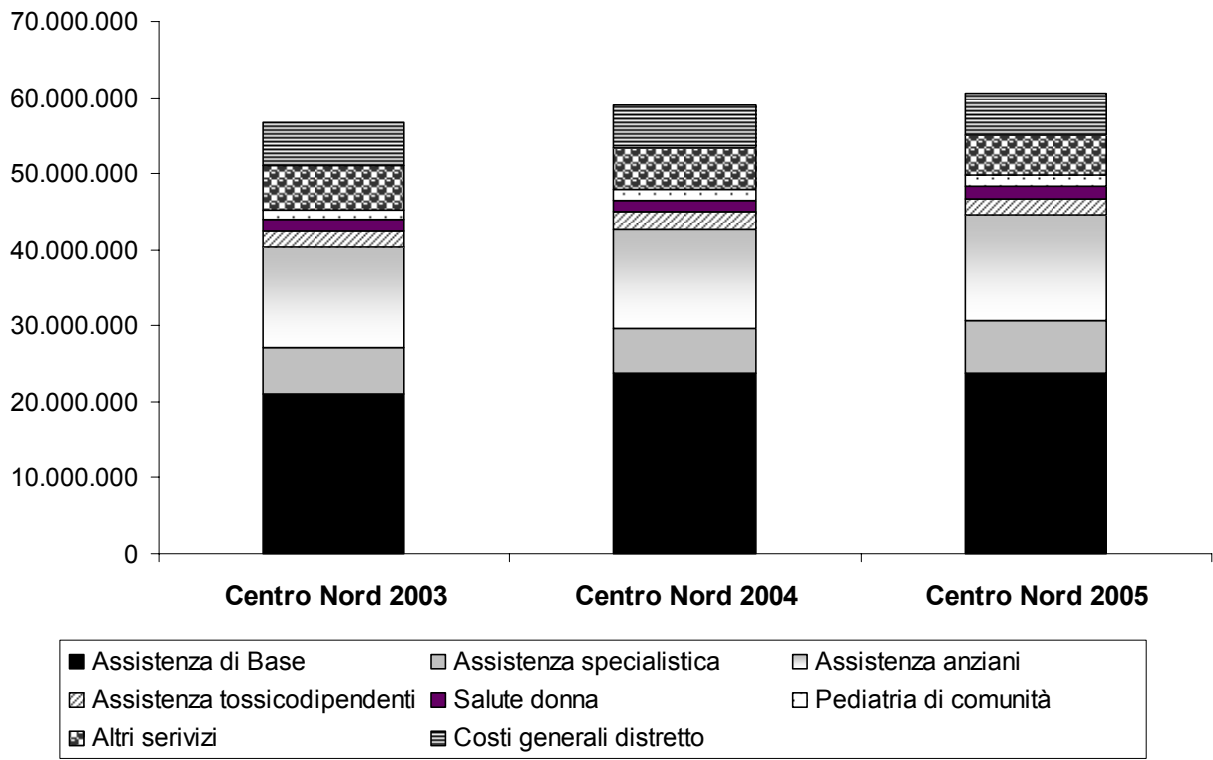
NOTA: I costi dei distretti si riferiscono ai soli costi territoriali "Riga Totale Distretto"

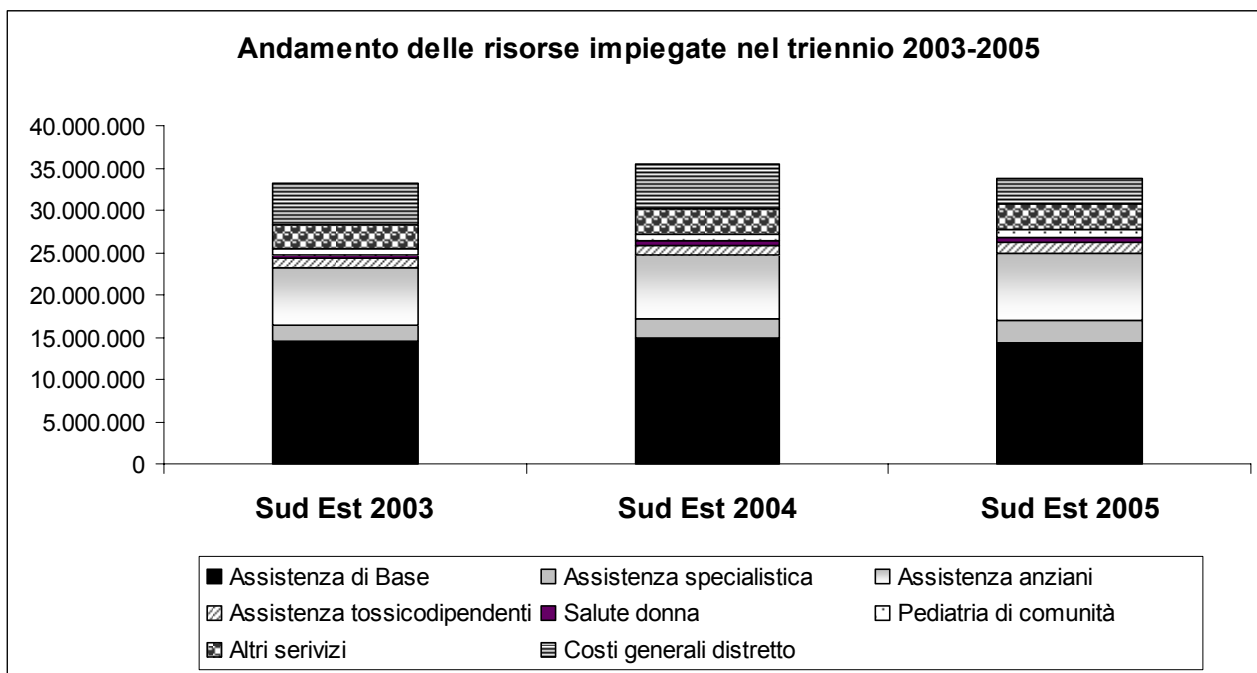
I costi ospedalieri si riferiscono al costo della struttura ospedaliera (degenza + specialistica)

Andamento delle risorse impiegate nel triennio 2003-2005



Andamento delle risorse impiegate nel triennio 2003-2005





Analisi di efficienza dei servizi territoriali

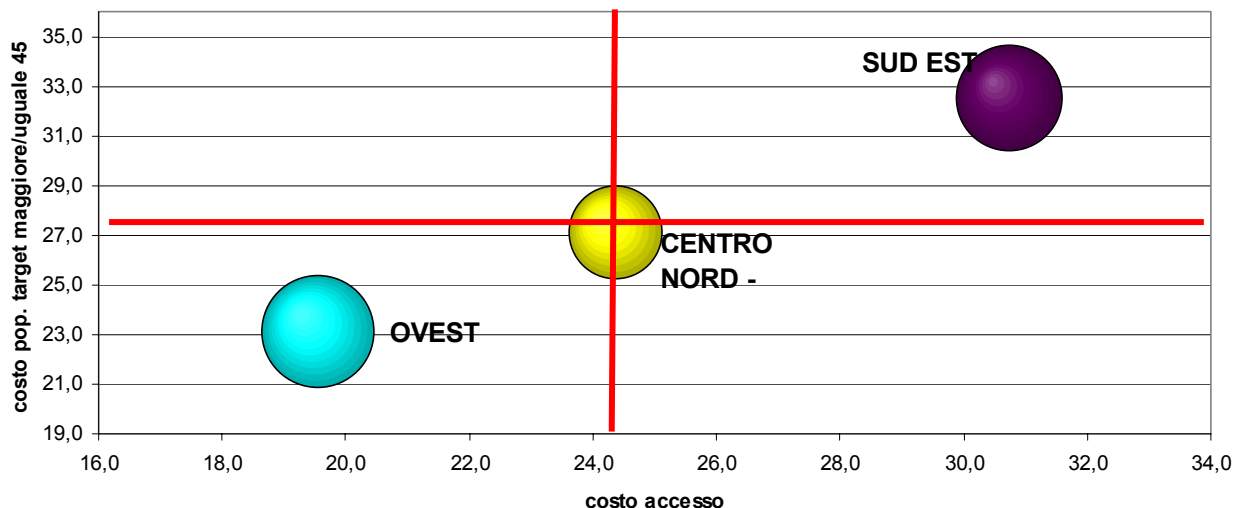
La rappresentazione grafica in quadranti consente di correlare il costo pro capite che si sostiene in ogni Distretto per garantire il servizio (e che indica la diversa allocazione della risorsa economica dedicata al servizio da Distretto a Distretto) con il costo che l'Azienda sostiene in relazione a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

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

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

Assistenza Domiciliare Integrata 2005

la dimensione della bolla è data dalla intensità assistenziale

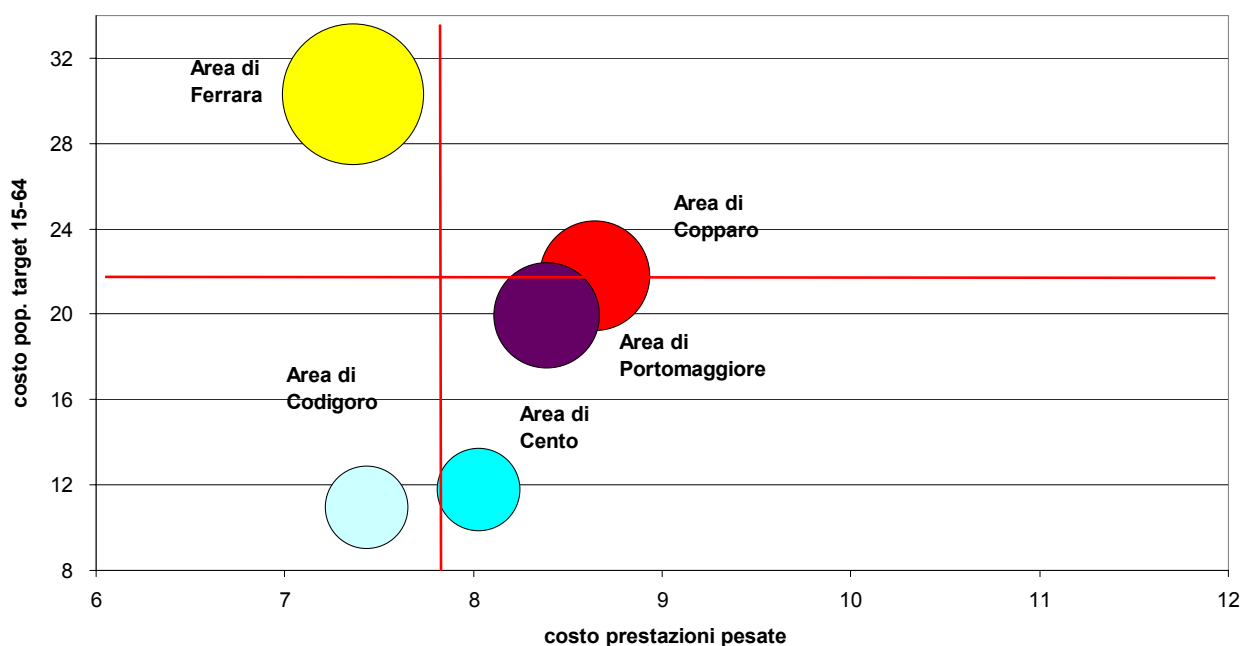


La matrice sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target di ogni Distretto (con riferimento a una popolazione di età uguale e superiore ai 45 anni) e il costo di accesso.

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

Analisi Salute donna 2005

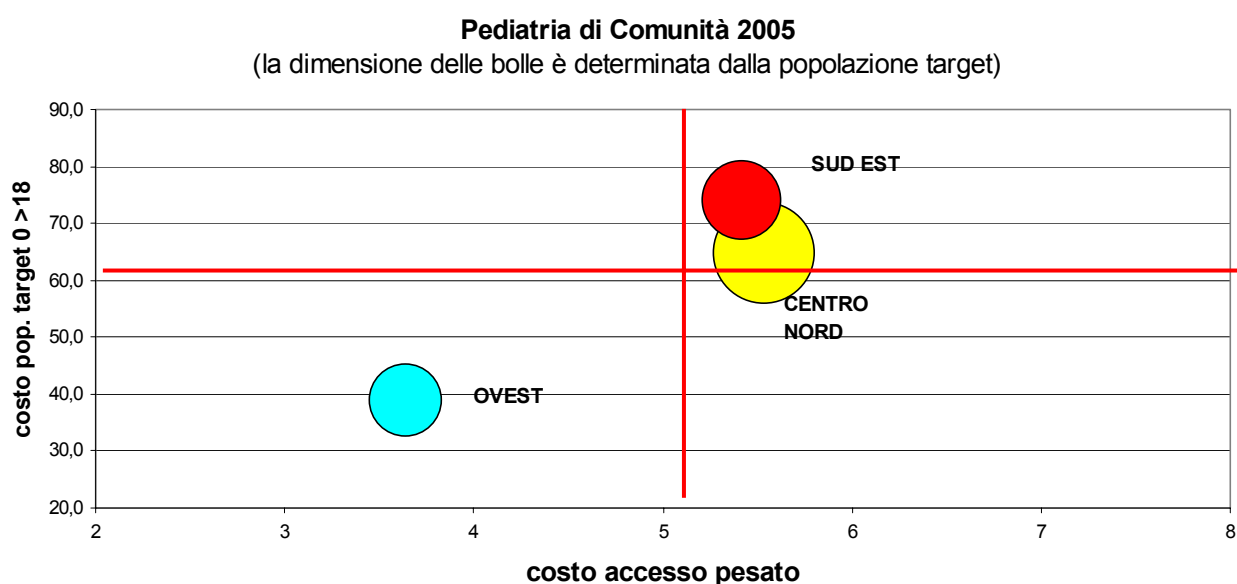
(le dimensioni della bolla sono date dal rapporto tra prestazioni pesate e pop. target)



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

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

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

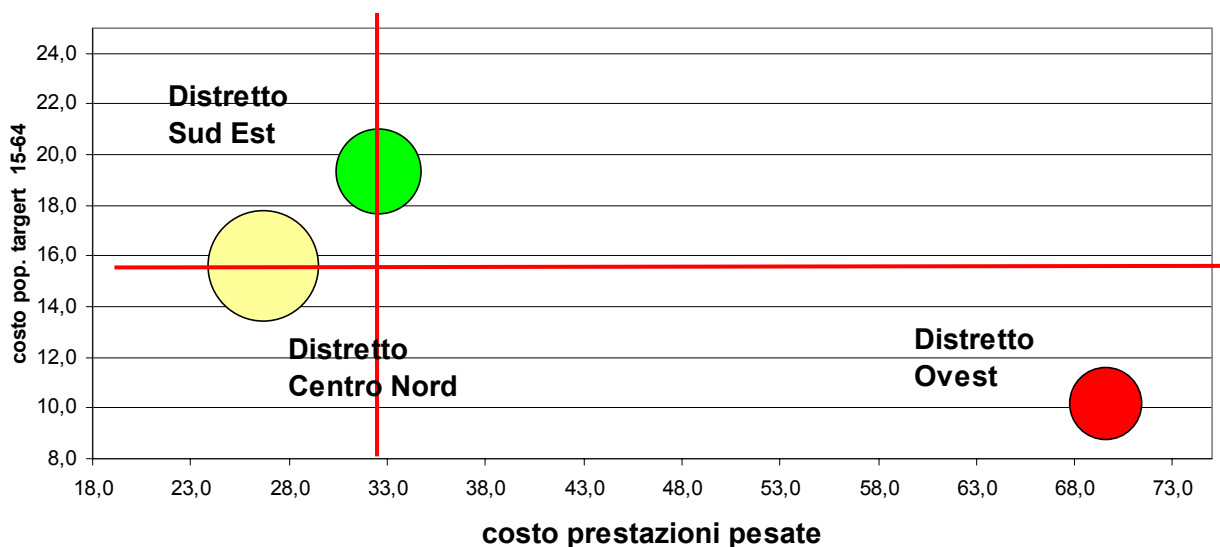


La matrice sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target di ogni Distretto (con riferimento a una popolazione di età compresa tra i 0 e i 18 anni), e il costo di accesso pesato di ciascun servizio, sostenuto per la medesima popolazione di riferimento.

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

Dipendenze Patologiche 2005

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

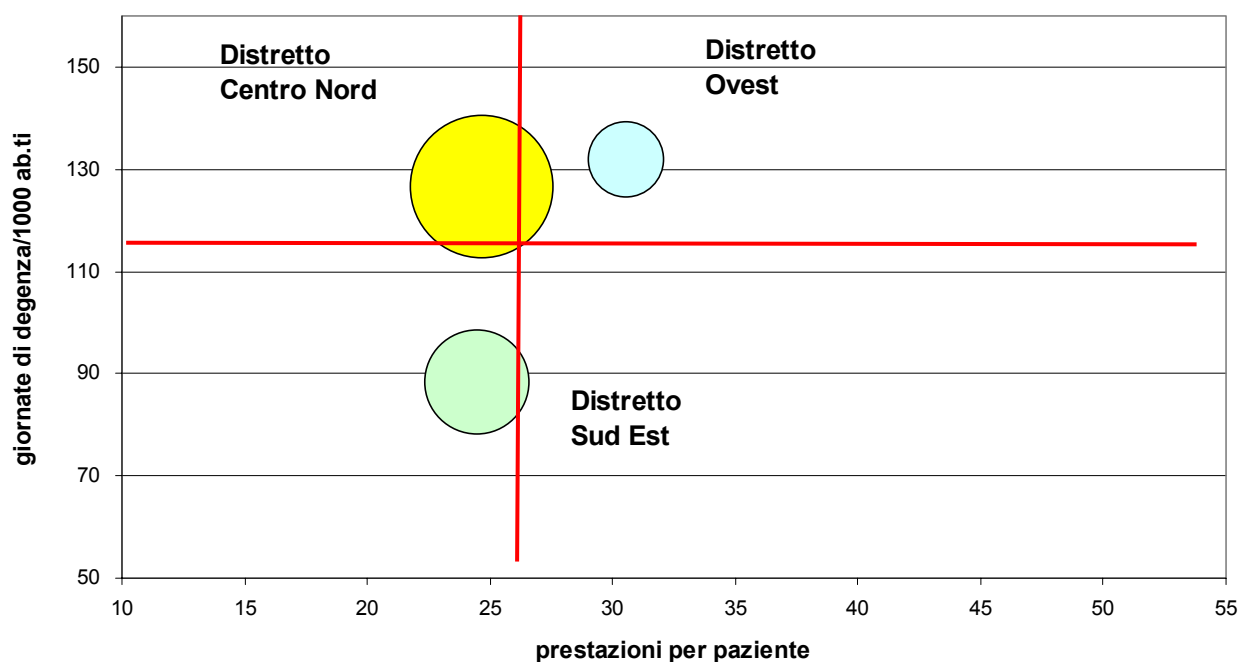


La matrice evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento a una popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni) di ogni Distretto, e il costo per prestazioni pesate effettuate dal servizio (la pesatura della prestazione è determinata dal consumo della risorsa personale per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

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

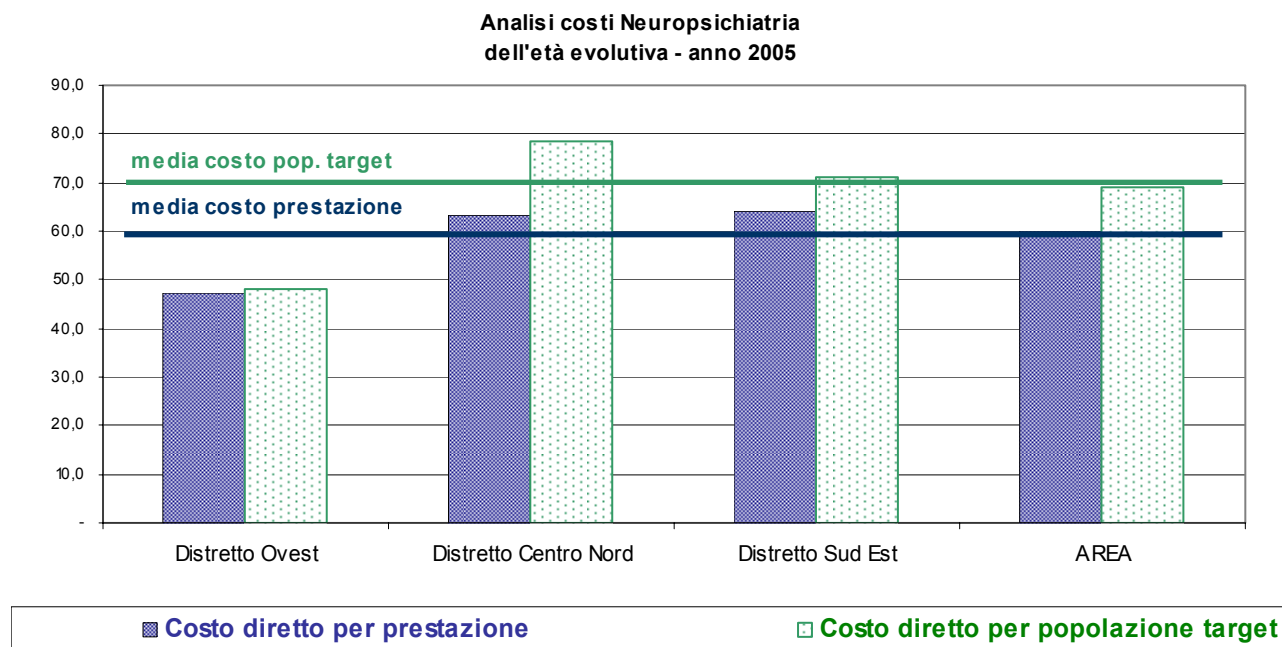
Analisi consumi 2005 CSM ambulatoriale

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



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

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



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

Questa pubblicazione è stata realizzata
dall'Azienda USL di Ferrara

Coordinamento, editing e progetto grafico:

Segest S.p.a.

Chiuso nel luglio 2007

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

