

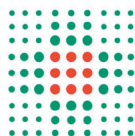
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

**IL PROGRAMMA
DELLE ATTIVITÀ
TERRITORIALI**

2005

Distretto Centro Nord

**IL PROGRAMMA
DELLE ATTIVITÀ
TERRITORIALI**



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

**IL PROGRAMMA
DELLE ATTIVITÀ
TERRITORIALI**
2005

Distretto Centro Nord

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

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

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

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

Maria Chiara Tassinari

Direttore del Distretto
Centro Nord

Fosco Foglietta

Direttore Generale
dell'Azienda USL di Ferrara



NOTA ALL'EDIZIONE 2005

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

INDICE GENERALE

1. Lo sviluppo delle politiche sanitarie e sociali del Distrettopag.	9
1.1. Le linee di indirizzo del piano sociale e sanitariopag.	9
1.2. Contenuti innovativi della legge 29/2004pag.	9
1.3. Il fondo per la non autosufficienzapag.	10
1.4. Lo sviluppo organizzativo del Distrettopag.	11
1.5. Il sistema qualità nelle Cure Primariepag.	12
2. Il profilo di salute della popolazione ferraresepag.	13
2.1. Il contesto provincialepag.	13
2.2. Il contesto demograficopag.	14
2.3. Il contesto socio-economicopag.	20
2.4. Misure globali dello stato di salute:	
speranza di vita alla nascita, salute percepitapag.	21
2.5. Informazioni generali sullo stato di salute desumibili dalla mortalità 2003pag.	22
2.6. Informazioni generali sullo stato di salute desumibili dai ricoveri 2004pag.	23
2.7. I bisogni di salute valutati in base alla misura dei carichi di malattiapag.	26
2.8. I bisogni complessipag.	44
3. La comunicazione verso i cittadinipag.	55
4. Il Piano per la Salutepag.	59
5. I servizi presenti nel Distrettopag.	71
5.1. Le Cure Primariepag.	71
5.1.1. I Nuclei di Cure Primariepag.	72
5.1.2. Le Cure Domiciliaripag.	85
5.1.3. Le Cure Palliativepag.	88
5.1.4. L'Assistenza Specialistica Ambulatorialepag.	88
5.1.5. L'Assistenza Farmaceuticapag.	94
5.1.6. Il Consultorio Familiare e lo Spazio Giovanipag.	100
5.1.7. La Pediatria di Comunità.....pag.	107
5.1.8. Le Dipendenze Patologiche.....pag.	113
5.1.9. Gli Anzianipag.	117
5.1.10. I Disabili Adulti.....pag.	123
5.2. I servizi socio-sanitari progettati per il 2005 nel Piano di Zona 2005-2007pag.	127
5.3. La sanità pubblicapag.	131
5.4. La salute mentalepag.	144
5.5. L'assistenza ospedalierapag.	155
6. I consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali: le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilitàpag.	163
7. Le dinamiche dei costipag.	179

1. LO SVILUPPO DELLE POLITICHE SANITARIE E SOCIALI DEL DISTRETTO

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

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

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

1.1. LE LINEE DI INDIRIZZO DEL PIANO SOCIALE E SANITARIO

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

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

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

1.2. CONTENUTI INNOVATIVI DELLA LEGGE 29/2004

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

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

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

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

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

1.3. IL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

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

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

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

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

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

1.4. Lo sviluppo organizzativo del Distretto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5. IL SISTEMA QUALITÀ NELLE CURE PRIMARIE

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

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

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

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

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

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

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

2. IL PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE FERRARESE

2.1. IL CONTESTO PROVINCIALE

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

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

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

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

Fonte: ISTAT, *dati censimento 2001

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

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

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

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

2.2. IL CONTESTO DEMOGRAFICO

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

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

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

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

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

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

Le Piramidi dell'età

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

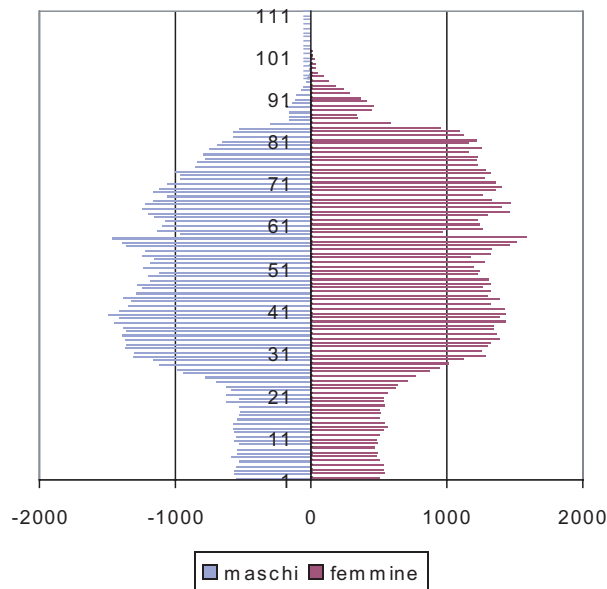
Le tre piramidi descrivono la popolazione dei tre Distretti: ciascun rettangolo rappresenta il gruppo di popolazione con la stessa età.

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

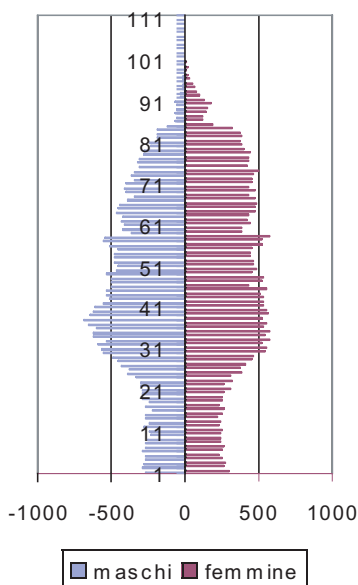
La dimensione delle piramidi è proporzionale alla dimensione complessiva della popolazione.

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

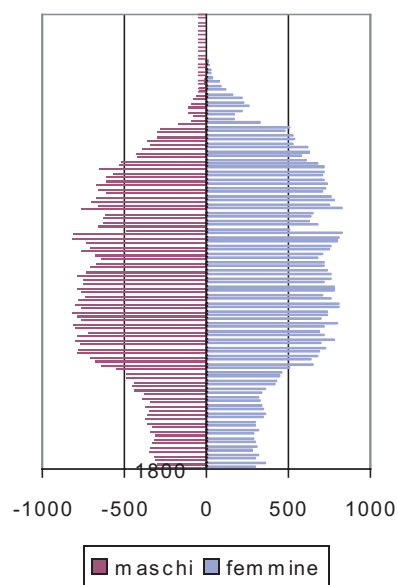
Centro Nord



Ovest



Sud Est



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

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

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

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

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

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

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

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

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

INDICATORI DEL MOVIMENTO DEMOGRAFICO NEL 2003

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

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

n.d.: non disponibile

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

**Osservatorio provinciale immigrazione - report 2003

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

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

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

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

LA STRUTTURA DELLE FAMIGLIE

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

Fonte: ISTAT - Censimento 2001

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

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

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

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

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

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

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

La capacità di assistenza e cura

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

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

CENSIMENTO 1999 ISTAT DELLE ISTITUZIONI NO-PROFIT

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

Fonte: ISTAT, 1999

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

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

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

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

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

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

2.3. IL CONTESTO SOCIO-ECONOMICO

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

Fonte: ISTAT Censimento 2001

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: ISTAT

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

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

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

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

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

Stili di vita e mortalità fumo e alcol correlata

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RAPPORTO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ¹⁰ (2003)

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

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

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

PRIME 10 CAUSE DI MORTE NELLA POPOLAZIONE TOTALE NEL 2003

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

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

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

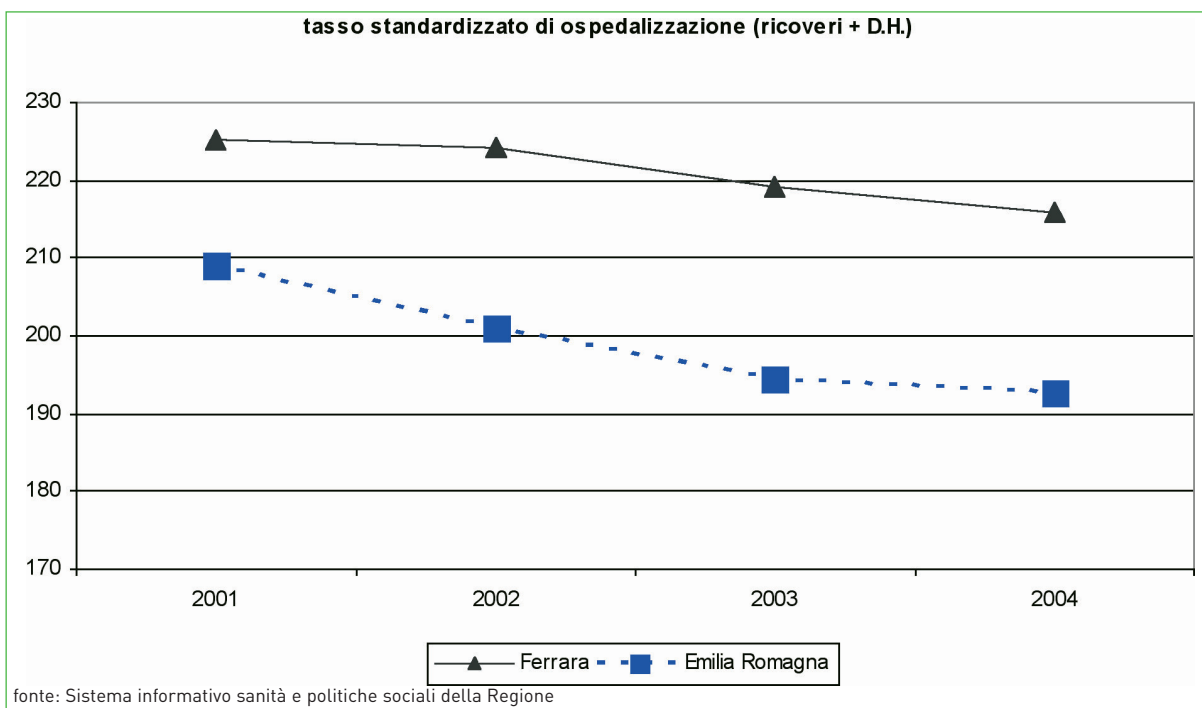
2.6. INFORMAZIONI GENERALI SULLO STATO DI SALUTE DESUMIBILI DAI RICOVERI 2004

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

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

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

¹¹ Mortalità generale: mortalità per tutte le cause



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

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

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

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

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

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

¹² SDO: schede di dimissione ospedaliera

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.7.1. Le malattie del sistema circolatorio

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

¹⁴ BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

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

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

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

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

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

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

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

PERSONE CON MALATTIE CRONICHE DICHIARATE (ogni 1.000 persone)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TASSI DI INTERVENTO PER RIVASCOLARIZZAZIONE CORONARICA NEL 2004*

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

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

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

NUMERO DI PAZIENTI CONTROLLATI PER TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE NEL 2004*

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

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

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

¹⁶ **DRG, in italiano ROD**: Raggruppamenti omogenei di diagnosi. È un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali, che attualmente viene utilizzato anche in Italia come base per il finanziamento delle Aziende Ospedaliere. Tale sistema si basa su alcune informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

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

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

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

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

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

Disturbi circolatori dell'encefalo

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

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

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

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

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

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

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER CEREBROPATIE VASCOLARI NEL 2004*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• Ipercolesterolemia LDL

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

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

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

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

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

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

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

• Diabete mellito

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

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

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

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

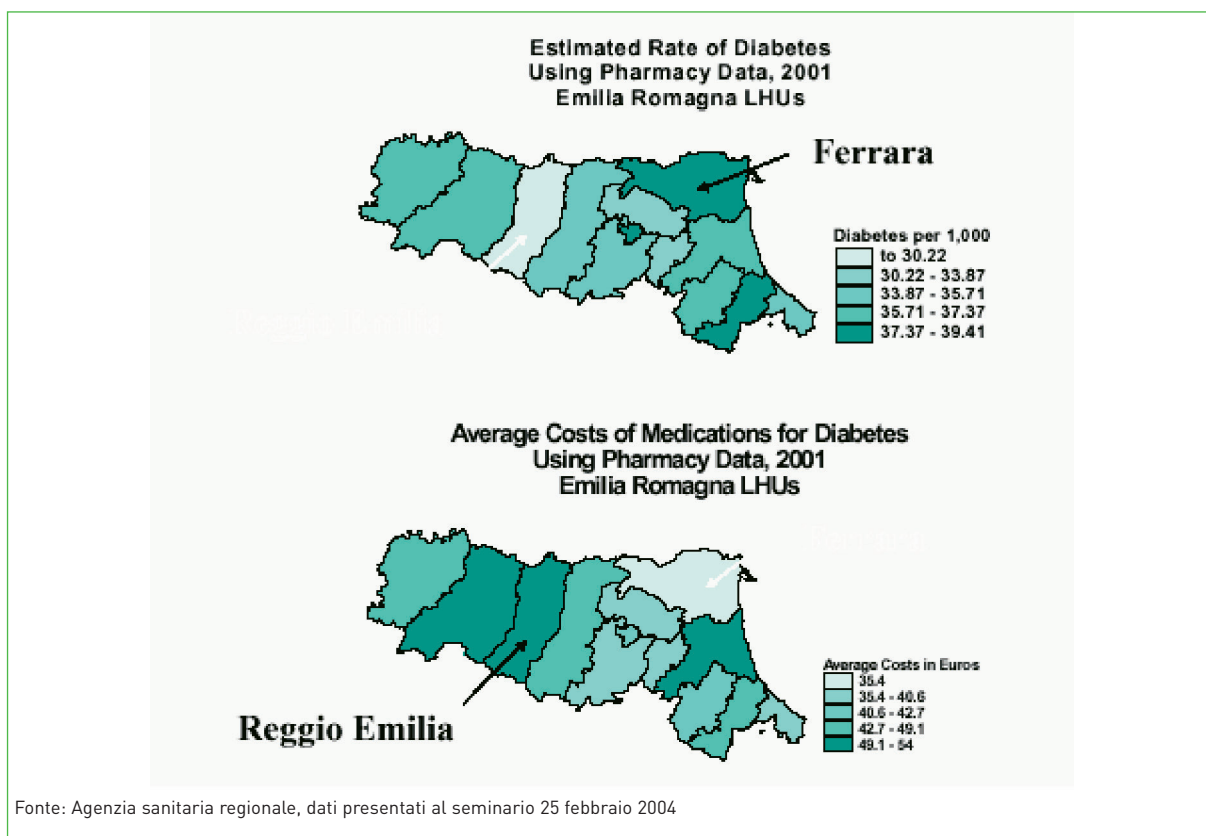
L'intenso lavoro svolto, di concerto tra medici di medicina generale e centri antidiabetici, è sfociato nella costruzione di un **registro di patologia alimentato dai dati provenienti da tutti i Centri Antidiabete e dal personale sanitario che assiste pazienti diabetici**.

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

¹⁷ Prevalenza: numero di persone affette da una malattia.

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

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



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

2.7.2. I TUMORI

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

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

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

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

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

In linea generale possono essere distinti quattro gruppi di tumori:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Prevenzione

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

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

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

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

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

2. Diagnosi precoce

Il razionale degli screening oncologici è basato sulle seguenti considerazioni:

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

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

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

3. Diagnosi e terapia

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

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

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

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

4. Cure palliative

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

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

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

INDICATORI DELL'ASSISTENZA PALLIATIVA NELL'ANNO 2004

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

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

2.7.3. Le malattie respiratorie e il tumore del polmone

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

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

Il tumore del polmone

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁰ ivi

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

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

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

Malattie respiratorie

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

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

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

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

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

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

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

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA NEL 2004*

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

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

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

2.7.4. Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Incidenti domestici

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.8. I BISOGNI COMPLESSI

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

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

2.8.1. La salute degli immigrati stranieri

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁶Stranieri ricoverati per mille stranieri residenti.

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

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

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

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

2.8.2. La salute delle donne

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

²⁷ IVG: interruzione volontaria di gravidanza.

²⁸ Rapporto di abortività: IVG/nati+IVG.

NASCITE E INTERRUZIONI DI GRAVIDANZA (2004)

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

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

ALTRI INDICATORI SULLA SALUTE RIPRODUTTIVA FEMMINILE (2004)

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

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

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

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

ADESIONE AGLI SCREENING PER I TUMORI FEMMINILI

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

Fonte: Report regionale 2004 sugli screening

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

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

³⁰ Rapporto di abortività: IVG/nati+IVG.

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



- inferiore alla media aziendale
- superiore alla media fino al 50%
- superiore alla media dal 50 al 60%
- superiore alla media oltre il 60%

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

2.8.3. La salute dei bambini

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

INDICATORI DI SALUTE DEI BAMBINI

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

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

2.8.4. La salute degli anziani

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La frequenza di malattia negli anziani

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

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

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

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

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

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

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

duto più di una volta; il 59% delle persone riferisce di essere caduto in casa; il 41% è caduto fuori casa: nel 4% dei casi la caduta è stata causata da investimento. Tra le persone cadute in età anziana, il 22% è stato ricoverato per le conseguenze riportate.

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

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

Le disabilità negli anziani che portano alla perdita di autonomia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La dipendenza e la necessità di assistenza

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

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

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

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

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

ALCUNI DATI SULL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NEL 2004

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

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

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

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

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

Chi cura gli anziani non autosufficienti?

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

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

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

³⁴ ADI: assistenza domiciliare integrata.

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

3. LA COMUNICAZIONE VERSO I CITTADINI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. IL PIANO PER LA SALUTE

AZIONI 2005

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

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

□ Distretto Centro Nord:

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

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

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

□ Distretto Sud Est:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

□ **Distretto Centro Nord:**

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

¹ NPEE: Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva.

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

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

□ Distretto Ovest:

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

□ Distretto Sud Est:

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

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

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

□ **Distretto Centro Nord:**

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

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

□ Distretto Ovest:

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

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

□ Distretto Sud Est:

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

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

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

□ **Distretto Centro Nord:**

- diffusione e promozione dei Centri di disassuefazione al tabagismo:
 - ◊ promozione e informazione mirata;
 - ◊ monitoraggio delle attività dei Centri;
- realizzazione di iniziative educative nelle scuole del territorio:
 - ◊ prosecuzione ed estensione dei sottoprogetti nelle scuole di diverso ordine e grado, attraverso interventi validati e condivisi a livello regionale (*Lasciateci puliti, Si sta meglio a non fumare, Una scuola libera dal fumo, Smoke free class competition*);
 - ◊ messa in atto di azioni per la realizzazione del programma regionale Infanzia a colori, e realizzazione di un corso di formazione sulla *peer education*;
 - ◊ organizzazione della *Giornata Mondiale Senza Fumo di Tabacco* il 31 maggio;
- studio sui fattori di rischio per cancro al polmone (e linfoma di Hodgkin) nel Comune di Ferrara:
 - ◊ realizzazione di uno studio epidemiologico sulla residenza come fattore di rischio.

□ **Distretto Ovest:**

- diffusione e promozione dei Centri di disassuefazione al tabagismo:

- ◇ promozione e informazione mirata;
- ◇ monitoraggio delle attività dei Centri;
- adesione degli operatori dei Nuclei Cure Primarie al progetto *Disassuefazione tabagismo*:
 - ◇ formazione di secondo livello per medici di medicina generale su tecniche di *co-counseling* per la disassuefazione al fumo;
 - ◇ valutazione ed estensione dell'esperienza;
- realizzazione di iniziative educative nelle scuole del territorio:
 - ◇ prosecuzione ed estensione dei sottoprogetti nelle scuole di diverso ordine e grado, attraverso interventi validati e condivisi a livello regionale (*Lasciateci puliti, Si sta meglio a non fumare, Una scuola libera dal fumo, Smoke free class competition*);
 - ◇ messa in atto di azioni per la realizzazione del programma regionale Infanzia a colori, e realizzazione di un corso di formazione sulla *peer education*;
 - ◇ organizzazione della *Giornata Mondiale Senza Fumo di Tabacco* il 31 maggio.

□ Distretto Sud Est:

- diffusione e promozione dei Centri di disassuefazione al tabagismo:
 - ◇ promozione e informazione mirata;
 - ◇ monitoraggio delle attività dei Centri;
- adesione degli operatori dei Nuclei Cure Primarie al progetto *Disassuefazione tabagismo*:
 - ◇ formazione di secondo livello per medici di medicina generale su tecniche di *co-counseling* per la disassuefazione al fumo;
 - ◇ valutazione ed estensione dell'esperienza;
- realizzazione di iniziative educative nelle scuole del territorio:
 - ◇ prosecuzione ed estensione dei sottoprogetti nelle scuole di diverso ordine e grado, attraverso interventi validati e condivisi a livello regionale (*Lasciateci puliti, Si sta meglio a non fumare, Una scuola libera dal fumo, Smoke free class competition*);
 - ◇ messa in atto di azioni per la realizzazione del programma regionale Infanzia a colori e realizzazione di un corso di formazione sulla *peer education*;
 - ◇ organizzazione della *Giornata Mondiale Senza Fumo di Tabacco* il 31 maggio.

Nuove piste per i piani per la Salute

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

La valutazione distrettuale

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

L'integrazione tra Piani

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

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

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

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

La riprogettazione triennio 2006-2008

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

1. Profilo di salute orientato

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

2. Indagine sugli stili di vita

Indagine su campione significativo della popolazione della provincia.

3. Spazio itinerante

Interviste alla popolazione.

4. Interviste a interlocutori privilegiati

5. I SERVIZI PRESENTI NEL DISTRETTO

5.1. LE CURE PRIMARIE

Sono organizzate nel Dipartimento di Cure Primarie, struttura istituita nell'agosto 2004. All'interno del dipartimento sono presenti tre unità operative:

- Unità Operativa Nuclei di Cure Primarie e Assistenza Domiciliare Integrata;
- Unità Operativa 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 servizi:

- 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 di base;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza protesica e integrativa;
- servizi per l'accesso;
- programmi di prevenzione e di assistenza definiti a livello aziendale.

La popolazione che afferisce al Dipartimento Cure Primarie nell'anno 2004 è confrontata con l'anno 2003.

CONFRONTO POPOLAZIONE TARGET 31-12-2003/31-12-2004					
		Anno 2003	Percentuale	Anno 2004	Percentuale
Popolazione	totale	175.845	100	176.307	100
	≥ 75 anni	22.195	12,62	22.591	12,81
	≥ 65 anni	44.784	25,47	46.619	26,44
	0-17	20.497	11,66	19.434	11,02

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

PRINCIPALI FORME DI ESENZIONE								
	Distretto Centro Nord 2004		Distretto Centro Nord 2003		Azienda USL 2004		Azienda USL 2003	
		%		%		%		%
Esenzioni per patologia Totali	57.645	32,7	48.783	27,7	111.836	32,0	93.991	27
Esenzioni per diabete	8.771	5,0	8.531	4,8	17.126	4,9	15.892	4,5
Esenzioni per ipertensione	20.328	11,5	22.083	12,5	39.419	11,3	40.750	11,7
Esenzioni per neoplasie	4.435	2,5	3.953	2,2	8.146	2,3	7.023	2
Esenzioni per invalidità civile	10.821	6,1	10.784	6,13	19.693	5,6	19.481	5,6
Esenzione per malattie rare	479	0,3	384	0,2	959	0,3	781	0,2
Autorizzazioni protesi ausili	4.073	7,0%	3.788	2,15	7258	4,1	6.661	1,91

I dati sull'esenzione per invalidità civile nel 2004 sono sovrapponibili a quelli del 2003, mentre le autorizzazioni di protesi e ausili presentano un lieve incremento.

Nell'anno 2004 i pazienti esenti per patologia sono aumentati del 15%.

Un modesto incremento sul dato distrettuale e provinciale si osserva anche sulle esenzioni per diabete e per neoplasie; relativamente alle esenzioni per ipertensione si osserva una flessione, più modesta a livello aziendale, più marcata a livello del Distretto Centro Nord.

5.1.1. I Nuclei di Cure Primarie

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

Per sostenere il ruolo strategico del medico di medicina generale, nell'Unità Operativa sono stati attribuiti due incarichi di responsabile di moduli organizzativi ad altrettanti medici di medicina generale. Inoltre, i coordinatori dei Nuclei Cure Primarie (che sono stati riconfermati nel 2004), stanno orientando la loro attività verso azioni di governo clinico, promuovendo all'interno dei gruppi di riferimento interventi tesi a migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure attraverso *audit* clinici strutturati, come è avvenuto per il diabete e l'ipertensione.

I NUCLEI DELLE CURE PRIMARIE SONO I SEGUENTI:		
NUCLEI DELLE CURE PRIMARIE	POPOLAZIONE ASSISTITA	
Area Centro Città:	Ferrara 1	21.635
Area Centro Città:	Ferrara 2	17.301
Area Centro Città:	Ferrara 3	14.724
Area Centro Città:	Ferrara 4	11.577
Area Centro Città:	Ferrara 5	16.520
Area di : Gaibanella - Marrara . - S. Martino San Bartolomeo - Fossanova San Marco		10.550
Area di: San Giorgio - Quacchio - Pontegradella		7.961
Area di: Pontelagoscuro - Barco - Francolino		12.427
Area di: Baura/Denore - Quartesana - Masi Torello - Voghiera		12.374
Area di: Copparo - Berra - Ro - Formignana - Iolanda di Savoia Tresigallo		35.923

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

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

La mappa delle associazioni presenti nel Distretto è di quattro Medicine di Gruppo a Ferrara, tre Medicine in Rete (di cui due nell'area di Copparo e una che comprende i Comuni di Masi Torello e Voghiera), sei associazioni (di cui cinque a Ferrara e una che comprende i Comuni di Copparo e Berra e Iolanda di Savoia).

Presso le Medicine di Gruppo di Ferrara sono attivi tre punti prelievi decentrati, rispettivamente a Pontelagoscuro, in via Mentessi e in corso Isonzo.

Presso l'ambulatorio di un medico di medicina generale di una delle reti di Copparo è attivo un punto prelievi decentrato (a Iolanda di Savoia).

A supporto dei Nuclei Cure Primarie, per garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e nei giorni prefestivi e festivi sono garantiti quattro punti di continuità assistenziale (Guardia Medica): a Ferrara in via Gandini, a Copparo in via Roma, a Berra in via Bellaria e a Tresigallo in Piazzale Forlanini. L'attività dei medici di continuità assistenziale (C.A.) di Ferrara è stata di 9.557 visite domiciliari, 6.629 ambulatoriali e 9.784 consigli telefonici; a Copparo il numero di consigli telefonici è stato pari a 1.124, quello delle visite domiciliari è stato 7.157 e 943 quello delle ambulatoriali.

ATTIVITÀ DELLA GUARDIA MEDICA			
	ANNO 2003	ANNO 2004	Percentuale
Visite domiciliari		16.714	
Visite ambulatoriali		7.572	
TOTALE VISITE	21.851	24.286	+11 %
TOTALE CONSIGLI TELEFONICI	12.506	10.908	-13 %

Per quanto concerne il livello complessivo di attività, si evidenzia un incremento delle visite del 2004 rispetto al 2003 (+11%) e un calo dei consigli telefonici (-13%); l'analisi delle visite domiciliari e ambulatoriali effettuate, in media per ciascun turno di guardia, da ognuno dei Punti di Continuità Assistenziale, è riportata nella tabella sottostante:

SEDE	Numero medio di visite per turno
Ferrara*	27
Poggio Renatico**	4
Copparo	7
Berra	3
Tresigallo	5

* I Medici di C.A. presenti per turno sono mediamente tre
 ** Nel 2004 il Punto di C.A. di Poggio Renatico era accorpato al Distretto Centro Nord

Per rappresentare la percezione dei servizi erogati nell'ambito delle Cure Primarie, 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
Medici di medicina generale	3
Pediatri di Libera Scelta	0
Medici di Continuità Assistenziale	9
Infermieri ADI	0

TAB. 1 A

CONSUMI INERENTI L'ATTIVITÀ SANITARIA EROGATA NEI COMUNI DEL DISTRETTO CENTRO NORD									
Provincia Berra Copparo Formignana Iolanda Ro Tresigallo NCP									
Prestazioni di cardiologia									
tasso di consumo	325,84	430,65	395,65	421,33	376,59	236,96	430,85	82,01	
tasso di mobilità	18,8	32,83	10,92	8,63	10,61	18,84	7,22	14,84	
Prestazioni specialistiche per cataratta									
tasso di consumo	9,2	8,25	12,32	15,18	8,49	11,47	9,12	10,81	
tasso di mobilità	1	1,76	0,28	0,35	0,3	0,55	0,42	0,61	
Risonanza magnetica									
tasso di consumo	49,78	53,9	47,71	54,87	56,7	35,76	66,07	52,50	
tasso di mobilità	13,29	20,01	16,35	12,8	14,86	22,11	10,41	16,09	
Spesa farmaceutica pro capite	113,36								118,39
Spesa farmaci apparato cardiocircolatorio	51,64								50,17
ADI	10,6	15,1	19,65	9,66	12,13	26,48	9,77	17,00	
Esenzione per invalidità	61,75	109,38	94,69	79,37	101,27	107,29	79,03	95,56	
Malattie Rare	2,89	3,34	2,24	1,73	2,43	2,46	2,12	2,39	
Esenzione per patologia	315,73	395,01	395,43	335,40	351,73	446,36	288,51	378,72	
Autorizzazioni protesica	20,92476	21,59	25,09	24,84	18,80	21,29	26,56	23,82	
I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti									

TAB. 1 B

	Provincia	Ferrara	Masi Torello	Voghiera	media NCP Ferrara - Masi Torello - Voghiera*
Prestazioni di cardiologia					
tasso di consumo	325,84	246,45	255,63	404,94	
tasso di mobilità	18,8	13,84	5,1	14,78	
Prestazioni specialistiche per cataratta					
tasso di consumo	9,2	10,29	8,92	10,45	
tasso di mobilità	1	0,35	0,85	0,00	
Risonanza magnetica					
tasso di consumo	49,78	56,04	53,93	44,09	
tasso di mobilità	13,29	12,9	10,19	9,17	
Spesa farmaceutica pro capite	113,36				112,23
Spesa farmaci app. cardiocircolatorio	51,64				53,77
ADI	10,6	9,06	13,16	14,27	
Esenzione per invalidità	61,75	56,89	55,20	76,96	
Malattie Rare	2,89	2,90	3,40	3,06	
Esenzione per patologia	315,73	308,89	287,90	336,39	
Autorizzazioni protesica	20,92	20,86	16,14	15,29	
I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti					
* i dati relativi alla spesa farmaceutica sono calcolati per NCP e non per Comune					

I dati di consumo inerenti l'attività sanitaria erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Distretto Centro Nord sono disponibili per Comune: nel caso dell'area di Copparo, dove esiste un unico Nucleo di Cure Primarie che comprende tutti i sei Comuni, i dati ad essi relativi coincidono con l'attività dello stesso Nucleo di Cure Primarie.

Per l'area di Ferrara, la presenza di più Nuclei di Cure Primarie all'interno dello stesso Comune, non consente, per il momento, una valutazione dell'attività per Nucleo di Cure Primarie, con la sola eccezione della spesa farmaceutica.

I dati sono raccolti in due tipologie di tabelle: nelle tabelle 1 (A e B) sono riportati i tassi per 1.000 abitanti relativamente ad alcune prestazioni specialistiche, all'assistenza domiciliare, alle esenzioni e agli ausili protesici, nonché la spesa farmaceutica pro capite.

Per quanto riguarda il Nucleo Cure Primarie di Copparo, il tasso di consumo nei diversi settori analizzati appare superiore al dato provinciale, mentre è notevolmente contenuto il ricorso alla mobilità per le prestazioni di cardiologia ed oculistica.

Relativamente all'area di Ferrara, si evincono in generale un consumo ed un ricorso alla mobilità abbastanza contenuti, fatta eccezione per il consumo di prestazioni di cardiologia ed il rilascio di esenzioni per il comune di Voghiera. In merito all'attività di assistenza domiciliare, il ricorso ad essa è notevolmente superiore alla media provin-

ziale nel Nucleo Cure Primarie di Copparo e di Masi Torello e Voghiera, mentre è basso a Ferrara. Infine, il compartimento prescrittivo farmaceutico è caratterizzato da una spesa pro capite superiore alla media provinciale a Copparo ed inferiore a Ferrara; il contrario si nota per la spesa riguardante i farmaci dell'apparato cardiocircolatorio.

TAB. 2 A

TASSI DI RICOVERO E DI MOBILITÀ NEI COMUNI DEL DISTRETTO PER SPECIALITÀ								
	Provincia	Berra	Copparo	Formignana	Iolanda	Ro	Tresigallo	NCP
Tasso di Ospedalizzazione								
tasso di ricovero	226,02	237,89	223,58	212,56	249,24	211,3	221,16	225,96
tasso di mobilità	39,31	70,58	25,53	23,12	33,05	34,67	19,76	34,45
Cardiologia								
tasso di ricovero	20,17	16,68	19,37	16,91	20,32	21,29	19,33	18,98
tasso di mobilità	2,68	7,02	3,02	1,73	1,21	2,46	1,06	2,75
Pneumologia								
tasso di ricovero	12,52	8,25	10,86	10,35	12,13	11,19	10,83	10,60
tasso di mobilità	1,20	2,28	0,45	1,38	0,30	0,00	0,64	0,84
Chirurgia Generale								
tasso di ricovero	26,33	24,58	28,22	27,95	36,08	27,57	34,84	29,87
tasso di mobilità	4,52	7,37	1,85	1,38	4,24	4,37	1,49	3,45
Ortopedia								
tasso di ricovero	23,32	20,19	25,42	30,37	25,17	15,83	29,53	24,42
tasso di mobilità	8,09	18,08	6,66	4,83	6,37	9,01	4,25	8,20
Urologia								
tasso di ricovero	13,07	9,83	15,62	6,56	20,92	12,29	15,30	13,42
tasso di mobilità	2,61	7,20	1,57	3,11	5,15	2,73	1,49	3,54
Ostetricia e Ginecologia								
tasso di ricovero	21,14	17,56	24,13	25,53	30,02	20,75	20,61	23,10
tasso di mobilità	3,97	6,85	2,97	2,07	1,21	2,18	1,49	2,80
Oncologia								
tasso di ricovero	26,47	24,93	28,89	23,12	38,20	24,57	34,42	29,02
tasso di mobilità	4,44	9,48	2,02	2,07	5,15	3,82	1,70	4,04
Gastroenterologia								
tasso di ricovero	16,45	18,26	17,30	11,39	18,50	16,65	16,36	16,41
tasso di mobilità	2,44	3,69	1,34	0,35	1,82	0,82	0,64	1,44
Day Hospital								
tasso di ricovero	27,97	27,04	30,24	25,53	32,75	21,84	34,84	28,71
tasso di mobilità	4,35	5,79	2,41	2,42	4,55	2,73	1,06	3,16
Day Surgery								
tasso di ricovero	30,41	27,74	37,40	41,75	44,27	33,03	38,24	37,07
tasso di mobilità	5,51	14,04	2,80	2,76	4,85	4,91	1,06	5,07

I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti

TAB. 2 B

	Provincia	Ferrara	Masi Torello	Voghiera
Tasso Ospedalizzazione				
tasso di ricovero	226,02	245,94	202,12	200,56
tasso di mobilità	39,31	35,65	16,99	17,58
Cardiologia				
tasso di ricovero	20,17	23,99	14,01	18,60
tasso di mobilità	2,68	2,46	0,85	1,02
Pneumologia				
tasso di ricovero	12,52	14,41	13,59	13,76
tasso di mobilità	1,20	0,94	0,00	0,25
Chirurgia Generale				
tasso di ricovero	26,33	27,60	34,39	29,82
tasso di mobilità	4,52	4,06	2,55	1,53
Ortopedia				
tasso di ricovero	23,32	25,67	17,83	24,21
tasso di mobilità	8,09	7,64	3,40	5,35
Urologia				
tasso di ricovero	13,07	13,51	14,44	10,70
tasso di mobilità	2,61	2,32	0,00	1,02
Ostetricia Ginecologia				
tasso di ricovero	21,14	21,00	20,81	21,41
tasso di mobilità	3,97	3,47	2,55	1,53
Oncologia				
tasso di ricovero	26,47	30,02	28,87	24,72
tasso di mobilità	4,44	3,97	2,97	0,51
Gastroenterologia				
tasso di ricovero	16,45	19,89	19,96	15,04
tasso di mobilità	2,44	2,50	2,12	1,02
Day Hospital				
tasso di ricovero	27,97	34,30	26,75	22,43
tasso di mobilità	4,35	3,81	1,70	1,53
Day Surgery				
tasso di ricovero	30,41	30,23	35,24	30,58
tasso di mobilità	5,51	3,68	5,10	2,80
I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti				

Passando ad analizzare le tabelle 2 (A e B), che riportano i tassi di ospedalizzazione per mille, si può notare come a Ferrara siano elevati sia quello generale che quelli delle singole branche, mentre nei comuni di Masi Torello e Voghiera il tasso generale è notevolmente più basso.

Il Nucleo Cure Primarie di Copparo presenta tassi di ospedalizzazione contenuti e un basso ricorso alla mobilità passiva, fatta eccezione per il territorio di Berra.

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta

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

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

PAZIENTI DIABETICI ASSISTITI DAI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (2004)			
DISTRETTO CENTRO NORD			
Nuclei Cure Primarie	DIABETICI DOMICILIARI	DIABETICI AMBULATORIALI	TOTALE
FERRARA 1	24	272	296
FERRARA 2	23	270	293
FERRARA 3	27	262	289
FERRARA 4	7	157	164
FERRARA 5	25	151	176
S. GIORGIO	9	94	103
PONTELAGOSCURO	33	274	307
S. BARTOLOMEO	15	194	209
MASI TORELLO	31	347	378
COPPARO	136	1.149	1.285
TOTALE	330	3.170	3.500

Nuclei Cure Primarie	ESENTI IPERTENSIONE	ASSISTITI 2004	PERCENTUALE
FERRARA 1	2.599	21.635	12
FERRARA 2	2.212	17.301	13
FERRARA 3	1.522	14.724	10
FERRARA 4	1.313	11.577	11
FERRARA 5	1.796	16.520	11
S. GIORGIO	807	7.961	10
PONTELAGOSCURO	1.490	12.427	12
S. BARTOLOMEO	1.168	10.550	11
MASI TORELLO	1.557	12.374	13
COPPARO	5.864	35.923	16
TOTALE	20.328	160.992	13

Sempre con riferimento al *Progetto Assistenziale Ipertensione*, per quanto riguarda la terapia farmacologica è possibile valutare tra i diversi Nuclei di Cure Primarie il consumo di risorse destinate alle rispettive popolazioni di utenti mediante un parametro numerico chiamato "spesa media per Dose Definita Die (al giorno)":

DOSI TERAPEUTICHE GIORNALIERE ANTIPERTENSIVI PER I NUCLEI DI CURE PRIMARIE		
NCP	2° trimestre 2004	3° trimestre 2004
FERRARA 1	0,51	0,50
FERRARA 2	0,51	0,51
FERRARA 3	0,50	0,49
FERRARA 4	0,53	0,54
FERRARA 5	0,52	0,52
S. GIORGIO	0,51	0,50
PONTELAGOSCURO	0,51	0,50
S. BARTOLOMEO	0,51	0,50
MASI TORELLO	0,50	0,48
COPPARO	0,51	0,48
MEDIA AZIENDALE		
TOTALE	0,51	0,50

Si può notare come, nonostante la diffusione e la condivisione di linee guida terapeutiche omogenee per il trattamento farmacologico dell'ipertensione, permangono ancora differenze evidenti, significative di costi medi e consumi diversi anche in territori limitrofi.

I medici di medicina generale hanno contribuito in modo sostanziale al raggiungimento dei risultati della campagna antinfluenzale relativi alla nostra Azienda, cioè la copertura del 71% degli ultrasessantacinquenni.

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

I pediatri di libera scelta sono responsabili della salute dei bambini di età dai 0 ai 14 anni, e sono referenti diretti per tutti i problemi di salute che li riguardano, con competenze in ambito preventivo, diagnostico e terapeutico. Provvedono alle cure di base del bambino e garantiscono livelli uniformi di assistenza con particolare attenzione alle fasce deboli della popolazione, coordinandosi con la Pediatria di Comunità, la Neuropsichiatria Infantile e il Servizio Sociale del Distretto; attuano la presa in carico del neonato sano dimesso precocemente e partecipano, dove ve ne siano le condizioni, all'esecuzione di interventi di prevenzione primaria.

I pediatri di libera scelta, in applicazione dell'accordo regionale, si sono impegnati sulla continuità dell'assistenza al bambino con malattia cronica e a rischio socio-sanitario, integrandosi con i pediatri di comunità e i pediatri ospedalieri. È stato prima condiviso, poi applicato, un protocollo di assistenza del bambino diabetico che ha visto coinvolti pediatri di libera scelta, pediatri di comunità, Assistenza Domiciliare Integrata, l'associazione delle famiglie dei bambini diabetici e la Divisione di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara.

I Pediatri sono stati coinvolti all'interno dei Piani per la Salute nel progetto *Sostegno ai genitori nella cura dei figli* per quanto riguarda la promozione dell'allattamento materno e nel progetto *Nati per leggere* (vedi oltre).

Risultati 2004

Nel corso del 2004 sono stati implementati i progetti assistenziali relativi a ipertensione arteriosa e diabete, parte integrante dell'Accordo con i medici di medicina generale. Si è messo a punto un sistema di rilevazione dei dati di assistenza ai pazienti diabetici, in collaborazione con il coordinamento dei CAD¹, che tende a superare la criticità, limitata all'ambito territoriale di Ferrara, dovuta al ridotto numero di pazienti dimessi dal relativo Centro Diabetologico per essere affidati al medico curante.

I medici di medicina generale hanno partecipato attivamente alla campagna antinfluenzale, integrandosi con gli altri Servizi coinvolti.

Per facilitare la domiciliarità del paziente oncologico, è stato concordato un percorso specifico per la dimissione dall'Unità Operativa di oncologia dell'Azienda Ospedaliera, e si è realizzato un incremento nel numero della presa in carico dei pazienti più complessi (ADI 3° livello).

All'interno di un programma di sviluppo dell'associazionismo medico, per migliorare la qualità dell'assistenza è stata realizzata a Ferrara una nuova Associazione di medici nell'area di Porotto, e sono stati attivati due posti letto di osservazione presso la Medicina di Gruppo di Pontelagoscuro. Per potenziare l'offerta di servizi, e in particolare per realizzare nel 2005 il progetto di cardiologia nelle medicine di gruppo, nel 2004 è stata effettuata la formazione degli operatori coinvolti e sono state reperite le risorse strumentali ed infermieristiche necessarie all'attuazione del progetto.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

I Coordinatori dei Nuclei delle Cure Primarie sono stati solo parzialmente coinvolti nelle azioni di governo clinico volte ad implementare e verificare i percorsi di miglioramento della qualità assistenziale e di appropriatezza di utilizzo delle risorse. L'applicazione del nuovo accordo prevede un maggior coinvolgimento dei Coordinatori, anche in ragione del fatto che sono stati individuati, nella nuova organizzazione del Dipartimento di Cure Primarie, i Responsabili dei moduli Nuclei Cure Primarie tra i medici di medicina generale.

La difficoltà a sperimentare operativamente modelli di integrazione multi professionali all'interno dei Nuclei delle Cure Primarie (medici – infermieri – ostetriche – assistenti sociali) è stata in parte superata a Copparo, dove è stato istituito un modello di integrazione tra diverse professionalità sanitarie; permane da definire l'inserimento della figura sociale. Tale criticità troverà risposta nel 2005, in quanto verrà realizzata una formazione comune integrata fra infermieri, assistenti sociali e medici di medicina generale coordinatori di Nuclei Cure Primarie.

La realizzazione di una pediatria di gruppo a Ferrara e lo sviluppo di una telemedicina nelle due reti a Copparo sono stati rinviati al 2005 a causa di problematiche strutturali e tecnologiche.

Tra gli obiettivi dell'accordo dei medici di medicina generale, vi è la prosecuzione e verifica dei progetti assistenziali, già implementati nel 2004. I medici di famiglia continueranno ad assistere i pazienti ipertesi e con fattori di rischio cardiovascolare e i pazienti diabetici secondo i protocolli concordati con gli specialisti, seguendo le linee gui-

¹ CAD: Centri Anti Diabete.

da prodotte da commissioni tecniche multiprofessionali validate dall'Azienda per assicurare maggiori livelli di appropriatezza. Di particolare interesse è l'*audit* sull'uso delle statine che si realizzerà in ogni Nucleo di Cure Primarie, come "formazione sul campo" e che prevede un'analisi del lavoro prodotto da un'apposita commissione tecnica.

Anche per quanto attiene le artroreumopatie, il medico di famiglia avrà a disposizione linee guida per una appropriata gestione farmacologica del paziente.

Verrà promossa anche nell'anno 2005 la campagna di vaccinazioni antinfluenzali, con particolare attenzione agli anziani e ai malati cronici, per avvicinarsi all'obiettivo indicato dalla Regione e pari al 75% degli ultrasessantacinquenni.

Nel 2005 ancora maggiore attenzione verrà posta a quelle attività che favoriscono e semplificano i percorsi di cura dei cittadini. Fra questi, particolare interesse rivestono i progetti di telecardiologia e del cardiologo nelle medicine di gruppo.

Nel primo caso, il medico di famiglia nel suo studio effettua un elettrocardiogramma che verrà refertato dallo specialista collegato per via informatica alla rete aziendale. In questo modo è possibile controllare le richieste direttamente da parte del medico curante e favorire il ricorso a visite specialistiche solo nei casi di effettiva necessità.

Nel secondo caso, lo specialista cardiologo effettua le visite agli assistiti presso le medicine di gruppo. Il rapporto professionale fra il medico di medicina generale e lo specialista migliora l'appropriatezza delle richieste sia per visite che per esami successivi di approfondimento, e agevola i pazienti. Sia il primo che il secondo progetto hanno anche l'obiettivo di limitare il numero delle visite cardiologiche di cui siamo fra i massimi consumatori, rendere più appropriata la richiesta, e intervenire sui tempi di attesa per prestazioni cardiologiche. Le Medicine di Rete di Copparo aderiscono al primo progetto, le medicine di gruppo di Ferrara aderiscono al secondo.

Un altro obiettivo di grande interesse per gli assistiti è il progetto rivolto ai pazienti in terapia anticoagulante orale (TAO). Attualmente la gestione dei pazienti TAO è suddivisa fra i medici di medicina generale e i centri per la coagulazione presenti presso l'Azienda Ospedaliera e i presidi territoriali. Ciò comporta, per i pazienti, disagi che possono essere superati modificando l'organizzazione e prevedendo una presa in carico completa da parte del medico di medicina generale, dopo la necessaria fase di stabilizzazione gestita dai centri specialistici. La gestione da parte del medico di famiglia garantisce, attraverso una migliore conoscenza del paziente, un miglior controllo della cura e una semplificazione dei percorsi.

Un obiettivo che sarà perseguito nel 2005 è la realizzazione di un protocollo di collaborazione fra il Dipartimento di Salute Mentale e i medici di medicina generale. Costituisce il livello locale di un progetto regionale che ha come obiettivo la gestione del paziente con patologie psichiatriche minori da parte del medico di medicina generale. Si tratta anche in questo caso della necessità di ricondurre a unità le cure per pazienti che esprimono necessità complesse, ma affrontabili dal medico curante con l'apporto degli specialisti del Dipartimento di Salute Mentale. Di fatto molti medici di medicina generale trattano già pazienti con lievi disturbi psichiatrici; il progetto prevede di migliorare la qualità dei trattamenti attraverso la consulenza strutturata dei professionisti del Dipartimento di Salute Mentale. Il vantaggio per il paziente risiede nella possibilità di ricevere cure e prestazioni adeguate al di fuori dei Servizi di Salute Mentale,

generalmente strutturati per affrontare patologie più complesse, e di potersi rivolgere al proprio medico come per una qualunque altra patologia.

Nell'ambito del nuovo modello organizzativo del Dipartimento di Cure Primarie, l'anno 2005 servirà per definire il ruolo dei medici di medicina generale responsabili dei moduli organizzativi aziendali in rapporto ai medici strutturati e ai coordinatori dei nuclei di cure primarie, attraverso incontri specifici di approfondimento.

Al fine di migliorare l'integrazione pluriprofessionale, nell'ambito di un Nucleo di Cure Primarie verrà definito un protocollo per favorire l'integrazione fra infermiere domiciliare e assistente sociale. Per facilitare il cambiamento è stato predisposto un corso di formazione apposito rivolto a infermieri, assistenti sociali e coordinatori Nuclei di Cure Primarie.

In via sperimentale, a Copparo nell'anno 2005 verrà attivato un ambulatorio di reumatologia dedicato ai casi di *Early Artritis* aderendo ad un progetto proposto dalla reumatologia dell'Azienda Ospedaliera che mira ad una diagnosi e trattamento precoce delle artriti per ridurre le complicanze. Attraverso la collaborazione con i medici di medicina generale sarà predisposto un percorso per l'invio dei pazienti e realizzata una formazione specifica.

All'interno del Dipartimento di Cure Primarie il medico di medicina generale è coinvolto in azioni volte al miglioramento del governo clinico. Per tale motivo, attraverso il ruolo dei coordinatori di Nuclei di Cure Primarie e i responsabili di modulo, i medici di alcuni Nuclei di Cure Primarie dovranno analizzare l'appropriatezza prescrittiva nella diagnostica di laboratorio e per immagini, in relazione agli elevati consumi.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI OBIETTIVI 2005

Numero obiettivo	Titolo dell'obiettivo	
1	Prosecuzione del progetto assistenziale ipertensione e rischio cardiovascolare e realizzazione di un <i>audit</i> sulle statine.	Obiettivo trasversale
2	Prosecuzione del progetto assistenziale diabete.	Obiettivo trasversale
3	Promozione delle vaccinazioni antinfluenzali.	Obiettivo trasversale
4	Progetto di telecardiologia e del cardiologo nelle medicine di gruppo.	Obiettivo trasversale
5	Definizione del ruolo dei medici di medicina generale responsabili dei moduli organizzativi aziendali.	Obiettivo trasversale
6	Progetto rivolto ai pazienti in terapia anticoagulante orale per la presa in carico da parte del medico di medicina generale.	Obiettivo distrettuale
7	Attivazione di un ambulatorio di reumatologia dedicato ai casi di <i>Early Artritis</i> a Copparo.	Obiettivo distrettuale
8	Definizione di un percorso di integrazione tra infermiere domiciliare e assistente sociale nell'ambito di alcuni NCP.	Obiettivo distrettuale
9	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva nella diagnostica di laboratorio e per immagini in alcuni NCP con elevati consumi.	Obiettivo distrettuale
10	Gestione del paziente con patologie psichiatriche minori da parte del medico di medicina generale in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale.	Obiettivo trasversale

5.1.2. Le cure domiciliari

Parte integrante dell'attività dei NCP è l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Le tabelle riepilogano la tipologia di assistenza domiciliare per Comune di residenza e livello di intensità e mettono a confronto i dati dell'anno 2003 con l'anno 2004:

ASSISTITI DISTRETTO CENTRO NORD PER COMUNE									
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA DOMICILIARE E LIVELLO ASSISTENZIALE (2003)									
Comuni	Tad MMG				Tot. TAD MMG	TAD Inf.	TAD Spec. E Vol.	TAD Sociale	Totale
	Liv. 1	Liv.2	Liv.3	ADP ²					
FERRARA	318	122	96	421	957	1.969	164	28	3.118
MASI TORELLO	12	3	3	9	27	25	0	0	52
VOGHIERA	25	8	5	12	50	23	0	6	79
BERRA	25	11	2	27	65	92			157
COPPARO	81	39	33	153	306	229		4	539
FORMIGNANA	8	1	4	4	17	39			56
JOLANDA DI SAVOIA	16	5	4	18	43	41	1		85
RO	36	23	7	16	82	68			150
TRESIGALLO	3	4	2	18	27	67		2	96
Non residenti nel territorio	0	0	0	0	0	15	0	1	16
Totale Anno 2003	524	216	156	678	1.574	2.568	165	41	4.348

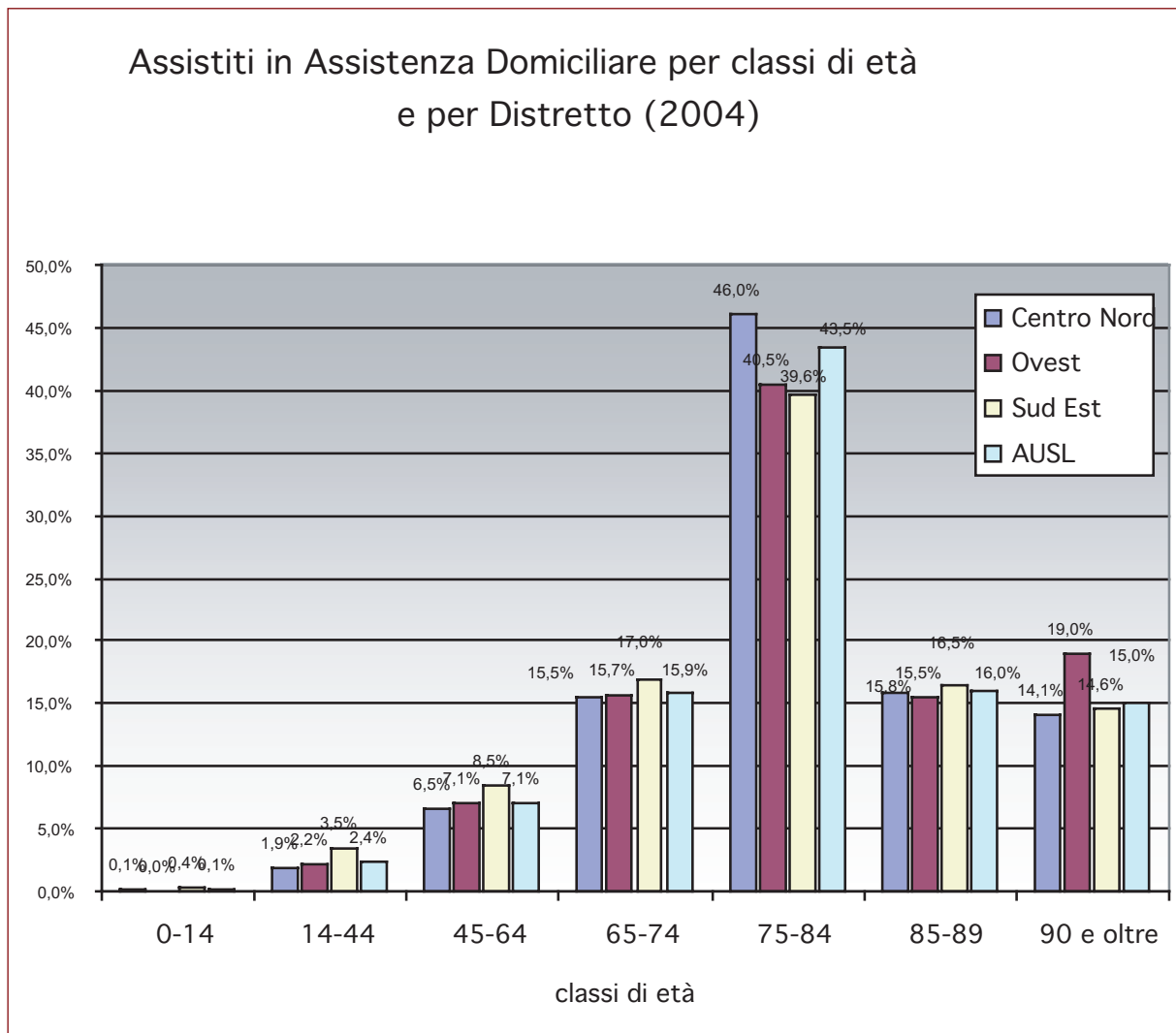
ASSISTITI DISTRETTO CENTRO NORD PER COMUNE									
TIPOLOGIA DI ASSISTENZA DOMICILIARE E LIVELLO ASSISTENZIALE (2004)									
Tipologia di Ass. Domiciliare medici di medicina generale									
Comuni	Tipologia di Ass. Domiciliare medici di medicina generale				Tot. TAD MMG	TAD Inf.	TAD Spec. E Vol.	TAD Sociale	Totale
	Liv. 1	Liv.2	Liv.3	ADP					
Ferrara	360	112	88	451	1.011	2.065	184	34	3.294
Masi Torello	10	3	6	11	30	22	1		53
Voghiera	27	8	6	15	56	34		5	95
Berra	35	10	7	34	86	102		1	189
Copparo	101	41	37	169	348	244	3	6	601
Formignana	11	4	7	6	28	52			80
Jolanda di Savoia	16	3	5	16	40	50			90
Ro	45	21	13	18	97	66		2	165
Tresigallo	12	7	1	25	45	74	1	1	121
Non residenti AUSL		1			1	27	3		32
Tot. Centro Nord	617	210	170	745	1.742	2.736	192	49	4.720

² ADP: Assistenza domiciliare programmata.

L'Assistenza Domiciliare Integrata nel Distretto Centro Nord è garantita nelle 12 ore diurne. Il numero dei pazienti in ADI complessivamente assistiti è aumentato rispetto al 2003: 4.720 a fronte di 4.348, con un incremento del numero di pazienti più complessi (3° livello) che sono stati 170 a fronte dei 156 dell'anno precedente.

Sono aumentate inoltre le prestazioni infermieristiche esclusive da 2.568 a 2.736.

Nel grafico sottostante sono riportati i dati dell'assistenza domiciliare 2004 per classi di età, con il confronto fra i tre Distretti dell'Azienda.



Risultati 2004

Uno degli aspetti di maggior qualità per l'assistenza domiciliare è garantire la continuità assistenziale nel passaggio dal ricovero al domicilio attraverso la dimissione protetta.

Nell'anno 2004 è stato applicato il protocollo interaziendale per la dimissione del paziente "fragile", finalizzato all'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata o all'utilizzo degli altri servizi della rete per anziani; tale protocollo interaziendale è stato esteso ai pazienti oncologici dopo averlo condiviso con l'Unità Operativa di Oncologia dell'Azienda Ospedaliera.

Nel corso del 2004 è progressivamente aumentato il numero dei pazienti segnalati dai reparti ospedalieri per l'immissione nel percorso di dimissione protetta, e sono state effettuate 789 consulenze specialistiche, richieste dal medico di medicina generale a

supporto dell'assistenza al paziente in ADI; la percentuale di pazienti in ADI 2 è stata pari allo 0,9% degli ultrasettantacinquenni e quella dei pazienti in ADI 3 è stata pari all'1,3% della stessa popolazione.

Il 2004 ha visto anche la costituzione della commissione interaziendale per la nutrizione artificiale, con compiti di elaborazione di protocolli e percorsi assistenziali e di formazione del personale dedicato e l'erogazione diretta dei farmaci necessari a oltre 200 pazienti in assistenza domiciliare.

Aree di miglioramento e obiettivi per il 2005

Il trattamento al domicilio del paziente nasce dall'esigenza di garantire la maggior parte delle prestazioni presso la sua abitazione per utilizzare al meglio il valore aggiunto dato dal contesto familiare e per favorire la *compliance* del paziente nel suo abituale ambito di vita. Talora le complicità burocratiche ostacolano i percorsi già difficili dei famigliari, soprattutto nelle richieste per l'erogazione degli ausili e presidi. Pertanto, fra gli obiettivi del 2005 vi è quello di perfezionare il percorso delle dimissioni protette, garantendo una maggiore tempestività nell'erogazione di presidi e ausili. Alla luce del nuovo modello organizzativo, e puntando a una sempre maggiore integrazione fra infermieri e medici di medicina generale, si prevede per l'anno 2005 una riorganizzazione infermieristica dell'ADI per migliorare l'efficienza del servizio. Sono state previste anche nuove funzioni di coordinamento infermieristico a parità di risorse (isorisorse) per presidiare il cambiamento.

La Commissione professionale delle Cure Domiciliari concluderà il lavoro di produzione di un protocollo aziendale per l'Assistenza Domiciliare Integrata, che dovrà rendere più omogenea sul territorio l'assistenza e migliorare la presa in carico dei pazienti e delle loro famiglie.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI OBIETTIVI 2005

Numero obiettivo	Titolo dell'obiettivo	
1	Perfezionare il percorso delle dimissioni protette, garantendo una maggiore tempestività nell'erogazione dei presidi.	Obiettivo trasversale
2	Riorganizzazione infermieristica dell'ADI per migliorare l'efficienza	Obiettivo distrettuale
3	Produzione del protocollo aziendale per l'assistenza domiciliare integrata da parte della Commissione per le Cure Domiciliari per migliorare e omogeneizzare l'assistenza.	Obiettivo trasversale

5.1.3. Le Cure Palliative

Per garantire una maggiore capacità di assicurare sul territorio livelli adeguati di assistenza a pazienti oncologici, a supporto dell'ADI ad 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 dell'ADO situato in via Veneziani, che è dotato di 12 posti letto. Nell'anno 2004 i pazienti assistiti presso l'Hospice sono stati 242, di cui 206 residenti a Ferrara e 18 residenti a Copparo, con un indice di occupazione dei posti letto pari all'88,68%.

5.1.4. L' Assistenza Specialistica Ambulatoriale

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

Il modulo della Specialistica si occupa dell'offerta di prestazioni erogate sia presso i poliambulatori territoriali, che presso gli ambulatori ospedalieri. Per quanto riguarda l'organizzazione infermieristica nel Distretto Centro Nord presso l'Ospedale di Copparo, il coordinamento di tutti gli infermieri che operano nell'attività specialistica, sia ospedalieri che territoriali, è affidato al Coordinatore Infermieristico del Dipartimento di Cure Primarie. Tale modello garantisce una maggiore efficienza nella gestione ambulatoriale.

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

Risultati anno 2004

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

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

1. 7 giorni per le urgenze;
2. 30 giorni per la 1° visita;
3. 60 giorni per la 1° prestazione di diagnostica.

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

Rispetto alle 18 prestazioni critiche che la Regione monitorizza, il Distretto Centro Nord ha presentato le maggiori inadeguatezze in: oculistica, urologia, endocrinologia, cardiologia, elettromiografia. Tale andamento è comunque in linea con l'anno 2003. Rispetto alle criticità si sono presi specifici provvedimenti, i cui effetti positivi dovrebbero trovare riscontro nel corso del 2005.

Sono stati implementati i percorsi di presa in carico dei pazienti affetti da patologie oculari croniche, con relativa riduzione del tempo di attesa per le visite di controllo per il monitoraggio della patologia, ma permangono alti i tempi di accesso alla prima visita che non hanno registrato sostanziali modifiche, in senso riduttivo, rispetto alla situazione del 2003.

Inoltre sono state intraprese azioni, cioè forniture aggiuntive di prestazioni specialistiche di endocrinologia, ecografia, diagnostica cardiologia, acquisite dalle Case di Cura Accreditate, che nel corso dell'anno hanno contenuto i tempi di attesa.

Per fornire elementi utili alla valutazione della congruità dell'offerta di prestazioni, la Regione ha rilevato i dati relativi all'indice di consumo provinciale, sempre riferibili alle 18 prestazioni monitorate, confrontandoli con quelli medi regionali.

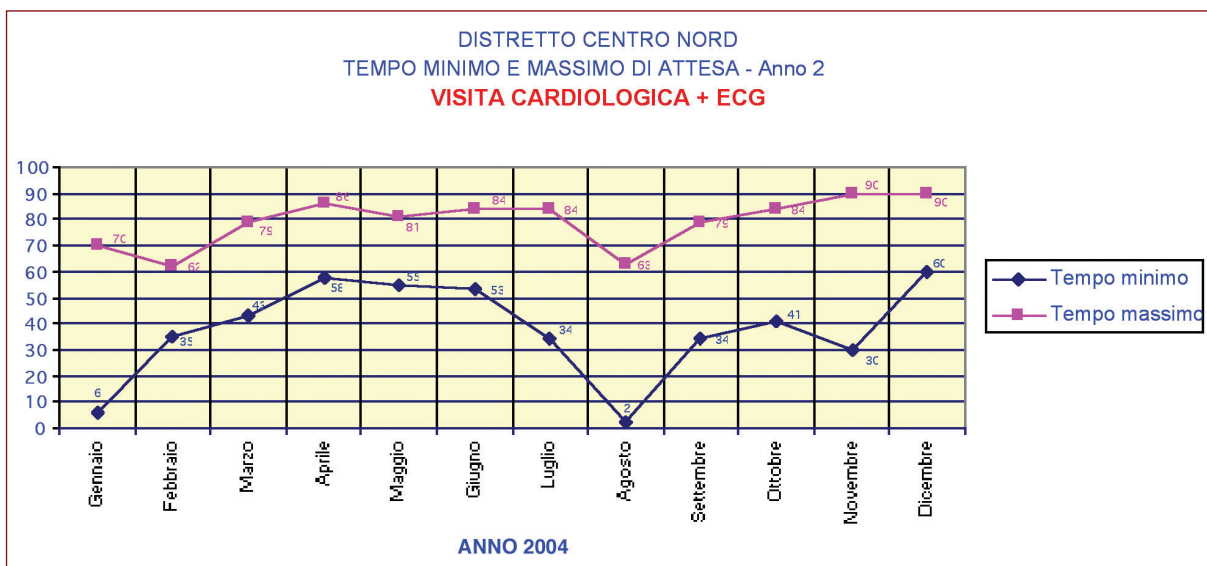
Per quanto riguarda i consumi, Ferrara con 1.639 visite per 1.000 abitanti ha il consumo più alto della provincia e della regione, Copparo con 1.539 visite per 1.000 abitanti è il quarto valore in provincia.

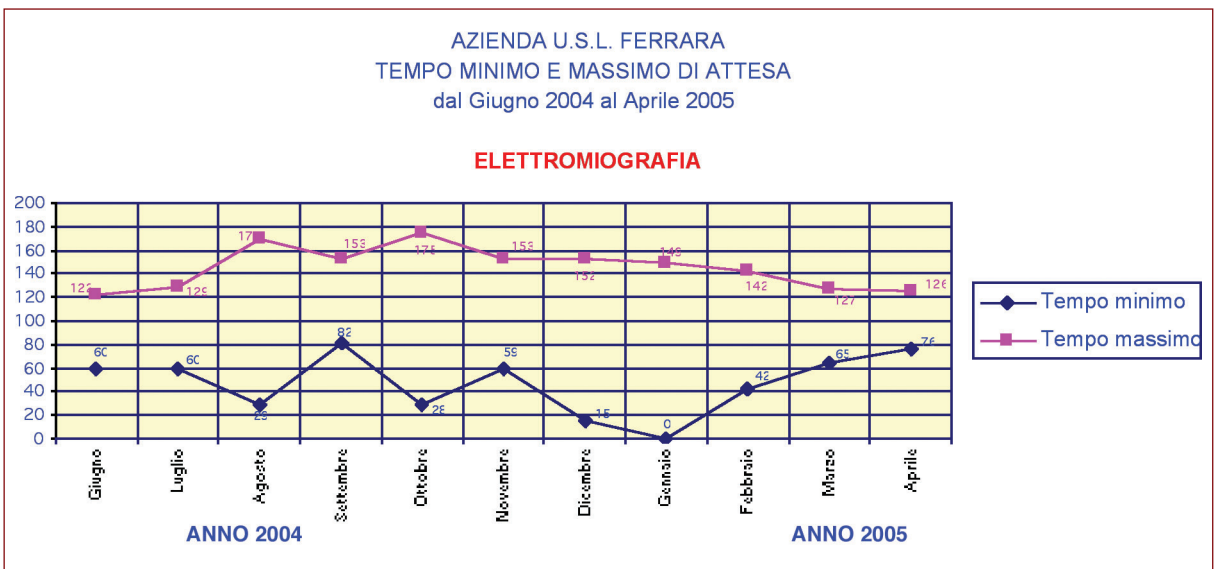
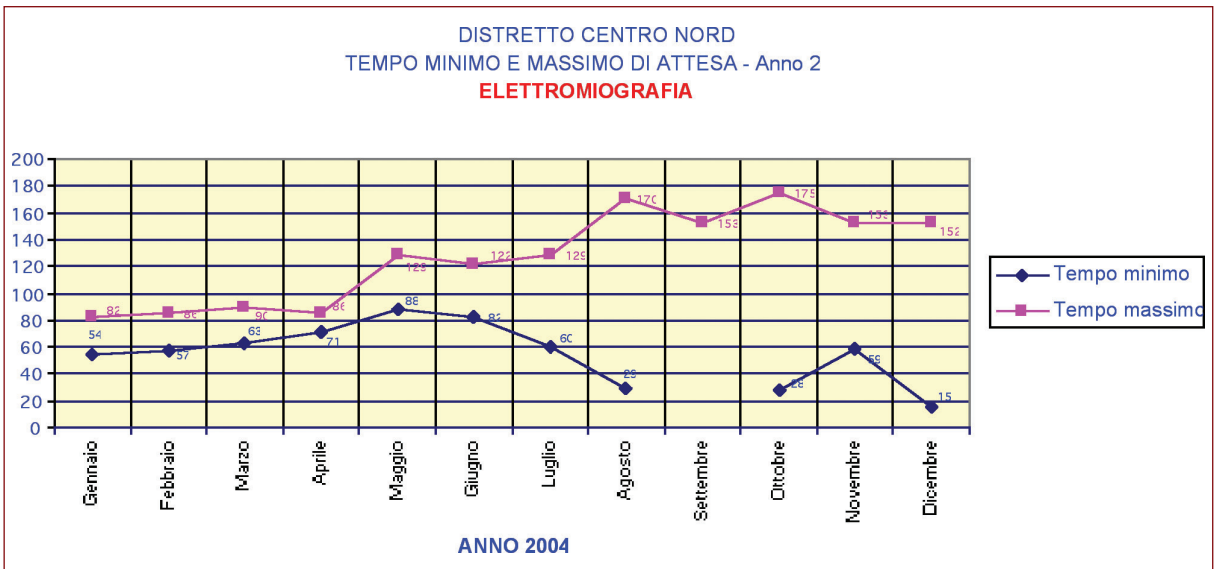
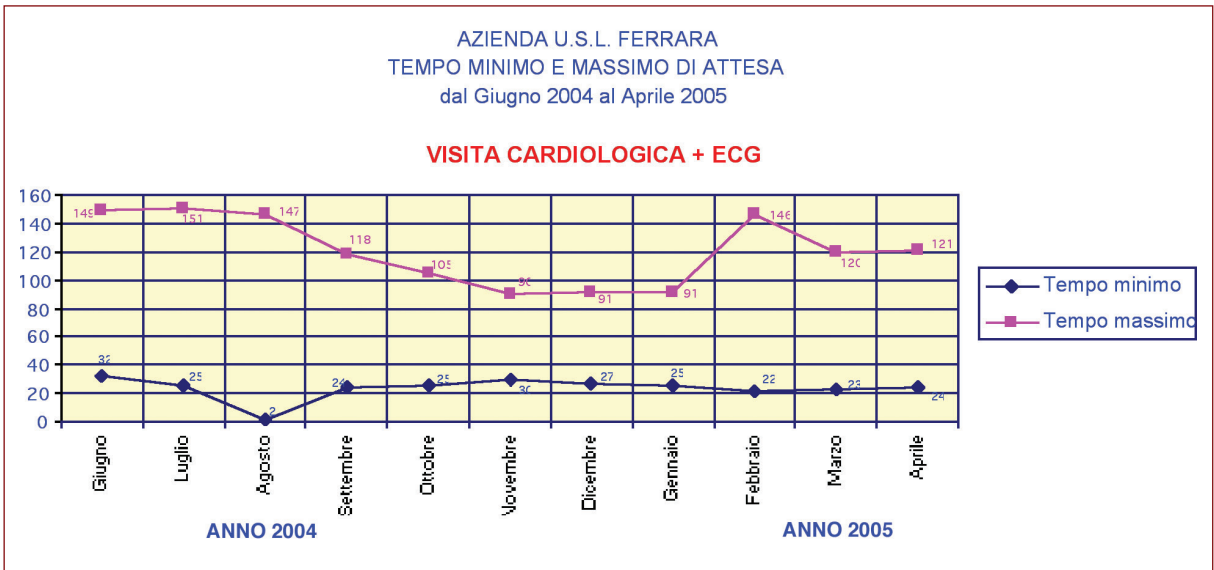
L'area di normalità di riferimento è stata calcolata tra 978 e 1.446.

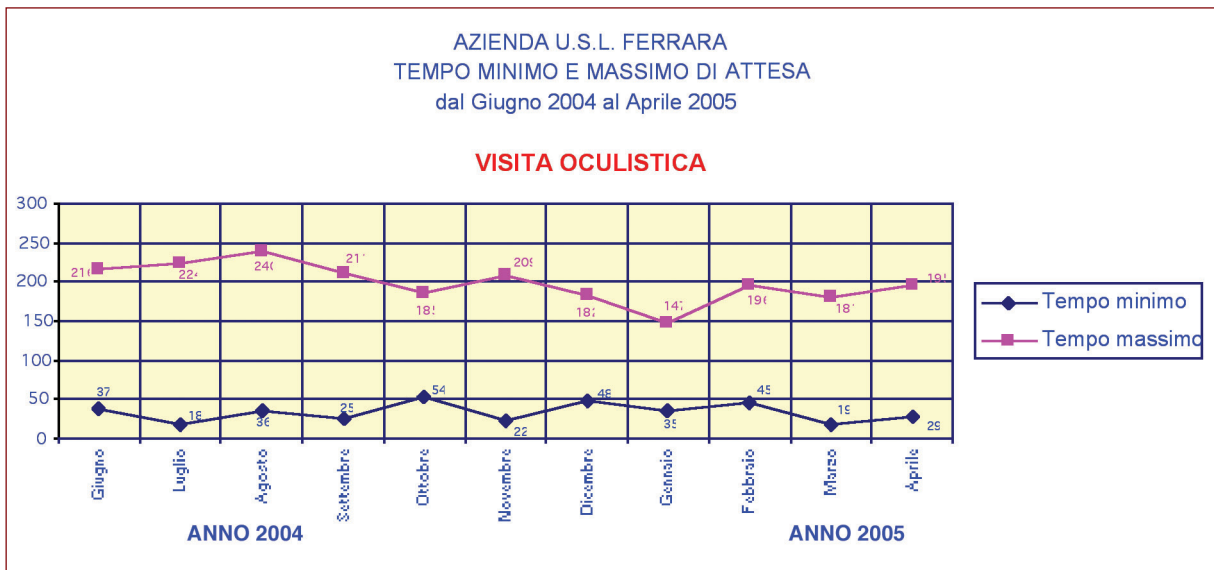
Per la diagnostica, la situazione è simile alla precedente, e il Distretto si posiziona ai primi posti in regione per l'elevato consumo: Copparo con 1.642 prestazioni per 1.000 abitanti è la prima in Regione, Ferrara con 1.456 prestazioni per 1.000 abitanti è l'ottava in Regione.

L'area della normalità è stata calcolata da 955 a 1.345.

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







Le criticità dei tempi di attesa causano difficoltà ai cittadini che si rivolgono allo Sportello Unico per prenotare visite; molto spesso questo si traduce in reclami per la difficoltà di accedere ai servizi specialistici.

Nell'anno 2004, nel Distretto Centro Nord, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha rilevato 37 reclami di cittadini riferiti al CUP.

Per ridurre la mobilità passiva dei pazienti che risiedono nei comuni di confine (Berra) sono stati presi accordi con i medici di medicina generale e lo specialista cardiologo, per attivare percorsi preferenziali per i pazienti residenti nella zona. Nel corso del 2004, circa 300 pazienti si sono rivolti al poliambulatorio di Berra per effettuare una visita cardiologica e sono stati presi in carico dal servizio quando necessario, nel rispetto dei tempi di attesa. Non essendo ancora disponibili i dati di mobilità passiva dell'anno 2004, non è stato possibile quantificare e verificare l'effetto positivo delle azioni intraprese appena descritte.

Specifici percorsi preferenziali sono stati attivati presso il poliambulatorio di Copparo per la fisiatria, con potenziamento delle prestazioni di visite e di prestazioni terapeutiche, e contenimento dei tempi di accesso per entrambe. Si auspica, anche in questo caso, conseguente riduzione della mobilità.

A Ferrara si è proceduto a perfezionare e a concludere il trasferimento dell'attività odontoiatrica di Via Cassoli in Via Montebello, sede del nuovo Centro Odontoiatrico per la prevenzione e la terapia, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera e l'Università degli Studi di Ferrara.

Il servizio è aperto dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 13.30, e vengono effettuate, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, prestazioni di odontoiatria conservativa, di endodonzia e chirurgia orale, prestazioni di ortodonzia ai minori e protesi per anziani. Vi si accede sempre e solo su appuntamento preso ai CUP, compresi quelli delle farmacie, o attraverso il Numero Verde. Nel corso del 2004 sono state erogate complessivamente un totale di circa 211.000 prestazioni di odontoiatria.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

Anche nell'anno 2005, per ridurre le criticità derivanti dai lunghi tempi di attesa, l'Azienda intende perseguire alcuni obiettivi prioritari. Nel breve/medio periodo, il contenimento dei tempi di attesa, per le prestazioni che superano la soglia stabilita di 30/60 giorni, potrebbe essere perseguito mediante un'attenta revisione e diversa articolazione delle agende di prenotazione, secondo il criterio della prima prestazione, il controllo, l'urgenza, non trascurando l'esigenza di avere nel sistema del CUP tutto ciò che è prenotabile e quindi erogabile dalle unità operative.

Un'attenta gestione delle agende di prenotazione, inoltre, evita la discontinuità nell'erogazione delle prestazioni, che si traduce, all'atto pratico, nella chiusura e/o sospensione delle agende, con gli inevitabili allungamenti del tempo di attesa, o in performance ottimali, che però non corrispondono alla reale situazione.

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

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

Verranno implementate le azioni intraprese già nel corso del 2004, riferite alla riduzione della mobilità passiva, in cardiologia e fisiatria, in particolare nei Comuni di confine (Berra), di concerto con i medici di medicina generale attraverso i responsabili dei Nuclei Cure Primarie.

Dal 1° giugno 2005 è stata avviata l'applicazione del nuovo programma regionale per l'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'odontoiatria, che prevede una "riorganizzazione dell'assistenza odontoiatrica" nell'Azienda territoriale, sulla base dell'analisi qualitativa e quantitativa dell'attività specialistica erogata, per poter garantire ai cittadini con vulnerabilità sociale e sanitaria uniformità e omogeneità dell'offerta di cure, come previsto dalla Delibera Giunta Regionale n. 2678/2004. Tale programma troverà la sua completa attivazione nell'anno 2006.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI OBIETTIVI 2005

Numero obiettivo	Titolo dell'obiettivo	
1	Separazione delle agende in prestazioni programmabili, di controllo e in urgenze per il governo dei tempi di attesa.	Obiettivo trasversale
2	Attenta gestione delle agende di prenotazione, per evitare la discontinuità nell'erogazione delle prestazioni, che si traduce, all'atto pratico, nella chiusura e/o sospensione delle agende, con gli inevitabili allungamenti del tempo di attesa.	Obiettivo trasversale
3	Implementazione del nuovo modello organizzativo di semplificazione all'accesso, finalizzato a garantire la continuità terapeutica/assistenziale e la presa in carico del paziente direttamente dall'ambulatorio specialistico.	Obiettivo trasversale
4	Introdurre azioni per migliorare l'appropriatezza prescrittiva.	Obiettivo trasversale
5	Implementazioni delle azioni, intraprese già nel corso del 2004, riferite alla riduzione della mobilità passiva in cardiologia e fisiatria, in particolare nei Comuni di confine (Berra) di concerto con i medici di medicina generale attraverso i responsabili dei Nuclei Cure Primarie.	Obiettivo trasversale
6	Applicazione del programma regionale per l'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza odontoiatrici secondo la DGR n. 2678/2004 che verrà completato nel 2006.	Obiettivo trasversale

5.1.5. L'assistenza farmaceutica

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

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

Principali attività svolte

- **Costituzione di una Commissione Terapeutica Provinciale unica** tra le due Aziende, con relativa predisposizione del Prontuario Terapeutico Provinciale, derivante dal Regionale, unico, condiviso, che accanto alla lista positiva dei farmaci contiene an-

che raccomandazioni d'impiego per aree terapeutiche con notevole impatto economico. Nella stesura di tale Prontuario, che si basa su criteri di qualità, sicurezza, efficacia, appropriatezza ed economicità, è stata valutata l'equivalenza terapeutica per alcune categorie omogenee di farmaci, propedeutica all'indizione di gara d'acquisto secondo questa modalità. Tale gara, già espletata, determinerà un notevole risparmio, su base annua, della spesa farmaceutica diretta.

- **Rafforzamento della collaborazione** tra l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda USL per mantenere e, ove, possibile potenziare, l'erogazione diretta di farmaci (E.D.) sia dopo dimissione ospedaliera che dopo prestazioni specialistiche ambulatoriali, al fine di favorire la continuità terapeutica ospedale-territorio in ambito farmaceutico, migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed annullare i comportamenti dissociati tra medicina ospedaliera e territoriale.
- **Individuazione di aree comuni di intervento** ed applicazione di un'unica strategia in campo farmacologico con le altre Direzioni coinvolte (Dipartimento Cure Primarie, Politica del Farmaco) per rendere più coerenti e sinergiche le azioni relative all'assistenza farmaceutica, come ad esempio:
 - ◇ **attivazione di Tavoli Tecnici** comuni tra medici di medicina generale e medici ospedalieri sul corretto utilizzo di farmaci e la loro verifica per quanto riguarda i farmaci cardiovascolari (statine) ed i farmaci del sistema muscolo-scheletrico;
 - ◇ **informazione e formazione** ai prescrittori (medici di medicina generale e specialisti), anche attraverso il confronto tra clinici nell'ambito di commissioni dedicate;
 - ◇ **controllo della prescrizione** dei medici di medicina generale e degli specialisti ambulatoriali.
- **Azioni di formazione ai cittadini** sul corretto uso dei farmaci, sia capillare per utenti, in ambito di erogazione diretta (mediante informazioni sulla tipologia dei farmaci prescritti, sulle loro corrette modalità di assunzione, posologia, tipo di farmaco, effetti collaterali, interazioni, eventuali incompatibilità, rimborsabilità, eventuali limitazioni di utilizzo rispetto alle note AIFA), sia mediante un progetto di educazione sanitaria aziendale, divulgato alla popolazione dall'emittente televisiva locale, sul corretto stile di vita, premessa indispensabile per procedere alle indicazioni sul corretto uso del farmaco che verrà ulteriormente sviluppato nel corso del 2005.

Farmaceutica convenzionata

In particolare nel Distretto Centro Nord, l'assistenza farmaceutica territoriale (Farmaceutica convenzionata) viene erogata da 62 farmacie convenzionate presenti nel territorio, di cui 46 nell'ex Distretto di Ferrara (Ferrara, Masi Torello, Voghiera) e 16 nell'ex Distretto di Copparo (Berra, Copparo, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro Ferrarese, Tresigallo).

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

La variazione percentuale della spesa netta aziendale nel 2004 rispetto al contro 2003 è

stata di +2,90%, a fronte di una variazione percentuale della media regionale di +5,16%. L'Azienda di Ferrara, nel 2004, si è pertanto posizionata al secondo posto tra le aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna in termini di minor incremento della spesa netta pro capite rispetto all'anno precedente, e ha conseguito l'obiettivo attribuito dalla Regione Emilia-Romagna di € 195 di spesa netta pro capite pesata, portandola a € 191,51.

Nel Distretto Centro Nord la spesa lorda pro capite per l'anno 2004 è risultata di € 217,62, a fronte di una spesa media aziendale di € 218,60, -0,44%. Si precisa che nel Distretto Ovest tale spesa è stata di € 202,89, con una variazione aziendale pari a -7,18%, e il Distretto Sud Est ha riportato una spesa lorda pro capite pari a € 231,32, con una variazione aziendale pari a +5,82%.

La variazione percentuale della Spesa Aziendale lorda nel 2004 rispetto al 2003 è stata di +4,86%, a fronte di una variazione percentuale della media regionale di +7,06%. Per il calcolo della spesa pro capite, è stato considerato il numero di abitanti del Distretto al 31/12/2004, pari a 176.307.

Nelle pagine seguenti, le figure 1 e 2 riportano lo scostamento percentuale dei Nuclei di Cure Primarie contro la media del Distretto di spesa media lorda pro capite e DDD³/1000 abitanti, e lo scostamento percentuale dei Nuclei di Cure Primarie contro la media aziendale di spesa media lorda pro capite e DDD/1000 abitanti. Le figure 3 e 4 rappresentano graficamente il diverso andamento della spesa media lorda pro capite e del consumo farmaci espresso in DDD/1000 abitanti dei Nuclei di Cure Primarie, rispettivamente riferito alla media di Distretto e alla media aziendale.

Risultati 2004

L'appropriatezza prescrittiva è stata perseguita con la predisposizione, da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti, di linee guida e protocolli terapeutici, nel rispetto dei principi di farmacoeconomia, sicurezza del farmaco, di farmaci dell'apparato muscolo-scheletrico, statine e monitorando, come obiettivo aziendale, il rispetto degli accordi sulla prescrizione di farmaci per la terapia dell'ipertensione.

Sono state inoltre effettuate analisi valutando la correttezza della prescrizione rispetto a:

- le scheda tecnica del farmaco;
- le note AIFA⁴;
- la presenza del Piano Terapeutico, dove previsto, e verifica della corretta stesura;
- le associazioni di farmaci particolari;
- le terapia a breve termine, dove è prevista una terapia cronica.

Nel Distretto Centro Nord vi sono due punti di distribuzione diretta di farmaci, rappresentati a Ferrara dalla Farmacia dell'Azienda Ospedaliera (Corso Giovecca 203), a Copparo dalla Farmacia dell'Ospedale di Copparo (via Roma 18) e a Tresigallo, presso la struttura sanitaria E. Boeri ex Ospedale (Piazzale Forlanini, 5).

Anche nelle sedi in cui non è presente la farmacia interna, provvede all'erogazione il personale farmacista assegnato alla Farmacia dell'Ospedale di Copparo.

³ DDD: Defined Daily Dose, dose definita giornaliera.

⁴ AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco.

Nell'anno 2004 è stato portato avanti l'incremento dell'erogazione diretta farmaci, in ottemperanza alla legge 405/2001;

L'erogazione diretta è stata effettuata relativamente ai farmaci prescritti dopo accesso in Day Hospital, dimissione da ricovero ospedaliero, a seguito di visita specialistica ambulatoriale, farmaci dell'Allegato 2 della legge 405/2001, oltre che a pazienti residenti in strutture residenziali e semiresidenziali, a pazienti in ADI 1 e 2, a pazienti affetti da patologie croniche in terapia con farmaci soggetti a Piano Terapeutico. Nel Distretto Centro Nord l'erogazione diretta ha consentito un risparmio sulla farmaceutica convenzionata pari a € 12.419.514, pari al 62,2% del risparmio provinciale (€ 19.965.816).

È comunque necessario considerare che al risparmio del Distretto Centro Nord ha contribuito in maniera determinante (€ 10.233.472, pari al 51,2% del risparmio provinciale) l'Azienda Ospedaliera, che eroga farmaci a cittadini residenti anche in altri Distretti.

Per una dettagliata consultazione si allegano le relative tabelle 1 e 2.

Nel 2004 è stata attivata nel Distretto Centro Nord la distribuzione diretta ADI 1, che insieme all'ADI 2 viene erogata dalla Farmacia Interna di Copparo.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

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

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

Anche rispetto all'erogazione diretta dei farmaci, il Distretto Centro Nord intende promuoverla, soprattutto per alcuni farmaci in cui è prevista la duplice via di distribuzione (biclutamide ed eparine) e all'interno di strutture residenziali ancora non coinvolte dal progetto aziendale. Un esempio è il Centro Handicap di Jolanda di Savoia.

Verrà proseguita la distribuzione dei farmaci ai pazienti in assistenza domiciliare secondo le modalità concordate, cercando di limitare gli ostacoli organizzativi.

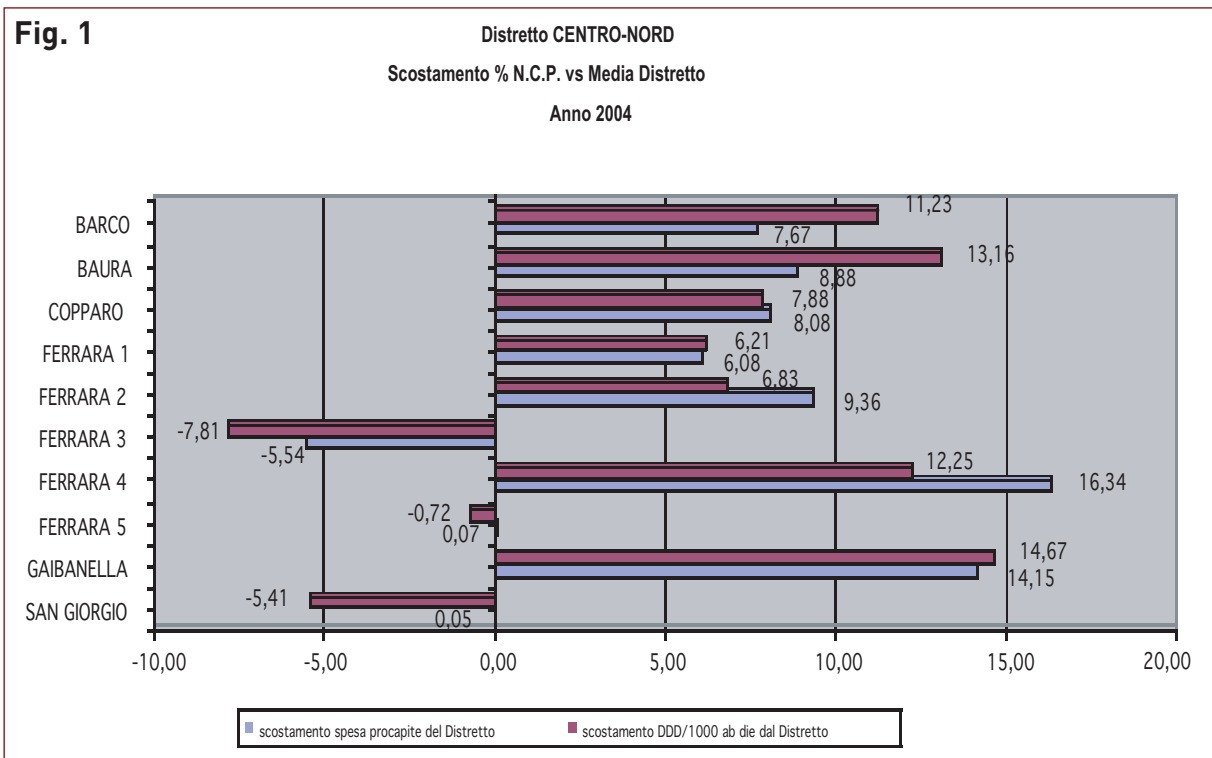


Fig.1 - Dall'istogramma si evidenzia che i nuclei Ferrara 3, Ferrara 5 e San Giorgio hanno una spesa media pro capite lorda inferiore alla media distrettuale, ma solo il nucleo Ferrara 3 presenta uno scostamento significativo in termine di DDD prescritte.

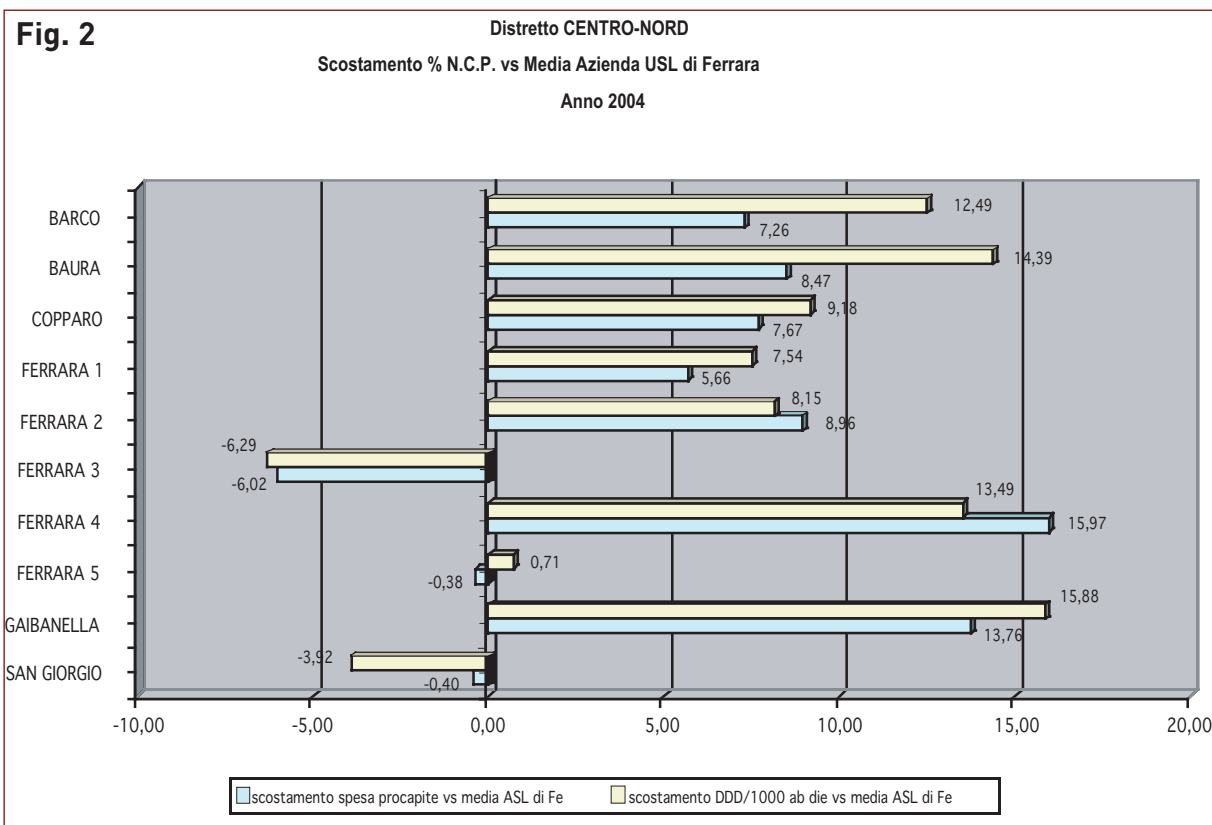
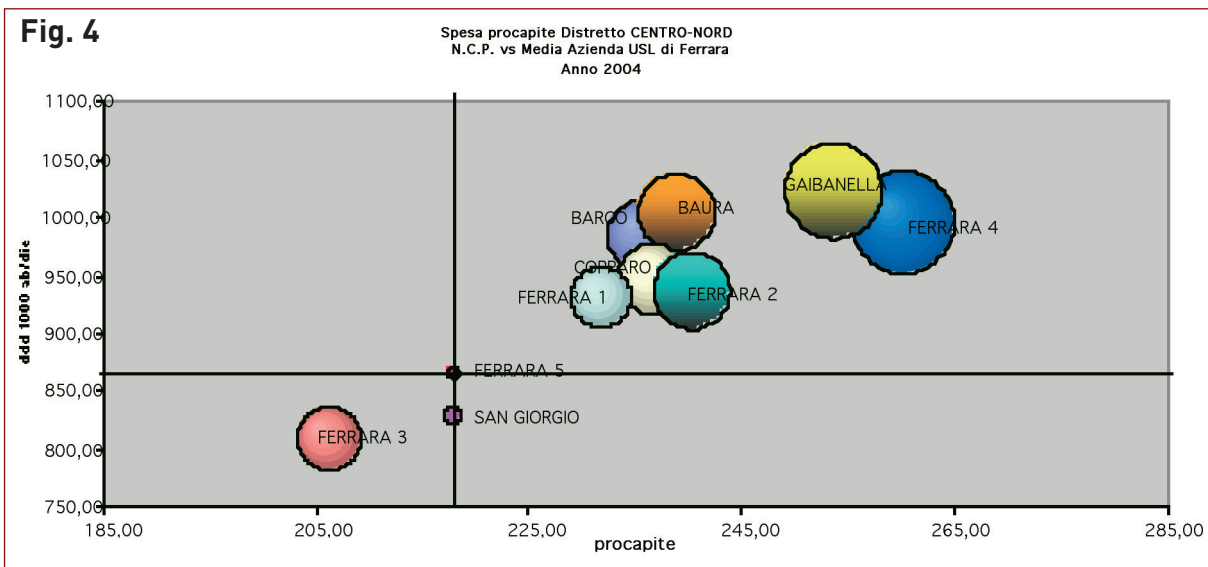
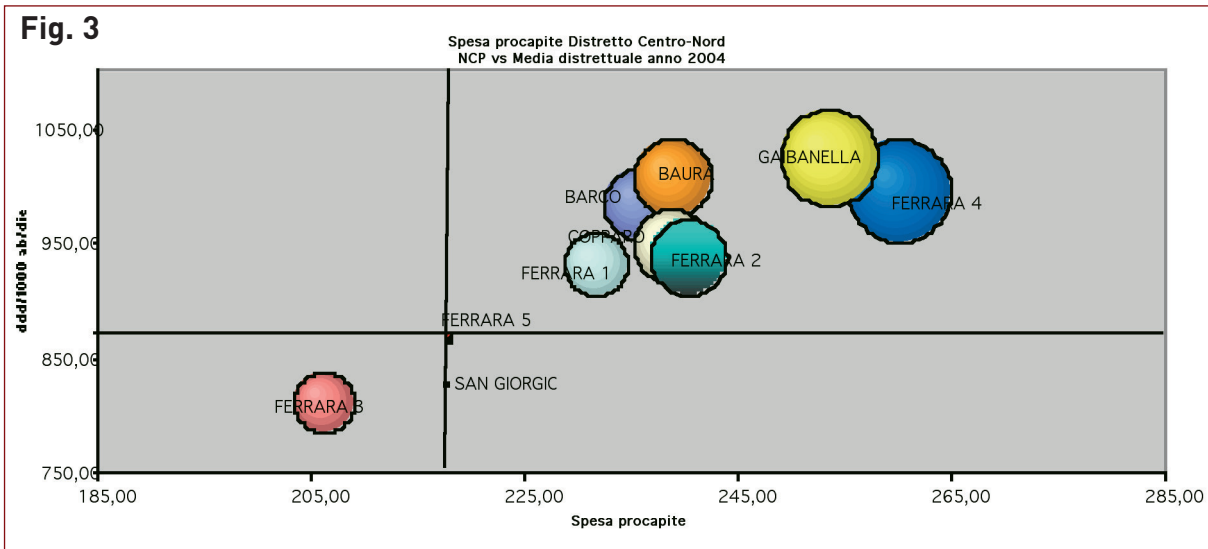


Fig. 2 - Al pari della Fig.1, anche in questo istogramma si evidenzia che solo i nuclei Ferrara 3, Ferrara 5 e San Giorgio hanno una spesa media pro capite lorda inferiore alla media aziendale; rispetto alle DDD Ferrara 3 e San Giorgio presentano uno scostamento significativo, mentre Ferrara 5 ha un lieve incremento positivo.



Le Fig. 3 e 4 rappresentano graficamente l'andamento diverso della spesa media lorda pro capite e del consumo farmaci espresso in DDD/1.000 abitanti dei Nuclei Cure Primarie, rispettivamente rispetto alla media di Distretto ed alla media aziendale. In sintesi le posizioni nel quadrante superiore destro significano maggiori consumi e spesa, mentre il posizionamento in basso a sinistra rispecchia le condizioni più efficienti rispetto al valore medio considerato.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI OBIETTIVI 2005

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

5.1.6. Il Consultorio Familiare e lo Spazio Giovani

Popolazione target: popolazione femminile dai 14 ai 65 anni

Territorio di Ferrara: 56.586 Territorio di Copparo: 12.323

Dal 2005 le attività del consultorio comprendono il Comune di Voghiera, mentre i Comuni Poggio Renatico e Vigarano Mainarda sono passati al Distretto Ovest.

DATI DI ATTIVITÀ DEL 2003 E CONFRONTO CON IL 2004**PERCORSO NASCITA**

	2003	2004
Donne in gravidanza prese in carico*	782	858
Ecografie ostetriche	2.610	3.014
Corsi di accompagnamento alla nascita	44	47
Numero donne in gravidanza partecipanti ai corsi	488	546
Assistenza al puerperio	289	301
Sostegno all'allattamento	827	829
	su 1.200 nati nel punto nascita di riferimento	su 1.346 nati nel punto nascita di riferimento

*Di cui 110 (nel 2003) e 160 (nel 2004) provenienti da paesi a sviluppo non avanzato

DIAGNOSI PRECOCE TUMORI CERVIC E COLLO DELL'UTERO

	2003	2004
Pap-Test eseguiti	13.356	15.765
di cui per screening	7.975	9.346
indice di adesione allo screening	60%	64%*

*Dato di difficile definizione per le caratteristiche del programma

ATTIVITÀ SPECIALISTICA GINECOLOGICA

	2003	2004
Visita ginecologica	6.525	5.227
Ecografie ginecologiche	1.473	1.511
Colposcopie	154	106
Contraccezione	1.703	1.732
Certificazioni IVG	274	292

ASSISTENZA PSICOLOGICA

	2003	2004
Assistiti seguiti (inviati dal consultorio)	230	In attesa di rilevazione

**ASSISTENZA ALLA MENOPAUSA (NELL'AMBULATORIO INTEGRATO
SALUTE DONNA-CENTRO UNIVERSITARIO)**

	2003	2004
Numero accessi	1.804	1.897

Nel 2004 è stata attivata la seconda fase del *Progetto Menopausa*, che prevede la valorizzazione del momento informativo rivolto alla popolazione attraverso la messa a punto di strumenti (brochure, riunioni a piccoli gruppi) in collaborazione con le orga-

⁵ IVG: Interruzione Volontaria di Gravidanza.

nizzazioni femminili del territorio, e finalizzati alla modifica degli stili di vita per un'azione più efficace di prevenzione nei confronti dei rischi menopausali (osteoporotico, urogenitale, cardiovascolare, metabolico-nutrizionale).

Nel 2005 prosegue l'attività con il progetto *InFormaDonna*, che affronta i seguenti argomenti: l'apparato riproduttivo femminile, la menopausa, le vampate di calore, la terapia ormonale sostitutiva, la menopausa e la sessualità, il peso e massa corporea, l'osteoporosi, la densitometria ossea, il calcio e osteoporosi, la prevenzione dell'osteoporosi, la prevenzione delle fratture nella donna già osteoporotica.

Come nel precedente anno, si è verificato un aumento della domanda dell'utenza dedicata alla gravidanza (assistenza ambulatoriale, ecografie ostetriche, corsi di accompagnamento alla nascita, sostegno all'allattamento).

Questo ha comportato un aumento di attività del percorso nascita a scapito di interventi sul percorso ginecologico, tranne per lo screening, che ha visto un incremento. L'attività del *Progetto Menopausa* è aumentata negli interventi di formazione e di assistenza all'educazione del perineo.

Risultati 2004

Nell'ambito del *Progetto Menopausa*, iniziato a gennaio 2003 attraverso una integrazione tra Salute Donna e il Centro Universitario per lo Studio della Menopausa e dell'osteoporosi, sono stati attuati, nel 2003, 1.804 accessi per visite ginecologiche e consulenze rivolte a donne tra i 45 ai 55 anni per problematiche menopausali.

Tale progetto, che vede coinvolti operatori dell'Azienda USL e Universitari, ha registrato a tutto il 2004 un numero di accessi pari a 1.897 visite, consulenze e trattamento terapeutico per menopausa e osteoporosi.

È stata inoltre portata avanti la seconda fase del progetto, attraverso una serie di incontri con le organizzazioni femminili rappresentative del territorio ferrarese (UDI, Centro Donna e Giustizia, SPI-CGIL, ANDOS, CIF, Telefono Verde, SOS Sanità, Donne Europee) nell'ambito di un progetto pilota che rende possibile l'apertura di tre punti *InFormaDonna* a livello del territorio ferrarese dedicati all'informazione ed educazione sanitaria rivolta alla popolazione femminile sulle tematiche relative alla menopausa ed alla terza età.

Questa seconda fase del progetto si concluderà nel primo semestre 2005. A sostegno dell'attività del Centro Menopausa, è attivo un ambulatorio di rieducazione del pavimento pelvico per le donne che presentano disturbi di incontinenza urinaria; l'ambulatorio gestito da personale ostetrico addestrato alla "chinesi terapia" del pavimento pelvico ha registrato, nel 2004, 180 sedute di ginnastica pelvica rivolte a donne in menopausa con notevole incremento rispetto al 2003, anno di inizio della sperimentazione (66 sedute).

Nell'ambito della psicologia consultoriale, sono stati formalizzati alcuni percorsi tra Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento di Cure Primarie, attraverso la definizione di un protocollo di gestione integrato tra il Servizio Salute Donna e la Psicologia Clinica Consultoriale. All'interno della progettazione dei Piani per la Salute, è stata realizzata una convenzione fra l'Azienda USL e l'Associazione Donna Giustizia di Ferrara. Infatti, per facilitare i percorsi sanitari alle donne rappresentate dal Centro Don-

na Giustizia è stato siglato un protocollo d'intesa che prevede, tra l'altro, accessi programmati per l'attività ginecologica presso gli ambulatori di via Boschetto. L'anno 2004 ha visto un incremento dell'attività relativa al percorso nascita.

Si è registrato un aumento dei corsi di accompagnamento alla nascita e delle gravidanze fisiologiche seguite negli ambulatori territoriali.

L'attività svolta per favorire l'allattamento al seno attraverso il contatto precoce tra madre e bambino ed il sostegno durante i primi momenti di allattamento in integrazione con la pediatria di comunità, è proseguita nel corso del 2004 attraverso un servizio di ascolto telefonico e di consulenza ambulatoriale, in collegamento con i punti nascita di Ferrara.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

All'interno del confronto con il "Tavolo Salute Donna", in cui sono rappresentate le associazioni femminili, il Comune di Ferrara, l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera, è emersa quale criticità la mancanza di percorsi chiari e di punti di riferimento certi nella gestione della gravidanza a rischio, la necessità di migliorare l'integrazione tra le due aziende sanitarie e di ridefinire i percorsi assistenziali nelle gravidanze fisiologiche e nelle gravidanze a rischio. Pertanto, per l'anno 2005, si prevede un obiettivo di miglioramento del percorso nascita attraverso la definizione di un progetto di integrazione condiviso con la Clinica Ostetrica dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, per garantire continuità di assistenza alla donna in gravidanza.

In collegamento con il progetto *Nati per leggere* della pediatria di comunità, è stata prevista una nuova attività creativa all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita, per favorire il rapporto madre-bambino.

Un'altra area di criticità è stata registrata nell'accoglienza delle donne immigrate, in quanto le modalità di accesso ai servizi presenti si sono rivelate di ostacolo e non adeguate alla fruizione ottimale degli stessi.

Pertanto, si prevede per il 2005 di attivare un progetto *Donne Immigrate* per garantire un percorso di accoglienza alle donne provenienti dai paesi dell'Est e dai paesi africani, attraverso un operatore sanitario con competenze tecniche, scientifiche e linguistiche. In questo progetto è coinvolto anche il Comune di Ferrara e il Centro Servizi per l'Immigrazione.

Per rispondere, anche solo parzialmente, alle richieste di informazioni delle donne che nelle varie età della vita vanno incontro alla depressione, sarà costituito un gruppo di lavoro con il Dipartimento di Salute Mentale per produrre materiale divulgativo per le persone che accedono ai servizi. Come per tutta l'attività di specialistica ambulatoriale, si prevede di realizzare la semplificazione dell'accesso alle prestazioni attraverso la messa in rete e l'informatizzazione degli ambulatori di via Boschetto e di via Gandini.

Essendo modificato l'assetto dei Distretti, il consultorio di Voghiera, gestito fino a marzo del 2005 dal Distretto Sud Est, dal mese di aprile deve essere garantito dagli operatori del Distretto Centro Nord.

Anche per l'anno 2005 si prevede il completamento del *Progetto Menopausa*, con l'attivazione del progetto *InFormaDonna*, e la produzione di materiale informativo.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI OBIETTIVI 2005		
Numero obiettivo	Titolo dell'obiettivo	
1	Attuare interventi informativi sulla depressione rivolti alle donne che afferiscono ai consultori. Sarà costituito un gruppo di lavoro con il Dipartimento di Salute Mentale per produrre le prime linee guida.	Obiettivo distrettuale
2	Realizzare la semplificazione dell'accesso alle prestazioni attraverso la messa in rete e l'informatizzazione degli ambulatori di via Boschetto e di via Gandini.	Obiettivo distrettuale
3	Garantire il consultorio familiare presso il Comune di Voghiera.	Obiettivo distrettuale
4	Migliorare il percorso nascita. Questo obiettivo prevede la formulazione di un progetto di integrazione con la Clinica ostetrica dell'Azienda Opedaliera di per garantire la continuità di assistenza alla gravida e una nuova attività creativa all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita per favorire il rapporto madre-bambino e in collegamento con il progetto <i>Nati per leggere</i> del Servizio Pediatri di Comunità.	Obiettivo distrettuale
5	Completamento del percorso <i>Progetto Menopausa</i> , con l'attivazione del progetto <i>InFormaDonna</i> .	Obiettivo distrettuale
6	Attivazione del progetto donne immigrate in collaborazione con il Comune di Ferrara e il Centro Servizi per l'Immigrazione.	Obiettivo distrettuale

Il Consultorio/Spazio Giovani

UTENTI DEL 2003 A CONFRONTO CON IL 2004:		
	2003	2004
Numero di utenti che accedono al servizio	794	793

Il numero degli adolescenti che si sono presentati al servizio consultoriale è rimasto invariato. L'anno 2004 ha visto una sostanziale tenuta nell'offerta di prestazioni dell'area ostetrico-ginecologica, un incremento della presa in carico dell'utenza relativa all'attività psicologica ed educativa, nonostante la sospensione, per scadenza del contratto, delle funzioni psicologiche nel primo trimestre 2004.

Sono invece aumentati i ragazzi e le ragazze che sono stati raggiunti attraverso le seguenti attività sul territorio:

- con gli operatori dell'Area di Psicologia Clinica Consultoriale del Dipartimento di Salute Mentale si sono tenuti incontri finalizzati alla discussione ed elaborazione di un protocollo di intesa condiviso, ed alla segnalazione e presa in carico adeguata di casi clinici comuni;
- Al fine di facilitare l'accesso di giovani con disturbi alimentari, si è proceduto a stipulare un accordo con il Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Sanità Pubblica, che consente l'invio diretto di giovani utenti all'ambulatorio nutrizionale. Si è stampato e distribuito un depliant informativo degli Spazi Giovani di Ferrara e Copparo con una campagna promozionale presso i servizi e gli enti competenti.

Si è collaborato con l'Ufficio Comunicazione dell'Azienda USL per la realizzazione di una pubblicazione sul mondo giovanile e le problematiche adolescenziali.

È stata effettuata una ricerca dal titolo *Giovani Donne a confronto*, tramite somministrazione campionaria di un questionario a 300 utenti del Servizio, sui temi dell'autostima, del rapporto con il proprio corpo, con l'altro sesso e con la famiglia. I risultati della ricerca ed i contenuti scaturiti dai gruppi di discussione saranno oggetto di una prossima pubblicazione.

Nell'ambito del progetto di Consulenza on-line e della predisposizione di una chat line per gli adolescenti, gli operatori del Consultorio, in collaborazione con Area Giovani, Informagiovani, Promeco, hanno reso possibile il contatto con altri giovani.

I dati di attività del 2004 indicano la presenza di immigrate (31 su 722), e tra i nuovi utenti del servizio (400 nel 2005) compaiono 26 immigrate. Su 1.808 accessi, 571 riguardano la contraccezione, 569 problemi ginecologici, 504 problemi psicologici, 79 problemi sessuologici, 37 disturbi alimentare, 17 Interruzioni Volontarie della Gravidanza, 5 gravidanze. La presenza dell'educatrice professionale ha coinvolto giovani maschi che cominciano ad affluire al Consultorio. Il nuovo progetto di consulenza on-line *Dire-fare-chattare* ha aumentato i contatti con adolescenti che non accedevano all'ambulatorio consultoriale. Sono stati contattati 22 genitori per trattare problemi di disagio all'interno delle relazioni familiari.

Sono state coinvolte 6 Scuole Medie Superiori, 55 studenti, nella campagna promozionale delle attività Spazio-Giovani.

**QUADRO RIASSUNTIVO DELL'ATTIVITÀ DELLO SPAZIO GIOVANI DEDICATA ALLA
COSTITUZIONE DELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI PER
ADOLESCENTI/GIOVANI (ETÀ 14-24) (PRIMO SEMESTRE 2004)**

Referente/servizio	NUMERO INCONTRI	NUMERO ORE
Equipe	13	26
Area giovani-comune di Ferrara	2	4.5
Commissione interaziendale prevenzione AIDS	3	7.5
Gruppo d'area adolescenza (piano di zona 2004)	4	12
Parrocchia S.M. In vado (educatori + adolescenti)	2	6
Assessorato allo sport + area giovani - comune di Ferrara	1	1.5
Centro per le famiglie + area giovani + assessorato allo sport comune di Ferrara	1	3
Ufficio stampa comune di Ferrara	1	1
Informagiovani comune Ferrara	1	1
Assessorato politiche giovanili - comune Ferrara	1	1
Centro multidisciplinare disturbi del comportamento alimentare azienda ospedaliera s. Anna Ferrara	1	1
Psicologia consultoriale dipartimento salute mentale	2	3.5
Psicologia clinica età evolutiva - dipartimento salute mentale	1	2
Dirigente responsabile servizio salute donna	3	3
Ufficio stampa Azienda Usl Ferrara	1	1
TOTALE	37	74

**QUADRO RIASSUNTIVO DELL'ATTIVITÀ DELLO SPAZIO GIOVANI DEDICATA ALLA
COSTITUZIONE DELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI PER
ADOLESCENTI/GIOVANI (ETÀ 14-24) (SECONDO SEMESTRE 2004)**

Referente/servizio	NUMERO INCONTRI	NUMERO ORE
Equipe	6	12
Ufficio comunicazione Azienda Usl Ferrara	4	6
Area giovani - comune di Ferrara osservatorio adolescenti	10	20
Servizio igiene alimentare e nutrizione dipartimento di sanità pubblica	1	1
Focus-group presso scuole medie superiori	12	24
Psicologia clinica consultoriale dipartimento salute mentale	3	5
Promeco	1	2
Ser.T.	1	3
Gruppo d'area adolescenza (piani di zona 2004)	1	3
Servizio sociale minori	1	3
Circoscrizione giardino/arianuova	1	3
Assessorato politiche giovanili comune di Ferrara	1	3
Dirigente responsabile servizio salute donna	3	3
Totale	45	88

Aree di miglioramento e obiettivi per il 2005

Partendo dalla difficoltà a garantire la continuità dell'attività nel 2004, soprattutto per l'assenza della psicologa, si è scelto come obiettivo per il 2005 quello di garantire la continuità durante tutti i periodi dell'anno di tutto il personale dedicato (ginecologo, ostetrica, educatrice, psicologa). Si ritiene necessario, inoltre, migliorare l'integrazione con gli altri servizi aziendali che si occupano di adolescenti: Ser.T., Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Sociale, medici di medicina generale, Servizio di Igiene Alimentare e Nutrizione. Molto importante è anche sviluppare ulteriormente l'informazione ai giovani e alle scuole e diffondere i dati della ricerca *Giovani donne a confronto* attraverso iniziative pubbliche.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI OBIETTIVI 2005

Numero obiettivo	Titolo del obiettivo	
1	Garantire la continuità durante tutti i periodi dell'anno al Consultorio/Spazio Giovani di tutto il personale dedicato (ginecologo, ostetrica, educatrice, psicologa).	Obiettivo distrettuale
2	Migliorare l'integrazione con gli altri servizi aziendali che si occupano di adolescenti	Obiettivo distrettuale
3	Sviluppare ulteriormente la comunicazione verso i giovani e verso le scuole e diffondere i dati della ricerca <i>Giovani donne a confronto</i> .	Obiettivo distrettuale

5.1.7. La Pediatria di Comunità

Popolazione target in età 0-17 anni

Ferrara: 16.906

Copparo: 4.022

Totale del Distretto Centro Nord: **20.928**

Nati residenti 2004

Ferrara: 995

Copparo: 235

Totale Distretto Centro Nord: **1.230**

Risultati 2004

In aprile è stato attivato un punto prelievi, consegna referti per diagnosi di primo livello microcitemia ed emoglobinopatie talassemiche e di *counseling* per l'invio al secondo livello presso gli ambulatori di via Boschetto, in collaborazione con il Laboratorio Analisi dell'Azienda USL.

È stata prevista la possibilità di associare altre analisi a quelle specifiche per la diagnosi di emoglobinopatia.

L'accesso al punto è stato molto ridotto per l'insorgere di ostacoli nel percorso delle prenotazioni e, verosimilmente, per un ridotto invio riferibile a una scarsa condivisione dell'importanza della diagnosi precoce di talassemia da parte degli inviati.

Alla luce di queste considerazioni, ci si è proposti per il 2005 di prevedere diverse modalità di coinvolgimento dei medici di medicina generale, e di riprendere un'intensiva campagna di informazione alla popolazione attraverso scuole medie superiori, punti di accesso maggiormente frequentati dalla popolazione, con particolare riferimento a quelli frequentati da immigrati.

Si è svolta l'indagine coordinata dal CeVeas al fine di individuare le criticità che localmente ostacolano la prosecuzione dell'allattamento al seno: l'indagine è stata svolta mediante la somministrazione di questionari alle mamme del 10% dei nati di tutta la Provincia ai punti nascita e, successivamente, telefonicamente da parte di personale medico, ostetriche, studenti formati nel periodo gennaio-agosto 2004. Contemporaneamente, componenti del Gruppo Provinciale per la Promozione ed il Sostegno dell'Allattamento Materno hanno sottoposto questionari agli operatori sanitari. Pur essendo già disponibili risultati preliminari, un'elaborazione e discussione critica del lavoro sarà oggetto di attività programmate per il 2005.

Nel corso del 2004, un gruppo di lavoro della Pediatria di Comunità ha collaborato con il Centro Elaborazione Dati per la messa a punto di un software per la gestione dell'attività vaccinale, che rispondesse alle esigenze specifiche dell'organizzazione dell'attività vaccinale proprie di questa Azienda.

Il software non risponde ancora alle esigenze di monitoraggio delle coperture e di produzione di dati statistico-epidemiologici, prestazione che è in via di completamento. Esso, tuttavia, è stato già installato in tutti i presidi vaccinali che dispongono di adeguate attrezzature informatiche: il completamento del processo è previsto per il 2005. Nel corso del 2004 è stato costruito un file-registro distrettuale dei minori affetti da malattie croniche, a partire dai dati di rilevazione di situazioni di cronicità e disagio psico-sociale redatti dai pediatri di libera scelta per l'anno 2002.

Tali dati sono stati integrati con quelli desunti dalle schede prodotte dai pediatri nel 2003, con gli elenchi dei cronici segnalati per la vaccinazione antinfluenzale, dagli esonerati per ticket, con i casi noti alla Pediatria di Comunità in quanto assistiti nell'ambito della scuola. Infatti, alcune situazioni non sono note ai pediatri di libera scelta per motivi non sempre individuabili, più spesso perché già in carico al medico di medicina generale.

È previsto un aggiornamento annuale di tale registro.

Il progetto di prevenzione dell'abitudine al fumo di tabacco è stato proposto a tutte le scuole medie inferiori e superiori del territorio aziendale: nel Distretto Centro Nord hanno aderito sei scuole medie inferiori e cinque istituti superiori.

Inoltre, a Ferrara, una scuola superiore ha aderito ad un progetto di indagine sull'abitudine al fumo per la valutazione della disponibilità al cambiamento dei giovani fumatori (questionario Mac/T per tutti gli studenti) e due scuole hanno aderito al progetto pilota regionale *Scuole libere dal fumo*, che utilizza la metodologia dell'educazione tra pari.

Nelle scuole elementari è stato proposto ed attivato il programma *Non fumateci addosso*.

Il 31 maggio, a conclusione dell'attività delle scuole, si è svolta la Giornata Mondiale senza Tabacco.

Il progetto *Nati per Leggere* è stato sviluppato con l'acquisto di libri adatti alla prima e seconda infanzia che vengono utilizzati dai lettori volontari del Biblù nella sala d'attesa dell'Ambulatorio vaccinazioni di via Boschetto.

È stato ampliato il progetto ai corsi di accompagnamento alla nascita attraverso la sensibilizzazione delle partecipanti al ruolo della lettura ad alta voce fin dai primi mesi di vita, come opportunità di sviluppo delle relazioni genitori-figli e della persona.

Nell'ambito dell'attività vaccinale, sono stati attivati i programmi promossi dalla Regione Emilia-Romagna nel corso dell'anno, cioè adesione attiva alla Campagna nazionale per la vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia, che ha l'obiettivo dell'eliminazione del morbillo e della fetopatia rubeolica entro la fine del 2007: il programma vaccinale prevedeva la prosecuzione della somministrazione della prima dose di vaccino ai bambini dal 14° mese di età, della seconda dose a 5-6 anni ed ai nati residenti nel gruppo 1991, oltre al recupero di tutti i suscettibili residenti nati tra il 1996 e il 2001. Da ottobre 2004, è stata attivata l'offerta gratuita del vaccino antipneumococcico coniugato ai bambini frequentanti comunità infantili, con priorità a quelli nati nel 2004, in quanto esposti a maggior rischio.

Nel corso dell'anno sono stati organizzati momenti di incontro non formali e infine un *audit* (novembre 2004) tra Servizi specialistici di Audiologia, Oculistica e Foniatria finalizzati alla condivisione dei criteri per l'invio dei pazienti ai percorsi diagnostici e sui criteri terapeutici.

Dati di attività 2004

ATTIVITÀ VACCINALE		
Coperture vaccinali	2003	2004
VACCINAZIONI OBBLIGATORIE (difterite, tetano, polio, epatite B)	99,2 %	98%
VACCINAZIONI FACOLTATIVE (morbillo-parotite-rosolia al 36° mese)*	96,91%	97%
* Obiettivo di riferimento per l'efficacia della vaccinazione nella prevenzione della diffusione: 95%		

INTERVENTI PER MALATTIE INFETTIVE IN COMUNITÀ				
Anno	2003		2004	
Territorio	FERRARA	COPPARO	FERRARA	COPPARO
Controlli individuali	1.373	77	667	180
Interventi in collettività	61	9	56	10

ASSISTENZA AI BAMBINI AFFETTI DA MALATTIE CRONICHE				
Patologie croniche seguite senza protocollo assistenziale integrato				
Anno	2003		2004	
Territorio	Ferrara	Copparo	Ferrara	Copparo
Assistiti	21	6	37	3
Interventi	25	29	45	7
Patologie croniche seguite con Protocollo assistenziale integrato				
Anno	2003		2004	
Territorio	Ferrara	Copparo	Ferrara	Copparo
Assistiti	20	7	26	6
Interventi	55	10	70	16
Attività dei Servizi Specialistici - Pediatria di Comunità				
Anno	2003		2004	
Servizio	Totale prestazioni a residenti nell'Azienda USL	Prestazioni a residenti fuori dall'Azienda USL (mobilità attiva)	Totale prestazioni a residenti nell'Azienda USL	Prestazioni a residenti fuori dall'Azienda USL (mobilità attiva)
Audiologia	7.129	874	6.759	734
Oculistica	4.720	237	4.495	201
Foniatría	1.420	18	2.059	

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

Partendo da una criticità rilevata dal Comitato Consultivo del Distretto relativa ad una segnaletica insufficiente nella struttura di via Boschetto, si è definito un obiettivo di produzione e affissione di un'adeguata segnaletica esterna ed interna per facilitare l'accesso dell'utenza ai servizi ospitati nell'edificio di via Boschetto 31 a Ferrara, in collaborazione con l'Istituto d'Arte Dosso Dossi e con l'Ufficio Tecnico dell'Azienda USL. Verrà realizzato il completamento del processo di informatizzazione dell'attività vaccinale attraverso l'addestramento del personale all'utilizzo del Programma messo a punto ed acquisito nel 2004 e completamento della dotazione di attrezzature informatiche necessarie alla gestione del programma.

Un altro impegno derivante dalla riorganizzazione dei distretti è il trasferimento dal Distretto Sud Est al Distretto Centro Nord della sorveglianza igienico-sanitaria delle comunità scolastiche e dell'attività vaccinale della popolazione in età 0-17 anni del Comune di Voghiera. Si prevede un'ulteriore estensione del Programma di prevenzione e disassuefazione dal fumo nelle Scuole, con particolare riferimento all'esigenza di anticipare l'età dei soggetti target: si ricercherà quindi in particolare l'adesione delle scuole elementari (classi IV e V).

All'interno della progettazione dei Piani per la Salute, vi sarà la prosecuzione del progetto *Nati per Leggere* con la distribuzione di libri, la lettura ad alta voce in sala d'at-

tesa e la sensibilizzazione dei genitori già nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita.

Nel corso del 2005 verrà attuato un progetto di sorveglianza nutrizionale rivolto a sei scuole elementari, in collaborazione con il Servizio Nutrizione Umana del Dipartimento di Sanità Pubblica.

Si procederà all'individuazione delle criticità che ostacolano localmente la prosecuzione dell'allattamento al seno, attraverso l'elaborazione dei risultati dell'indagine provinciale svolta nel 2004 con il coordinamento del CeVeas.

Come indicato dalla Regione, prosegue l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antipneumococcica a tutti i bambini frequentanti gli asili nido pubblici e privati.

Fra gli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, si prevede di organizzare, con il coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera e dell'Università, un evento formativo che, rivolto a pediatri di famiglia e pediatri di comunità, porti alla condivisione di criteri di appropriatezza prescrittiva nell'antibioticoterapia in pediatria.

Per migliorare l'integrazione professionale, verranno organizzati incontri e momenti formativi tra pediatri di libera scelta e specialisti degli Ambulatori di Audiologia, Oculistica e Foniatria per monitorare l'appropriatezza dell'invio e discutere le criticità organizzative nell'ambito degli istituendi Dipartimenti interaziendali nelle branche di Audiologia, Foniatria, Oculistica.

All'interno del percorso dell'accreditamento del Dipartimento Cure Primarie, per migliorare la presa in carico del bambino con malattia cronica in collaborazione con i pediatri di libera scelta, si procederà alla costruzione di una cartella informatizzata per la gestione integrata del cronico.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI OBIETTIVI 2005

Numero obiettivo	Titolo dell'obiettivo	
1	Produzione ed affissione di un'ideonea segnaletica esterna ed interna per facilitare l'accesso dell'utenza ai servizi ospitati nell'edificio di via Boschetto 31 - Ferrara in collaborazione con l'Istituto d'Arte Dosso Dossi e con l'Ufficio Tecnico dell'Azienda USL.	Obiettivo distrettuale
2	Completamento del processo di informatizzazione dell'attività vaccinale.	Obiettivo distrettuale
3	Trasferimento dal Distretto Sud Es al Distretto Centro Nord della sorveglianza igienico sanitaria delle comunità scolastiche e dell'attività vaccinale della popolazione in età 0-17 anni del Comune di Voghiera.	Obiettivo distrettuale
4	Estensione del Programma di prevenzione e disassuefazione dal fumo nelle Scuole.	Obiettivo distrettuale
5	Prosecuzione del Progetto <i>Nati per Leggere</i> con la distribuzione di libri, la lettura ad alta voce in sala d'attesa e la sensibilizzazione dei genitori già nell'ambito dei Corsi di accompagnamento alla nascita.	Obiettivo distrettuale e dei Piani per la Salute
6	Attuazione di un Progetto di sorveglianza nutrizionale rivolto a sei scuole elementari in collaborazione con il Servizio Nutrizione Umana del Dipartimento di Sanità Pubblica.	Obiettivo distrettuale
7	Individuazione delle criticità che ostacolano localmente la prosecuzione dell'allattamento al seno, attraverso l'elaborazione dei risultati dell'indagine provinciale svolta nel 2004 con il coordinamento del CeVeas.	Obiettivo distrettuale e PPS
8	Offerta attiva e gratuita della vaccinazione antipneumococcica a tutti i bambini frequentanti Asili Nido pubblici e privati.	Obiettivo distrettuale
9	Organizzazione, con il coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera e dell'Università, di un evento formativo, rivolto a pediatri di famiglia e pediatri di comunità per condividere criteri di appropriatezza prescrittiva nell'antibioticoterapia in pediatria.	Obiettivo distrettuale
10	Attuazione di incontri e momenti formativi tra pediatri di libera scelta e specialisti di Audiologia, Oculistica e Foniatria per monitorare l'appropriatezza dell'invio e discutere le criticità organizzative.	Obiettivo distrettuale

5.1.8. Le Dipendenze Patologiche

Popolazione target dai 15 ai 44 anni

Ferrara: 49.895

Copparo: 13.764

Distretto Centro Nord: 63.659

Il fenomeno tossicodipendenza, che dal punto di vista epidemiologico si esprime nel rapporto tra soggetti con problemi legati all'abuso di sostanze psicoattive illegali e popolazione residente della stessa età, evidenzia nel territorio del Distretto Centro Nord una prevalenza superiore alla media provinciale (7,47‰ contro 7,17‰), accompagnata però da un'incidenza di nuovi soggetti più bassa rispetto ai valori provinciali e degli altri Distretti (0,97‰ contro 1,23‰).

DATI DI ATTIVITÀ 2003/2004				
Utenti Tossicodipendenti	Utenti	Utenti	Nuovi utenti	Nuovi utenti
	Tossicodipendenti	Tossicodipendenti	Tossicodipendenti	Tossicodipendenti
	Residenti	Residenti	Residenti	Residenti
	2004	2003	2004	2003
Ferrara	331	345	42	42
Masi Torello	2	1	1	0
Voghiera	5	7	1	1
Copparo	61	55	9	9
Ro	22	22	0	2
Berra	26	23	3	4
Jolanda di Savoia	4	4	1	0
Formignana	8	7	1	0
Tresigallo	12	14	3	1
Distretto	471	478	61	59

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

La leggera flessione che si registra nell'utenza complessiva residente, se letta dal punto di vista dell'attività del servizio, in realtà nasconde una forte attrazione da parte dei Ser.T. del Centro Nord nei confronti di utenza proveniente da altri Distretti o da altre province. In particolare, sono stati presi in carico 30 utenti residenti nel Distretto Ovest, 21 del Distretto Sud Est e 61 utenti non residenti nella provincia di Ferrara, seguiti soprattutto in carcere.

Utenti Alcolodipendenti	Utenti Alcolodipendenti		Nuovi utenti Alcolodipendenti	
	Residenti	Residenti	Residenti	Residenti
	2004	2003	2004	2003
Ferrara	134	162	34	30
Masi Torello	1	2	0	1
Voghiera	9	7	2	3
Copparo	33	31	9	7
Ro	5	2	2	1
Berra	8	7	2	2
Jolanda	2	1	1	0
Formignana	3	1	1	0
Tresigallo	6	5	2	1
Distretto	201	218	53	45

I tassi di prevalenza e di incidenza di utenti alcolodipendenti rispetto alla popolazione generale di età compresa tra i 15 e i 64 anni, mettono in luce il consolidamento delle strategie di attrazione dei servizi e dell'efficacia dell'intervento di rete tra servizi pubblici e iniziative di volontariato (Alcolisti Anonimi, AlaAnon, Club degli alcolisti in trattamento). Infatti, si rileva un incremento nella capacità di attrazione dei Centri Alcolodipendenti passando da 39 utenti ogni 10.000 abitanti a 47.

Dall'apertura dei primi Centri Alcolodipendenti a oggi, l'andamento del fenomeno dell'abuso di sostanze alcoliche ha visto un incremento esponenziale dei soggetti che si sono rivolti ai servizi, passando da 35 soggetti nel 1994 a 239 nel 2004. Sotto il profilo socio-anagrafico si tratta di una popolazione caratterizzata soprattutto da maschi (rapporto maschi/femmine a Ferrara=3,2:1 - a Copparo= 3,1:1), con un'età media di 49 anni per gli utenti di Copparo e 46 per quelli di Ferrara.

UTENZA TOTALE	Ferrara		Copparo		Totale	Totale
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Utenti Tossicodipendenti	461	431	125	133	586	564
nuovi utenti	112	66	14	20	126	86
utenti già in carico	349	365	111	113	460	478
Utenti Alcolisti	188	184	49	55	237	239
nuovi utenti	46	48	12	18	58	66
utenti già in carico	142	136	37	37	179	173
Tabagisti	171	222	111	147	282	369
nuovi utenti	93	129	57	73	150	202
utenti già in carico	78	93	54	74	132	167
Giocatori d'azzardo	17	19	-	-	17	19
TOTALE UTENTI	837	856	285	335	1.122	1.191

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

Risultati 2004

Gli obiettivi strategici del Ser.T. del Distretto Centro Nord, e realizzati nel 2004, sono stati di miglioramento della qualità dell'assistenza alle cronicità del tossicodipendente. Per tale obiettivo, sono stati programmati interventi personalizzati che favoriscono il distacco dall'ambulatorio attraverso interventi domiciliari.

L'utenza che frequenta il servizio da molti anni ha necessità di nuovi spazi di aggregazione, che ha portato alla redazione del giornalino *Carta da Pacco*.

Nell'area del governo clinico, sono previsti incontri tematici di educazione sanitaria rivolti agli utenti e ai familiari.

Per quanto attiene il trattamento, la cura e la prevenzione delle problematiche connesse all'uso/abuso di tabacco, alcol e sostanze psicotrope eccitanti, per rendere più efficaci gli interventi soprattutto nei riguardi dei poliassuntori, cioè consumatori di più sostanze contemporaneamente, è stato centrato un obiettivo sulla formazione e approfondimento degli effetti delle sostanze sui comportamenti. La formazione è stata organizzata attraverso una convenzione con la Facoltà di Medicina dell'Università di Bologna.

Per l'avvio di un nuovo servizio sul gioco d'azzardo (G.A.P.) è stato attivato prima un percorso formativo specifico e quindi il progetto.

È stato perseguito inoltre un obiettivo di miglioramento della comunicazione interna ed esterna del Ser.T.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

A partire dall'esperienza fatta con la creazione del punto di informazione e consulenza, l'obiettivo è quello della creazione di un punto di ascolto potenziato e qualificato diretto a una fascia di popolazione che appartiene al consumo problematico di sostanze con scarsa consapevolezza delle conseguenze. L'evoluzione di questo tipo di servizio prevede che le figure professionali coinvolte abbiano un'alta qualità ed esperienza professionale, che parte dall'ascolto ed è in grado di individuare il nucleo del problema e offrire soluzioni direttamente o nell'invio ai servizi.

I bisogni ai quali si cerca di dare una risposta sono quelli espressi dalle famiglie che non trovano un interlocutore per i problemi dei loro figli adolescenti, e dagli insegnanti che si trovano in difficoltà rispetto a comportamenti che sono normalmente complessi nell'adolescenza e che possono diventare problematici (disturbi alimentari, consumo di sostanze psicoattive, alcol, doping, gioco d'azzardo).

A partire dalla presa in carico dei problemi sull'identità, sul controllo dell'impulso, si mira a migliorare e rinforzare la capacità decisionale, la libertà di scelta e l'attenzione al proprio benessere psicofisico. Si intende perseguire il governo clinico dell'utenza multiproblematica, attraverso strategie di intervento terapeutico finalizzate al miglioramento dei fattori sociali e delle condizioni di salute che condizionano la qualità della vita. In particolare verranno individuati dei percorsi in grado di favorire l'inserimento sociale, attraverso la capacità relazionale con gli altri e la cura della propria persona; verrà intensificata la partecipazione dell'utenza alla redazione del giornale *Carta da pacco*; verrà fatta una promozione dell'accesso ad attività socializzanti interne o esterne ai servizi sanitari.

Per quanto riguarda il Sistema dei Servizi, verrà promossa una progettazione comune, Ser.T. e comunità terapeutiche, di percorsi aderenti alle necessità dell'utente attraverso nuove modalità di attuazione dei programmi, dei tempi di realizzazione e delle proposte di reinserimento.

Dalla collaborazione Ser.T. e Dipartimento di Salute Mentale verrà attuato un programma per migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi su pazienti con comorbidità psichiatrica e abuso di sostanze così articolato: redazione di un nuovo protocollo tra Dipartimento di Salute Mentale e Ser.T. su pazienti in doppia diagnosi dopo la sperimentazione e la verifica fatta nel 2004 in incontri con tutti i gruppi di lavoro per Distretto; attuazione di un nuovo programma di formazione specifico su Psicopatologia dell'adolescenza e abuso di sostanze; *audit* con i gruppi di lavoro congiunti; report sui casi trattati e valutazione degli esiti.

Dal punto di vista organizzativo, verranno attivati dei gruppi di lavoro misti che sul caso specifico costituiranno una vera *équipe* operativa trasversale attraverso l'utilizzo del metodo del *case-management*.

In riferimento al tabagismo, è previsto un piano di sensibilizzazione nelle fabbriche e negli enti pubblici finalizzato alla riduzione del consumo di tabacco sui luoghi di lavoro.

Gli obiettivi strategici per il 2005 riferiti all'alcolismo si incentreranno sulla prevenzione del consumo di sostanze alcoliche tra la popolazione giovanile, con interventi mirati nei luoghi del tempo libero. In particolare, si mira a promuovere nei luoghi del divertimento il progetto *Il guidatore di turno* e a organizzare un gruppo di giovani utenti alcolisti che lavorano per la produzione di uno spot pubblicitario da utilizzare nella prevenzione dell'abuso di alcol nella popolazione giovanile.

Nell'anno 2005 ci sarà la prosecuzione dei progetti *Lasciateci puliti*, e *Prevenzione selettiva* nelle scuole medie inferiori e superiori; interventi nelle scuole rivolti a *focus group* sui comportamenti a rischio associati al consumo di sostanze, potenziamento degli interventi nelle scuole superiori rivolti a giovani fumatori, tramite MAC/T e test del carbossimetro, conclusione del progetto biennale regionale di educazione tra pari finalizzata all'informazione sulle sostanze; prosecuzione dei corsi per genitori di adolescenti in collaborazione con scuole, circoscrizioni, centro per le famiglie e il centro psicopedagogico per la gestione dei conflitti, potenziamento della chat line.

Verrà inoltre realizzata la revisione del manuale della qualità, interfaccia con il sistema qualità aziendale, definizione degli standard di prodotto, attivazione di una procedura per la gestione delle informazioni dirette all'utenza e alla popolazione in generale, somministrazione del questionario di soddisfazione dell'utenza.

Prosegue inoltre l'attività di prevenzione nelle scuole e sul territorio, che si realizza attraverso la convenzione tra Comune, Azienda USL, CSA (ex Provveditorato agli Studi) e Provincia di Ferrara (Promeco).

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI OBIETTIVI 2005

Numero obiettivo	Titolo dell'obiettivo	
1	Creazione un punto di ascolto potenziato e qualificato diretto a una fascia di popolazione con consumo problematico di sostanze e scarsa consapevolezza delle conseguenze.	Obiettivo trasversale PPS
2	Azioni di governo clinico per migliorare i fattori sociali e le condizioni di salute che condizionano la qualità di vita degli utenti tossicodipendenti cronici multiproblematici.	Obiettivo trasversale
3	Attuazione di un programma Ser.T. Dipartimento di Salute Mentale per i pazienti con doppia diagnosi per migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi.	Obiettivo trasversale
4	Piano di sensibilizzazione nelle fabbriche e negli enti pubblici finalizzato alla riduzione del consumo di tabacco sui luoghi di lavoro.	Obiettivo trasversale
5	Prevenzione dei rischi relativi all'assunzione di alcol da parte dei giovani adulti.	Obiettivo trasversale
6	Interventi di prevenzione nelle scuole e sul territorio (Promeco).	Obiettivo distrettuale
7	Revisione del sistema di gestione della qualità certificato secondo i requisiti previsti dall'accreditamento.	Obiettivo trasversale

5.1.9. Gli Anziani

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

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

Negli ultimi anni si è consolidata nel territorio la rete di servizi per la popolazione anziana, caratterizzata da un'ampia offerta di strutture residenziali e semiresidenziali collegate con l'Assistenza Domiciliare Integrata e con le strutture di ricovero e di Lungodegenza Post Acuzie. Il Servizio Assistenza Anziani (SAA) rappresenta il punto principale di coordinamento e di accesso alla rete dei servizi e, attraverso l'unità di valutazione geriatria (U.V.G.), valuta i bisogni delle persone anziane, predispone i progetti di cura e orienta all'utilizzo delle risorse della rete.

Popolazione target

Ferrara

>65 anni: 36.204

>75 anni: 17.613

Copparo

>65 anni: 10.415

>75 anni: 4.978

Dati di attività 2003/2004

FERRARA					
ATTIVITÀ e/o PROGETTI	NUMERO ADDETTI 2004	NUMERO ADDETTI 2003	NUMERO PRESTAZIONI ANNO 2004	NUMERO PRESTAZIONI ANNO 2003	INTEGRAZIONI
Consulenza geriatrica ambulatoriale + Consulenza domiciliare	2 Medici	2 Medici	568 in regime ambulatoriale	556 in regime ambulatoriale	Servizio Assistenza di Base Servizio Ospedaliero
Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)	1 Medico 1 Assistente Sociale 1 I.P.	1 Medico 1 Assistente Sociale 1 I.P.	Valutazioni totali 802 di cui 596 in struttura	Valutazioni totali 918 di cui 636 in struttura	Servizio Sociale Assistenza di Base, ADI, Servizio Ospedaliero
Coordinamento	Medico per un totale di circa 20 ore settimanali	Medico per un totale di circa 20 ore settimanali			Servizio Sociale Enti Gestori delle strutture

COPPARO					
ATTIVITÀ e/o PROGETTI	NUMERO ADDETTI 2004	NUMERO ADDETTI 2003	NUMERO PRESTAZIONI ANNO 2004	NUMERO PRESTAZIONI ANNO 2003	INTEGRAZIONI
Assistenza Sanitaria in RSA	1 Medico 1 Capo Sala 8 Infermiere professionale 19 Operatori Tecnici di Assistenza	1 Medico 1 Capo Sala 9 Infermiere professionale 19 Operatori Tecnici di Assistenza	114 ricoveri 11.120 giorni Degenza	97 ricoveri 11.244 giorni Degenza	Presidio Ospedaliero, medici di medicina generale, Servizio ADI, Servizio Sociale
Consulenza geriatrica ambulatoriale + Consulenza domiciliare	2 Medici	2 Medici	540 regime ambulatoriale 64 regime domiciliare	401 circa in regime ambulatoriale	Servizio Assistenza di Base, Servizio Ospedaliero
Consulenza specialistica presso ambulatorio Demenze	2 Medici	2 Medici	464 circa	408 circa	Azienda Ospedaliera S. Anna, medici di medicina generale, Servizio Ospedaliero, Servizio Sociale.
Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)	1 Medico 1 Assistente Sociale 1 Infermiere profess.le (a part time)	1 Medico 1 Assistente Sociale 1 Infermiere profess.le (a part time)	Valutazioni totali previste: 448, di cui 157 in strutture	Valutazioni totali previste: 404, di cui 157 in strutture	Servizio Sociale, Assistenza di Base, ADI, Servizio Ospedaliero
Coordinamento Sanitario delle Strutture Protette	1 Medico per circa 6 ore settimanali	1 Medico per un totale di circa 6 ore settimanali			Servizio Sociale Enti Gestori delle strutture

DATI DI ATTIVITÀ CASE PROTETTE E CENTRI DIURNI FERRARA		
CASE PROTETTE convenzionate	2003	2004
Numero case protette	10	8
Numero posti letto	568	527
Numero presenti al primo giorno del trimestre/ANNO	559	527
Numero totale utenti		661
Numero nuovi ingressi	189	147
Numero dimessi	13	9
Numero utenti deceduti	168	136
Totale giornate di degenza	200.006	186.587
Giornate di ricovero ospedaliero	2.050	2.580
Numero ricoveri ospedalieri	289	287
Centri diurni convenzionati		
Numero centri diurni	1	1
Numero posti	55	55
Numero nuovi ingressi	38	38
Numero giornate di presenza	10.561	11.768

DATI DI ATTIVITÀ CASE PROTETTE E CENTRI DIURNI COPPARO		
CASE PROTETTE convenzionate	2003	2004
Numero case protette	2	2
Numero posti letto	105	105
Numero presenti al 1° giorno del trimestre/ANNO	102	105
Numero utenti totali	126	130
Numero nuovi ingressi	24	27
Numero dimessi	4	1
Numero utenti deceduti	20	26
Totale giornate di degenza	37.484	37.639
Centri diurni convenzionati		
Numero centri diurni	2	2
Numero posti	20	20
Numero nuovi ingressi	12	15
Numero giornate di presenza	4.898	4.829

DATI DI ATTIVITÀ RSA FERRARA		
	2003	2004
Numero R.S.A.	4	4
Numero Posti letto effettivi/attivati	95	95
Numero presenti al 1° giorno del trimestre/ ANNO	84	89
Numero utenti totali		311
Numero nuovi ingressi	268	222
Totale giornate di degenza	32.833	26.191
Giornate di ricovero ospedaliero	152	341
Numero ricoveri ospedalieri	25	45
Numero dimessi	158	167
Numero utenti deceduti	108	73

DATI DI ATTIVITÀ RSA COPPARO		
	2003	2004
Numero R.S.A.	1	1
Numero posti letto effettivi/attivati	40	40
Numero presenti al 1° giorno del trimestre/ ANNO	31	27
Numero nuovi ingressi	97	114
Totale giornate di degenza	11.244	11.120
Giornate di ricovero ospedaliero	105	152
Numero ricoveri ospedalieri	19	19
Numero Utenti totali	128	141
Numero dimessi	85	100
Numero utenti deceduti	16	13

COMUNE	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2003	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2004
FERRARA	366	419
POGGIO RENATICO	22	0
VIGARANO MAINARDA	21	0
MASI TORELLO	16	15
TOTALE	425	434

COMUNE	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2003	UTENTI CON ASSEGNO DI CURA 2004
COPPARO	23	51
RO	12	12
BERRA	12	21
JOLANDA DI SAVOIA	11	17
FORMIGNANA	6	9
TRESIGALLO	20	16
TOTALE	83	126

I dati sono riferibili alla nuova organizzazione dei Distretti. Pertanto il calo del numero delle Case Protette dipende dal passaggio al Distretto Ovest di quelle di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda. Allo stesso modo si spiega il calo delle valutazioni dell'UVG in struttura nell'ambito ferrarese, mentre vi è un aumento nel copparese. La diminuzione dell'attività di valutazione può anche essere correlata alle politiche regionali di sostegno alla domiciliarità, che presuppongono un ricorso alla istituzionalizzazione sempre più tardivo.

La riduzione delle giornate di degenza nelle RSA di Ferrara si spiega con la ristrutturazione della Clinica Quisisana, che ha fatto transitoriamente diminuire i posti letto. L'aumento delle visite specialistiche è da mettere in relazione all'aumento della domanda (visite geriatriche, valutazioni per il Progetto Demenze, visite per la concessione dell'indennità di accompagnamento) per cui si è reso necessario incrementare il numero di visite ambulatoriali per cercare di ridurre i tempi di attesa.

Risultati 2004

I progetti correlati ai Piani per la Salute sono stati in buona parte realizzati, altri, più complessi perché coinvolgono anche aziende o strutture esterne all'Azienda USL, sono stati impostati attraverso l'adozione di protocolli condivisi.

In particolare, si segnala la piena realizzazione dei progetti di supporto psicologico, individuale e di gruppo, a favore dei *care giver* dei pazienti affetti da demenza (area di Copparo), e l'adozione di una scheda di valutazione dei bisogni dell'utente per l'inserimento nelle graduatorie di accesso alle strutture residenziali.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

Anche nell'anno 2005 verranno predisposte azioni finalizzate a ridurre la criticità dell'integrazione socio-sanitaria per facilitare l'attuazione del percorso delle dimissioni difficili. È stato proprio l'elevato numero di dimissioni dall'Azienda Ospedaliera che ha allungato i tempi dell'UVG nelle valutazioni domiciliari. Per quanto attiene l'attività dell'Unità Valutativa Alzheimer, continuerà la distribuzione diretta dei farmaci anticolinesterasi e degli antipsicotici atipici, e sarà facilitato l'accesso alla neurodiagnostica per immagini ai pazienti in carico, coerentemente con i percorsi di presa in carico e semplificazione dell'accesso all'attività specialistica. Fra gli obiettivi dei Piani per la Salute, verranno proseguiti gli interventi di sostegno ai *care giver* all'interno del programma di supporto alla dimissione dalla RSA e riconfermata l'attività dei ricoveri di sollievo nelle RSA e nelle case protette. Come garanzia di governo clinico, si procederà alla definizione di protocolli per migliorare l'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali per anziani relativi a ulcere da decubito, sistemi di contenzione, uso di psicofarmaci.

Nell'anno 2005 si realizzerà un importante obiettivo integrato con i servizi sociali dei comuni del Distretto. Tale progetto di promozione della salute sulla memoria verrà attuato in collaborazione con i centri sociali per anziani.

L'inserimento del comune di Voghiera nel Distretto Centro Nord determina una riorganizzazione dell'attività dell'Unità Operativa Salute Anziani e l'attivazione di 13 posti di Casa Protetta per i pazienti di Voghiera presso strutture di Ferrara.

Nell'ambito distrettuale di Copparo, vi sarà l'incremento di 10 posti di Casa Protetta, di cui 7 nel comune di Copparo e 3 nel comune di Tresigallo.

A Ferrara, dal primo luglio, verrà istituito il Nucleo Alzheimer presso il Centro Servizi alla Persona, e vi sarà la trasformazione dei posti di RSA in nuclei ad alta intensità assistenziale presso il Residence Service e il Centro Servizi alla Persona.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI OBIETTIVI 2005

Numero obiettivo	Titolo dell'obiettivo	
1	Predisposizione di azioni per facilitare il percorso delle dimissioni difficili.	Obiettivo trasversale
2	Distribuzione diretta dei farmaci anticolinesterasici e antipsicotici atipici all'interno della Unità di Valutazione Alzheimer e facilitazione all'accesso alla neurodiagnostica per immagini.	Obiettivo distrettuale
3	Sostegno ai <i>care giver</i> : programma di supporto alla dimissione dalla RSA e ricoveri di sollievo.	Obiettivo trasversale e PPS
4	Definizione di protocolli per migliorare l'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali per anziani.	Obiettivo trasversale
5	Realizzazione di un progetto di promozione della salute sulla memoria in collaborazione con i centri sociali per anziani.	Obiettivo distrettuale
6	Inserimento del comune di Voghiera nelle attività della Unità Operativa Socio-Sanitaria del Distretto Centro Nord.	Obiettivo distrettuale
7	Incremento di posti di casa protetta a Copparo, e istituzione di un Nucleo Alzheimer a Ferrara e trasformazione di posti di RSA in nuclei ad alta intensità assistenziale.	Obiettivo distrettuale

5.1.10. I Disabili Adulti

La programmazione nell'area della disabilità è oggetto di accordo di programma tra l'Azienda Sanitaria e i Comuni del Distretto, ed è supportata da un tavolo di programmazione provinciale.

Attraverso la programmazione si definiscono strumenti ed azioni in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei soggetti disabili e delle loro famiglie, garantendo forme assistenziali personalizzate.

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

Popolazione target gli adulti dai 26 ai 65 anni

Ferrara: 80.862

Copparo: 21.882

Dati attività 2003/2004

UTENTI DI STRUTTURE PER DISABILI IN AMBITO PROVINCIALE ED EXTRA-PROVINCIALE						
Distretto	Utenti ospitati in strutture semiresidenziali provinciali		Utenti ospitati in strutture residenziali provinciali		Utenti ospitati in strutture extraprovinciali l	
	al 31/12 2003	al 31/12 2004	al 31/12 2003	al 31/12 2004	al 31/12 2003	al 31/12 2004
Centro Nord						
Area Ferrara	77	76	15	15	1	1
Area Copparo	28	28	12	14	1	1
Totale	105	104	27	29	2	2

POSTI CONVENZIONATI PER DISABILI – FERRARA ANNO 2003							
	Navarra	San Martino	Via Comacchio (chiuso al 30/6/03)	Via Verga	“XX Settembre” Residenziali	“XX Settembre” “Semiresidenziali”	Rivana
Posti Convenzionati	25	20	10	10	10	10	20
Posti	23	18	8	9	10	8	16
Giornate di aperture	233	243	118	237	365	223	229
Giornate di presenza	4.324	3.392	816	1.499	3.261	1.564	3.188

POSTI CONVENZIONATI PER DISABILI – FERRARA ANNO 2004						
	Navarra	San Martino	Via Verga	XX Settembre Residenziali	*XX Settembre Semiresidenziali	Rivana
Posti Convenzionati	25	20	10	5	10	20
Posti	25	18	8	5	7	18
Giornate di apertura	236	249	239	366	236	236
Giornate di presenza	4.030	4.040	1.438	2.015	1.093	3.766

* Non è stata considerata l'emergenza diurna.

POSTI CONVENZIONATI PER DISABILI - COPPARO							
Boschetti Residenziale						"Boaretti - Biffi" Semiresidenziale	
	Utenti Copparo 2003	Utenti Copparo 2004	Utenti Ferrara 2003	Utenti Ferrara 2004	Totale 2003	Totale 2004	
							2003 2004
Posti convenzionati	11	11	4	4	15	15	33 33
Posti effettivamente Utilizzati	11	11	4	4	15	15	28 30
Giornate apertura dichiarate	365	366	365	366	365	366	229 467
Giornate di presenza	3.998	4.012	1.445	1.409	5.443	5.421	5.614 5.523

Particolarmente diversificata risulta essere la rete dei servizi offerti nel Distretto Centro Nord: centri socio-riabilitativi in convenzione, residenziali e semiresidenziali.

ATTIVITÀ U.V.A.R. (Unità Valutazione Abilità Residue) FERRARA	2003			2004		
	Totale	di cui minori	di cui adulti	Totale	di cui minori	di cui adulti
	SEDUTE UVAR n. 91			SEDUTE UVAR n. 61 Valutazioni Complessive n. 131		
Utenti valutati	138	19	119	97	15	82
Primi casi	14	1	13	17	12	5
Nuove ammissioni Centri Socio-Riabilitativi	4	1	3	5	5	0
Dimessi con progetto assistenziale	13	2	11	11	4	7
Invio ad altro servizio	11	0	11	6	4	2
Inserimento in struttura residenziale*	7	1	6	3	2	1

*Per il 2003 n. 5 provenienti dai Centri socio riabilitativi e 2 dal domicilio

ATTIVITÀ U.V.A.R. COPPARO	2003			2004		
	SEDUTE UVAR n. 32			SEDUTE UVAR n. 23 Valutazioni Complessive n. 62		
	Totale	di cui minori	di cui adulti	Totale	di cui minori	di cui adulti
Utenti valutati	53	11	42	57	9	48
Primi casi	2	0	2	13	7	5
Nuove ammissioni Centri Socio-Riabilitativi	0	0	0	4	2	2
Dimessi con progetto assistenziale	2	0	2	9	2	7
Invio ad altro servizio	2	0	2	5	2	3
Inserimento in struttura residenziale*	1	0	1	2	0	2

* Per il 2003 proveniente dal domicilio

Risultati 2004

Per quanto riguarda i principali obiettivi del 2004, previsti dal Coordinamento Aziendale dei servizi socio-sanitari, si segnala quanto segue:

- il lavoro del tavolo provinciale "disabilità" è a buon punto, ma non ancora concluso.
- Sono in fase di completamento i protocolli operativi per i centri socio-riabilitativi diurni e residenziali a gestione diretta dell'Azienda USL.
- È stato costituito, ed è operativo, il gruppo tecnico aziendale per la verifica dell'appropriatezza dei servizi resi nei Centri Socio-Riabilitativi, diurni e residenziali.
- Nell'ambito del Dipartimento delle Cure Primarie, il settore disabili adulti è stato identificato in un modulo organizzativo. È in via di definizione, nell'area di Copparo, il punto unico di accesso alla rete dei servizi integrati.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

Oltre al completamento degli obiettivi 2004, sono previsti per il Distretto Centro Nord alcuni progetti integrati. Verrà realizzato un laboratorio di formazione al teatro per persone disabili.

Si prevede inoltre un progetto attuativo di collaborazione tra il Servizio civile Nazionale e il Centro Socio-Riabilitativo di San Martino, per migliorare l'assistenza ai disabili, e un progetto di attività ippoterapica per disabili adulti. Per il sostegno al *care giver* in alcuni casi particolarmente impegnativi, è previsto un progetto di sostegno alla domiciliarità a favore degli utenti del Centro Socio-Riabilitativo di San Martino. Per garantire il governo clinico, sarà realizzato un monitoraggio delle attività assistenziali ed educative nei Centri Socio-Riabilitativi attraverso un sistema di rilevazione e valutazione di dati di attività al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e concordati, come indice di buona qualità.

Per pazienti con disabilità lieve-moderata, è prevista l'apertura del centro residenziale (casa famiglia) "La Zanetta" a Baura nel mese di settembre 2005.

TABELLA RIASSUNTIVA OBIETTIVI 2005

Numero Obiettivo	Titolo dell'obiettivo	
1	Laboratorio di formazione al teatro per persone disabili.	Obiettivo trasversale
2	Progetto attuativo di collaborazione tra il Servizio civile Nazionale e il Centro Socio-Riabilitativo di San Martino, per migliorare l'assistenza ai disabili.	Obiettivo distrettuale
3	Progetto di attività ippoterapica per disabili adulti.	Obiettivo distrettuale
4	Progetto di sostegno alla domiciliarità a favore degli utenti del Centro Socio-Riabilitativo di San Martino.	Obiettivo distrettuale
5	Monitoraggio delle attività assistenziali ed educative nei Centri Socio-Riabilitativi come garanzia di governo clinico.	Obiettivo trasversale
6	Apertura del centro residenziale "La Zanetta" a Baura.	Obiettivo trasversale

5.2. I SERVIZI SOCIO-SANITARI PROGETTATI PER IL 2005 NEL PIANO DI ZONA 2005-2007

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

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

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

ORIENTAMENTI STRATEGICI

Area domiciliarità

- facilitare l'integrazione socio-sanitaria, attraverso l'attivazione di protocolli operativi, nei seguenti ambiti: dimissioni difficili, assistenza domiciliare infermieristica, servizi temporanei di sollievo e consultori per anziani;
- qualificare l'attività a supporto delle demenze: integrazione famiglia-servizi-associazioni;
- offerta attiva di servizi a favore degli anziani fragili.

Area minori-genitorialità

- politiche e servizi per minori da zero a sei anni. Progetto *Una casa per Pollicino* da estendere al Distretto. Progetto in raccordo con il Piano per la Salute;

- integrare iniziative di prevenzione e di sostegno tra agio e disagio a favore degli adolescenti;
- consolidare la rete di servizi rivolti ai giovani. Avvio di un gruppo sul disagio degli adolescenti.

Area autonomia

- presa in carico e accesso alla rete dei servizi per adulti;
- integrazione scolastica e orientamento;
- servizi per l'autonomia personale;
- vita indipendente e *Dopo di Noi*.

Area inclusione sociale

- aspetti sanitari delle fasce deboli.

PROGRAMMA ATTUATIVO 2005

AREA RESPONSABILITÀ FAMILIARI

Settore diritti dei minori e degli adolescenti

- **Progetto: Chat line sulle sostanze psicoattive *Dire-fare-chattare***

L'Azienda USL è ente esecutore attraverso il Ser.T. del progetto di continuità per aumentare le informazioni sulle sostanze e sui rischi. Gli esperti sono a disposizione per approfondire argomenti in merito e attivare procedure di invio ai servizi per i casi problematici eventualmente riscontrati.

- **Progetto: prevenzione e contrasto del bullismo nelle scuole di Ferrara**

L'Azienda USL è ente esecutore attraverso Ser.T. del progetto rivolto alle scuole superiori. È un progetto di continuità con azioni previste per insegnanti, di formazione, consulenza, supervisione, con studenti nelle classi, anche con presenza di un operatore specialistico, con i genitori di formazione nel primo anno.

- **Progetto: Spazio Giovani - rete integrata servizi per adolescenti**

L'Azienda USL è ente esecutore. È rivolto alle scuole e ai centri di aggregazione. L'attenzione è dedicata ai giovani con comportamenti a rischio non ancora devianti. Vengono svolti interventi di educazione alla salute con operatori di Spazio Giovani.

- **Progetto: azioni per la promozione del benessere e la prevenzione del disagio (Copparese)**

Il progetto è prevalentemente di tipo educativo, pubblico e privato sociale. Il coinvolgimento dell'Azienda USL è legato al miglioramento dei rapporti di collaborazione tra sociale e sanitario. La titolarità è dei Comuni.

- **Progetto: diventare genitori lontano da casa**

L'Azienda USL è presente nel coordinamento tecnico del progetto che si svolge presso il Centro per le Famiglie. Sostiene la genitorialità di famiglie immigrate. Il progetto mira a migliorare l'accoglienza, ma anche a formare operatori sociali e sanitari sulla conoscenza delle problematiche legate ai cittadini stranieri.

- **Progetto: programma giuridico di rete per minori e genitorialità**

È un progetto per aumentare la competenza degli operatori sulla cultura giuridica

della tutela dei minori: diritti minori, nuove norme, responsabilità genitoriale su regolamento comunitario, attuazione convenzione ONU ed europea su diritti dei minori, riforme affidi, adozioni, status minori stranieri. Si concentra sulla formazione per operatori sociali e sanitari.

- **Progetto: integrazione scolastica ed extra scolastica e prevenzione del disagio**

Progetto di ambito scolastico, rivolto in particolare a minori stranieri con azioni di tutoraggio di esperti anche sanitari.

- **Progetto: figura di sistema**

Progetto nello spirito della legge 285 per aumentare la conoscenza condivisa sui minori e condividere scelte di priorità. La figura di sistema è un coordinatore di azioni per i minori, perché nei prossimi Piani Sociali di Zona vi sia più coesione socio-sanitaria sulle scelte e sul coordinamento delle azioni e dei servizi.

Settore Immigrazione, Asilo, lotta alla tratta

- **Progetto: interventi a sostegno vittime di sfruttamento sessuale**

L'ente gestore è il Centro Donne e Giustizia. Il progetto è di sostegno a donne straniere che escono dalla prostituzione. L'Azienda USL è nella rete di sostegno al progetto attraverso Salute Donna, il Dipartimento di Sanità Pubblica, i servizi sanitari per stranieri. Obiettivo, con i servizi sanitari, è di costruire protocolli e procedure che facilitano specifici interventi di prevenzione e cura per questo target di utenti (in protezione). Nel 2005 è prevista casa di accoglienza specifica per gestanti o mamme con minori, sui quali vanno attivati i servizi sociali e sanitari di tutela.

Settore contrasto alla povertà

- **Progetto: formazione, avviamento inserimento al lavoro per soggetti svantaggiati**

Partecipazione dell'Azienda USL attraverso il Ser.T. di Ferrara e Copparo. Il progetto mira a costruire azioni di sostegno all'inserimento lavorativo e tutoraggio con figure tecniche di sostegno (psicologo).

- **Progetto: miglioramento condizioni di vita dei detenuti**

L'Azienda USL partecipa al progetto con il Dipartimento Salute Mentale. Il progetto mira a politiche di costruzione del reinserimento sociale attraverso sperimentazioni (in continuità con ex progetto Monopati) di inserimenti lavorativi in fase terminale della pena, con sperimentazioni individuali. Il Dipartimento di Salute Mentale ha un caso attualmente inserito, in semilibertà presso Centro Diurno "Il Convento". Il progetto prevede anche azioni di sostegno ed educazione all'interno del carcere.

Settore anziani

- **Progetto: valutazione assegno di cura**

Verifica delle modalità di concessione e controllo. Maggiore utilizzo fascia A maggiore garanzia di continuità e implementazione di sperimentazione di progetti di utilizzo assegno di cura per mantenimento autonomia e vita indipendente. Introduzione sperimentale di assegno di cura per sostegno alle famiglie in alternativa al ricovero in struttura. Progetto con monitoraggio degli esiti a 12 mesi.

Settore disabili

• **Programma finalizzato per integrazione lavorativa**

Progetto teso a consolidare la rete per una programmazione condivisa da più servizi. Integrare gli inserimenti lavorativi con altre forme di sostegno, borse lavoro, laboratori protetti, ecc. per creare un settore programmato e non solo sulle emergenze.

Settore contrasto delle dipendenze

• **Progetto *Guidatore di turno***

Progetto a contrasto dei rischi di incidenti, con target 18-34, è rivolto ai luoghi di vita e svago di giovani. Ha obiettivi di promozione della salute e di aumento delle conoscenze sui rischi. L'Azienda USL è coinvolta con il Ser.T. nelle azioni locali in rete con Promeco, operatori di strada, ecc. Il progetto è complessivo di diversi sottoprogetti. Il rapporto con il progetto *Operatori di strada* per consumatori o tossicodipendenti è nell'ottica del sistema di rete tra diversi interventi sulla marginalità o sul rischio.

• **Progetto: prevenzione selettiva**

Questa è una visualizzazione della pluralità di azioni e progetti di contrasto. Unisce azioni di riduzione del danno e azioni di prevenzione con strumenti omogenei di valutazione condivisi dagli enti diversi. L'Azienda USL è principalmente coinvolta con Ser.T. e azioni di collaborazione anche con Spazio Giovani.

• **Progetto: prevenzione sostanze attraverso educazione tra pari**

Progetto a coinvolgimento Azienda USL. Punta a costruire competenze tra i giovani per poterle comunicare ai coetanei a scuola. La competenza adulta è attraverso psicologi-educatori. Il progetto investe sui giovani competenti.

ALTRI PROGETTI A CARATTERE TRASVERSALE TRA LE AREE E I SETTORI DI INTERVENTO

1. Progetto *Giuseppina*

Progetto a sostegno della domiciliarità articolato sulle 8 Circoscrizioni, per anziani soli. Ha la finalità di attivare buone prassi di presa in carico. L'Azienda USL è tra i soggetti coinvolti per un lavoro in rete. Dopo una fase di raccolta dati, punta a realizzare uno sportello sociale. L'Azienda USL partecipa al Comitato di coordinamento generale.

2. Piano emergenza caldo 2005

15 giugno-31 agosto 2005. Rete per incrementare qualità della vita degli anziani ultrasettantacinquenni. Attivazione Numero Verde. Telesorveglianza in raccordo anche a medici di medicina generale. Assistenza con operatori Terzo Settore. Segnalazione Servizi sociali.

3. Progetto per la qualificazione del lavoro assistenza anziani e disabili da assistenti familiari

Progetto di qualificazione del lavoro delle badanti, mediante azioni informative per badanti e famiglie sulla rete dei servizi territoriali attraverso lo sportello informativo presso il Centro Servizi. Svolge collaborazioni con il Centro per l'impiego nonché con i Centri Sociali. L'Azienda USL è coinvolta per attivazione di azioni specifiche.

4. Progetto *Uscire dalla violenza*

L'Azienda USL deve dare continuità agli impegni sottoscritti con protocollo del 2000 per la collaborazione dei servizi (Minori, salute mentale, ecc.).

PROGETTI DEL DISTRETTO CENTRO NORD SU BANDI REGIONALI**Progetto *Teatrando* (area Copparese)**

Per disabili psicofisici, attraverso tecniche creative, teso a migliorare autonomia, comunicazione e relazioni sociali. Coinvolto SMRIA⁶ per consulenze e invio minori. Laboratori aperti anche agli utenti dei Centri Semi Residenziali per meglio integrarli nelle realtà locali e per renderli sempre più "laboratori sociali". Sperimentare gruppi di lavoro misti disabili-studenti scuole primaria e secondaria. Sede: CSR di Jolanda di Savoia.

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

1. Adozione nazionale e internazionale;
2. affidamento familiare e in comunità;
3. protocollo d'intesa tra Comuni, Azienda USL, Provincia, Associazione Famiglie affidatarie nel dicembre 2004;
4. sostegno alle politiche di tutela minori (abuso e maltrattamento);
5. protocollo tra Provincia, Azienda USL, Comuni per prevenzione e tutela maltrattamento e abuso ottobre 2003;
6. progetto di sostegno alla responsabilità genitoriale (Ferrara); attività di formazione per 700/1000 genitori. Prevenzione a partire dagli Asili Nido e Scuole Materne;
7. piano provinciale per integrazione sociale stranieri;
8. fondo di solidarietà per ricovero in struttura di minori, ripartito tra le zone sociali.

5.3. LA SANITÀ PUBBLICA

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

Igiene pubblica

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

- **Campagna vaccinale antinfluenzale:** le indicazioni nazionali e regionali in materia, ritenendo di particolare importanza la prevenzione delle patologie respiratorie diret-

⁶ **SMRIA:** Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza.

tamente o indirettamente connesse alla malattia influenzale, indicano una percentuale di persone a cui offrire la vaccinazione sempre maggiore, con particolare impegno rivolto alla popolazione anziana. Nel 2004 sono state somministrate 86.000 dosi di vaccino, con l'importante collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Per la specifica fascia di età delle persone ultrasessantaquattrenni si è andati oltre il 70% di copertura vaccinale, confermando il trend in crescita degli ultimi anni.

Campagna vaccinale	Dosi somministrate a ≥ 64	Percentuale di ≥ 64 vaccinati
2001/2002	53863	63,1
2002/2003	57579	66,7
2003/2004	60657	69,5
2004/2005	61975	71

Sono stati utilizzati vaccini privi di residui organo-mercuriali: sub virionico e adiuvato con MF59.

Quest'ultimo, scelto per i soggetti di età superiore ai settantacinque anni in considerazione della maggiore risposta anticorpale (per livello e durata) rispetto ai vaccini convenzionali, ha confermato sul campo la sua efficacia, condizionando, negli stessi, una minore incidenza della malattia.

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

- **Vaccinazione antirubeolica alle donne suscettibili in età fertile:** l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita rappresentano un'azione prioritaria di prevenzione vaccinale, come indicato dallo specifico Piano Nazionale 2003/07 e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la regione europea. In linea con quanto sopra, a partire dal 2005 si è individuata la strategia di offerta attiva della vaccinazione trivalente a tutte le donne suscettibili in età fertile (18-45), stimata intorno al 10% della popolazione target, con particolare attenzione alle donne immigrate, in ogni occasione di accesso agli ambulatori.
- L'attività del Modulo Organizzativo **Tutela della salute nelle attività sportive**, si è caratterizzata per un sostanziale mutamento finalizzato all'incentivazione di progetti in tema di promozione di stili di vita sani, proseguendo comunque nell'attività certificativa agonistica e non agonistica, perseguendo l'ottimizzazione dei percorsi e delle consulenze richieste, alla luce anche del corretto rilascio del libretto dello sportivo.
- Nell'ambito del Modulo Organizzativo **Igiene degli ambienti confinati**, una rilevante quota di attività è stata assorbita dalle problematiche costituite dalle richieste dei cittadini extracomunitari, finalizzate all'accertamento della idoneità dell'abitazione occupata ad ospitare altri congiunti. A tal proposito, si ritiene opportuno mettere in rilievo la problematica complessiva costituita dal crescente numero di cittadini extracomunitari, ed il conseguente rilevante impegno, costituito, oltre a quanto già descritto, dalle malattie infettive emergenti o "riemergenti" come la tubercolosi, soprattutto in ambienti confinati e di particolare impegno (es. casa circondariale).

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

- Nell'anno 2005 è iniziata l'attività di **controllo di tutti gli studi professionali odontoiatrici** (circa 350) ai sensi delle Delibere di Giunta Regionale 327/2004 e 2520/2004, consistente in verifiche documentali e sopralluoghi.
- Verifiche sulla nuova normativa inerente il divieto di fumo nei locali chiusi (legge 3/2003 e DPR 23/12/2003), in collaborazione con il SIAN⁷.

Medicina Legale

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

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

Nel corso dell'anno 2004, nell'ambito del programma di implementazione del processo *Risk Management*, è stato costituito con atto deliberativo aziendale l'Ufficio Gestione Sinistri, rappresentato da un gruppo di lavoro pluridisciplinare, coordinato dal Direttore del Servizio di Medicina Legale, con ruolo consultivo per la Direzione Aziendale per i casi di responsabilità civile per rischi professionali (pareri in ordine alla congruità del risarcimento del danno, valutazione della possibilità di transigere dei sinistri in via stragiudiziale).

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

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

⁷ SIAN: Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Alimenti e nutrizione

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

Obiettivi/Azioni del servizio sui tre Distretti:

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

Area di miglioramento e obiettivi 2005

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

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

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

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

SINTESI DELLE ATTIVITÀ PROGRAMMATE PER L'ANNO 2005			
Attività	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest
Numero corsi di formazione per alimentaristi			
Corsi 90	42	28	20
Totale persone da coinvolgere 1500			
Totale ispezioni per controllo alimenti	1.850	1.70	680
Campioni di alimenti per controlli	450	400	150
Sanzioni elevate per violazioni a norme igienico-sanitarie			
Campioni di acqua per il controllo delle potabilità	644	288	240
Visite dietologiche e controlli dietoterapici	3.557	1.153	2.317

Organizzazione oncologica

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

- L'avanzamento del programma di screening per la diagnosi precoce dei **tumori del collo dell'utero**, iniziato nel 1996 e giunto attualmente alla fase di conclusione del terzo round. La popolazione bersaglio è costituita da circa 100.575 donne residenti, nella fascia di età compresa fra 25 e 64 anni, che nell'arco di un triennio (ottobre 2002-settembre 2005) ha ricevuto l'invito per aderire al programma di prevenzione. La periodicità dell'invito è triennale. Complessivamente, nel 2004 sono state invitate 34.305 donne, con 18.192 adesioni all'invito, pari al 53%; alle non rispondenti sono stati mandati solleciti a distanza di tre mesi dal primo invito. Lo stato di avanzamento del programma è del 102,4%. Il programma di prevenzione è stato offerto, con invito personalizzato, anche alle cittadine domiciliate nella nostra provincia.
- L'avanzamento del programma di screening per la diagnosi precoce dei **tumori della mammella**, iniziato nel 1997; attualmente è in corso il quarto round. La popolazione bersaglio da invitare nell'arco di un biennio (ottobre 2003-settembre 2005) è costituita da circa 50.268 donne residenti, nella fascia di età compresa fra 50 e 69 anni. La periodicità dell'invito è biennale. Sono state complessivamente invitate nel 2004 22.752 donne, con una adesione all'invito di 15.833, pari al 69,6%; alle non rispondenti sono stati inviati solleciti a distanza di tre mesi dal primo invito. Lo stato di avanzamento del programma è del 99,2%.
- La predisposizione del programma.
- La progettazione dello screening per la diagnosi precoce dei **tumori del colon retto**, sulla base delle linee guida e della griglia fornite dalla Regione.
- La progettazione di un modello organizzativo fondato sul **coordinamento interaziendale** unico per tutti e tre gli screening oncologici.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

- Completamento del terzo round dello screening per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero, con estensione dell'invito alla rimanente popolazione bersaglio. Inizio del quarto round nel mese di ottobre.

- Completamento del quarto round dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, con estensione dell'invito alla rimanente popolazione bersaglio. Inizio del quinto round nel mese di ottobre.
- Attivazione, nel 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 2005-2006 riceveranno l'invito per aderire al programma. Ai non rispondenti sono stati inviati solleciti a distanza di tre mesi dal primo invito. Alla data del 31 luglio 2005, l'offerta attiva dello screening ha coinvolto 10.160 persone; sono stati inoltre spediti 735 solleciti.
- Estensione di tutti i programmi di screening oncologico anche alle persone domiciliate nella nostra provincia.
- Implementazione del coordinamento interaziendale e dei gruppi tecnico-scientifici di supporto all'Ufficio di Coordinamento.

Epidemiologia ed educazione alla salute

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

- 1.** Collaborazione alla valutazione del Piano per la Salute Ferrara in Piano. I principali risultati del 2004 sono:
 - a) costruzione degli indicatori di processo del piano, in maniera condivisa con i responsabili dei cinque progetti;
 - b) realizzazione dei report di processo del Piano per gli anni 2003 e 2004;
 - c) preparazione di un progetto dettagliato per la valutazione di impatto del Piano, da attivare nel 2005.
- 2.** Studio epidemiologico sulle disuguaglianze di salute nell'Azienda USL di Ferrara. Risultati del 2004: si è conclusa l'analisi dei dati di accesso al secondo round dello screening citologico.
- 3.** Collaborazione all'attività dell'Osservatorio provinciale per l'educazione e la sicurezza stradale (inserito nel Piano per la Salute).
Risultati del 2004:
 - a) elaborazione di un report aggiornato sugli incidenti stradali e sulle loro conseguenze in termini di salute;
 - b) partecipazione alle consultazioni periodiche dell'Osservatorio per la predisposizione del piano provinciale di interventi per la sicurezza stradale.
- 4.** Valutazione dell'impatto dell'ambiente locale sulla salute, mediante studi di epidemiologia ambientale:
 - a) studio triennale sull'esposizione ambientale come fattore di rischio per la salute a Ferrara (con finanziamento del comune di Ferrara, studio inserito nel Piano per la Salute);
 - b) studio di impatto sulla salute dei microinquinanti atmosferici nella città di Ferrara (inserito nel Piano per la Salute);
 - c) studio sulla salute del bambino e l'ambiente, a valenza provinciale, con il coinvolgimento di tutte le scuole elementari e medie e la raccolta di 6.600 questionari

- compilati (con finanziamento della Provincia);
- d) conclusione delle analisi sui dati dello studio sull'asma nei giovani adulti (ISAYA);
- e) studio sulla situazione sanitaria nel comune di Poggio Renatico (in relazione con la presenza di un radar).

Risultati del 2004:

- a) conclusa la prima fase (descrittiva);
- b) conclusa la prima fase (raccolta dei dati);
- c) conclusa la raccolta dei questionari e la loro informatizzazione;
- d) analisi conclusa grazie all'aiuto di una laureanda in statistica;
- e) presentata una proposta di lavoro al Comune di Poggio Renatico.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

Le attività previste per il 2005 comprendono il proseguimento di quelle azioni indicate per il 2004 ed una nuova attività.

Collaborazione alla preparazione del nuovo Piano per la Salute per il 2006-2008.

Azioni in corso finalizzate alla raccolta di informazioni sulla situazione di salute dei ferraresi:

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

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

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

Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

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

PRINCIPALI DATI DI ATTIVITÀ DEL 2004

Attività 2004	Distretto OVEST	Distretto CENTRO NORD	Distretto SUD EST	Azienda USL FERRARA
Unità Locali controllate	307	449	265	1.021
Lavoratori addetti	3.757	12.952	4.075	20.784
Atti autorizzativi	476	836	496	1.808
Lavoratrici madri	59	117	63	239
Visite mediche apprendisti	265	746	897	1.908
Inchieste infortuni	31	34	21	86

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

Sulla base delle caratteristiche produttive e dell'analisi della domanda espressa e dei bisogni di salute, dal punto di vista quantitativo l'attività prevista per il 2005 può essere così sintetizzata:

Principali attività previste per il 2005	Distretto OVEST	Distretto CENTRO NORD	Distretto SUD EST	Azienda USL FERRARA
Atti autorizzativi	450	840	510	1.800
Visite mediche	350	1.240	1.180	2.770
Lavoratrici madri	60	120	65	245
Inchieste infortuni	24	35	20	79
Unità Locali da controllare	210	450	240	900
Lavoratori addetti alle Unità Locali da controllare	3.500	12.500	4.000	20.000

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

- **Valutazione del rischio da agenti cancerogeni nelle attività di saldatura su acciai inossidabili e nelle attività di cromatazione:** si valuterà il grado di applicazione del titolo VII del decreto legislativo 626/94 – protezione dei lavoratori da agenti cancerogeni – nelle aziende che svolgono queste attività, attraverso l'esame della valutazione del rischio e della registrazione degli esposti a Cromo VI e Nichel, agenti cancerogeni per l'uomo. Le conclusioni saranno portate a un tavolo tecnico costituito con le Associazioni imprenditoriali dell'industria e dell'artigianato, per condividere le eventuali azioni da intraprendere.
- **Valutazione del rischio da fitofarmaci nelle attività agricole:** si esplorerà un modello di valutazione dei rischi chimici durante la preparazione e la somministrazione dei fitofarmaci sulle colture arboree e su quelle seminative, in un'azienda rappresentativa del territorio, che servirà come esempio per tutte le altre aziende del settore. Inoltre, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, la Regione Emilia-Romagna e l'Azienda USL di Forlì, si realizzerà uno studio sulle modalità di somministrazione dei fitofarmaci e gli effetti sulla salute in un campione di cinquanta aziende agricole, individuate dalle associazioni provinciali degli imprenditori agricoli.
- **Conclusione dello studio sulla coorte degli ex esposti a CVM:** si elaboreranno i dati emersi dalla sorveglianza epidemiologica e sanitaria del gruppo di ex esposti al

CVM, studio condotto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, le Regioni Emilia-Romagna e Veneto, l'Università di Padova, le Aziende USL di Ravenna, Dolo-Mirano e Marghera. I risultati dello studio serviranno per decidere le modalità di prosecuzione della sorveglianza degli ex esposti, con evidenti implicazioni di tipo informativo, assistenziale e medico-legale.

- **Conclusione dello studio sul rischio da polveri di silice libera cristallina:** la recente classificazione della silice libera cristallina nel gruppo 1 della IARC (cancerogeno certo per l'uomo) ha riportato in primo piano questo antico fattore di rischio professionale, per cui la Regione Emilia-Romagna ha costituito un gruppo di lavoro tecnico per valutare l'attuale grado di esposizione dei lavoratori nei diversi comparti produttivi. Anche il SPSAL⁸ dell'Azienda USL di Ferrara sta partecipando allo studio multicentrico, in particolare con il campionamento di polvere aerodispersa in lavorazioni agricole di motoaratura. Nel corso del 2005 sarà completato lo studio e saranno pubblicate le conclusioni.

SERVIZIO VETERINARIO

Sanità animale

Anno 2004

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

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

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

L'**anagrafe bovina** è di primaria importanza al fine della garanzia della tracciabilità delle derrate di origine bovina. I punti di erogazione del servizio (implementazione dati e rilascio passaporti) sono stati mantenuti a Bondeno, Ferrara e Portomaggiore. Inoltre, sono stati effettuati controlli negli allevamenti bovini per verificare le rispondenze reali di rispetto alla situazione dei dati su banca dati nazionale.

I piani di controllo ed eradicazione della **tubercolosi** bovina effettuati nel 2004 hanno

⁸ SPSAL: Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro.

dimostrato una prevalenza della malattia dello 0% rispetto al 2,30% del 2003, con una percentuale di allevamenti ufficialmente indenni del 100%, in miglioramento rispetto al 98,7% del 2003.

Per quanto riguarda la **brucellosi e leucosi enzootica** dei bovini/bufalini, l'attività 2004 conferma una prevalenza della malattia dello 0%, pur essendosi verificati due episodi di sospetto determinato da reattività sierologia non specifica.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

I piani locali di Sanità Animale nel 2005 non prevedono sostanziali modifiche rispetto all'anno precedente, perché allineati ai Piani Regionali e Nazionali.

Significativo sarà, comunque, l'orientamento rivolto a migliorare la qualità del servizio e delle prestazioni erogate secondo procedure validate.

L'entrata in vigore del regolamento comunitario 178/2002 pone come condizione primaria di sicurezza nella filiera degli alimenti di origine animale (carne, pesce, latte, uova, ecc.) la sanità degli animali destinati a produrre alimenti per l'uomo, realizzata fra l'altro mediante il controllo e l'eradicazione delle malattie.

Verranno pertanto realizzati *auditing* e verifiche interne sulle procedure di controllo ufficiale adottate in tema di: influenza aviaria, anagrafe degli allevamenti e piani di controllo ed eradicazione della tubercolosi bovina.

Nuova attività di controllo prevista:

- **Scrapie:** Nel 2005 prende avvio, secondo il Piano regionale, il controllo della scrapie (encefalopatia da prioni) negli allevamenti ovini iscritti ai libri genealogici, al fine di selezionare geneticamente i riproduttori maschi con maggiore resistenza alla malattia. La scrapie è una malattia appartenente al gruppo delle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili, che colpisce pecore e capre. Non risulta essere trasmissibile all'uomo, ma è di difficile distinzione dalla BSE, la quale può colpire pure pecore e capre; la diminuzione di frequenza della scrapie nelle greggi consentirà quindi di controllare meglio la possibile presenza di BSE in tali specie, con evidenti vantaggi in tema di prevenzione nell'uomo.

Miglioramento delle prestazioni:

- **BSE:** Cinque allevamenti (campione della popolazione bovina del Distretto Sud Est) verranno sottoposti a test clinici ravvicinati per valutare il coefficiente di ripetibilità agli stimoli nella procedura di controllo della BSE. Si tratta di un controllo previsto per verificare l'effettiva attendibilità dei test messi a punto nella procedura clinica predisposta da questa Unità Operativa e divulgata a tutte le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna.

Progetti in collaborazione con altri enti e servizi:

L'Unità Operativa partecipa ad un progetto europeo, **Po 2005-flood emergency**.

Con Regione Emilia-Romagna - Servizio di Protezione Civile, Provincia di Ferrara, Prefettura di Ferrara, Comuni di Ferrara e Bondeno, Associazioni di Volontariato, verranno pianificati e simulati piani di intervento ed emergenza, in uno scenario ad elevato rischio idraulico (esondazione del Po).

Il Servizio Veterinario pianificherà ed eseguirà un intervento di evacuazione di un allevamento bovino da un territorio a rischio esondazione.

Igiene degli Alimenti di Origine Animale

L'attività dell'Unità Operativa è strutturata in tre grossi settori d'intervento:

- a) sorveglianza delle zone adibite a molluschicoltura e stabilimenti riconosciuti CEE nel settore dei prodotti della pesca;
- b) stabilimenti riconosciuti CEE nel settore carni e prodotti a base di latte;
- c) vigilanza e controllo nel settore della commercializzazione e somministrazione di alimenti di origine animale.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

- a) Molluschi bivalvi vivi: nel corso dell'anno 2005 si è continuato il lavoro di sorveglianza e monitoraggio delle zone di produzione, effettuando anche i controlli delle medesime zone per conto del Settore Ambiente della Provincia di Ferrara, previa ratifica di una nuova convenzione.

L'attività di monitoraggio si contraddistingue in campionamenti di molluschi (sui quali sono eseguiti controlli microbiologici, chimici e biotossicologici) e di acqua (sui quali sono eseguiti controlli microbiologici, conta delle cellule algali, ecc.); inoltre vengono effettuate determinazioni di campo (temperatura, Salinità, Ossigeno, Ph, Idrocarburi in sospensione, ecc.) dal medesimo personale dell'Azienda USL durante la fase di campionamento nelle singole stazioni di monitoraggio.

Relativamente a questo settore di intervento, rispetto al 2004, si è implementata un'attività di ricerca sul filetto di tonno rosso sia fresco che congelato, prodotto da paesi terzi e commercializzato sul nostro territorio. La ricerca eseguita su vari campioni (prelevati presso depositi all'ingrosso), ha evidenziato la presenza di "monossido di carbonio", additivo non consentito, che maschera lo stato di freschezza, con rischio per il consumatore finale di incorrere in episodi di tossinfezione alimentare da ingestione di tonno con valori elevati di istamina. I dati di detta ricerca sono stati comunicati in data 14/03/2005 al Ministero della Salute e all'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna.

- b) Per quanto riguarda l'attività negli stabilimenti, si precisa che rispetto all'anno 2004 si è provveduto a:
 - ridistribuire gli incarichi di veterinario ufficiale presso i vari stabilimenti, inserendo negli elenchi provinciali le nuove strutture riconosciute;
 - rimodulare le frequenze dei sopralluoghi in funzione: del frequenzimetro regionale, delle potenzialità operative, dell'analisi del pericolo per singola struttura in correlazione con i dati storici;
 - programmare *auditing* sulle procedure di controllo ufficiale in tre distinte strutture individuate nelle tre principali aree d'intervento: settore ittico, settore avicolo, settore della trasformazione.
- c) Rintracciabilità alimenti di origine animale: nel corso dell'anno si è ritenuto di continuare un'attività di informazione, con particolare riguardo agli stabilimenti di trasformazione (salumifici), al fine di illustrare le modalità operative di etichettatura dei prodotti ottenuti, in modo tale da poter ricostruire sino alla fonte iniziale il percorso fatto da ogni singolo ingrediente che compone l'alimento. Per perseguire l'o-

biiettivo prefissato, ci si è avvalsi anche della collaborazione delle singole associazioni di categoria.

Relativamente a questo settore di intervento, ciò che di diverso si è ritenuto di implementare rispetto al 2004 è stato:

- a. un'attività di ricerca eseguita sui formaggi stagionati, e in particolare Grana Padano e Parmigiano Reggiano, prodotti nel secondo semestre dell'anno 2003, caratterizzato dall'emergenza aflatossina M1 e attualmente in corso di commercializzazione.
- b. programmazione di un incontro formativo con gli operatori del settore carni (macellai) del Distretto Sud Est.

Igiene allevamenti e produzioni zootecniche

Attività anno 2004

L'attività ha avuto come obiettivo la sicurezza delle produzioni di origine animale (carne, latte, uova, miele, ecc.) rispetto al rischio della presenza di sostanze chimiche e la tutela del benessere di animali allevati e d'affezione.

I controlli ufficiali sono stati svolti da veterinari e tecnici della prevenzione, formati sulla base di una programmazione annuale del lavoro, secondo procedure di controllo condivise e scritte.

Gli ambiti di attività sono:

- l'**alimentazione animale**, con ispezioni e campionamenti svolti nella fase di deposito di mangimi, nella fase di produzione, in mangimifici e impianti di sottoprodotti destinati all'alimentazione animale, nella fase di distribuzione (nelle rivendite), e nella fase di utilizzo (negli allevamenti);
- il **farmaco veterinario**, con ispezioni e campionamenti (Piano Nazionale Residui) svolti nella fase di distribuzione, in farmacie e grossisti, e nella fase di utilizzo dei farmaci, negli allevamenti intensivi e ambulatori veterinari;
- le **sostanze vietate** (anabolizzanti), con ispezioni e campionamenti (Piano Nazionale Residui) negli allevamenti zootecnici e negli impianti di produzione primaria (2 macelli avicoli del territorio di Copparo);
- l'**igiene della produzione del latte**, con ispezioni e campionamenti nelle aziende di produzione di latte bovine, bufaline e ovi-caprine e nella centrale del latte di Copparo;
- il **benessere animale**, con rilascio di pareri preventivi su progetti edilizi e ispezioni per il benessere animale negli allevamenti intensivi, nei luoghi di detenzione degli animali d'affezione quali canili, gattili, allevamenti, pensioni e negozi di animali, mostre di animali, circhi, toelettature, negli stabulari di animali oggetto di sperimentazione ed, infine, controlli durante il trasporto degli animali d'allevamento; l'Igiene Urbana Veterinaria, con sopralluoghi e altre attività svolte su richiesta delle Amministrazioni Comunali per la valutazione delle problematiche connesse alla convivenza tra l'uomo e gli animali d'affezione, cani e gatti in particolare, e anche gli animali sinantropi, colombi e gatti di colonia. Nell'ambito degli interventi volti a migliorare il rapporto uomo-animale, si inserisce il progetto di Zooantropologia didattica, in base al quale medici veterinari dell'Azienda USL e liberi professionisti incaricati, tutti

appositamente formati, hanno condotto cicli di interventi nelle scuole elementari e medie con scopo informativo ed educativo sul corretto approccio con il cane ed il gatto, insieme agli insegnanti.

Nell'anno 2004 si sono controllate 889 strutture su 906 esistenti, per un totale di 3622 controlli, riscontrando 267 irregolarità, a cui hanno fatto seguito 270 provvedimenti.

Aree di miglioramento e obiettivi per il 2005

Per quanto riguarda l'attività programmata 2005, sono stati previsti gli stessi volumi per le diverse attività di controllo.

Obiettivi aggiuntivi sono: l'attivazione del **progetto di sterilizzazione dei gatti delle colonie feline** presso l'ambulatorio del gattile municipale di Ferrara, la partecipazione al **progetto regionale Sicurezza alimentare**, un percorso di *auditing* (valutazione interna) su diverse tipologie di controllo ufficiale, la partecipazione al progetto di **Pet-Therapy** rivolto a malati di Alzheimer presso la casa di riposo Ripagrande di Ferrara. In collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, è prevista la partecipazione al progetto di *Pet-Therapy Cerniere sul territorio - minori, animali e musica: percorsi educativo-riabilitativi* da svolgere presso il Canile di Migliaro.

SCHEMA RIASSUNTIVO DEI PROGETTI PER IL 2005

PROGETTI TRASVERSALI PER TUTTI I DISTRETTI

- Attività di controllo di tutti gli studi odontoiatrici;
- verifiche sulla nuova normativa inerente il divieto di fumo nei locali chiusi;
- contenimento dei tempi di attesa per l'attività certificativa e valutativa;
- potenziamento del ruolo e dell'attività dell'Ufficio Gestione Sinistri;
- applicazione di un nuovo corpo giuridico (regolamenti CE) e delle indicazioni regionali in materia di alimenti;
- completamento del terzo round dello screening per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero ed inizio del quarto round;
- completamento del quarto round dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella ed inizio del quinto round;
- attivazione del primo round di screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto;
- indagine provinciale sulle abitudini di vita dei ferraresi e la loro salute percepita;
- valutazione del rischio da agenti cancerogeni nelle attività di saldatura e attività di cromatazione;
- valutazione del rischio da fitofarmaci nelle attività agricole;
- conclusione dello studio sul rischio da polveri di silice libera cristallina;
- conclusione dello studio sulla coorte degli ex esposti CVM (cloro-vinile-monomero);
- controllo della scrapie (encefalopatia da prioni) negli allevamenti ovini;
- partecipazione al Progetto europeo *Po 2005-flood emergency*;
- implementazione dei controlli sui filetti di tonno rosso e sui formaggi stagionati;
- partecipazione al progetto regionale *Sicurezza alimentare*;

PROGETTI PER IL DISTRETTO CENTRO NORD

Sterilizzazione dei gatti delle colonie feline presso il gattile di Ferrara

Pet-Therapy rivolto a malati di Alzheimer presso la Casa di Riposo Ripagrande di Ferrara

PROGETTI PER IL DISTRETTO SUD-EST

Pet-Therapy *Cerniere sul territorio - minori, animali e musica: percorsi educativo-riabilitativi* presso il canile di Migliaro

5.4. LA SALUTE MENTALE

Il livello distrettuale

1) Area Adulti

Popolazione target⁹: uguale/maggiore 18 anni: 175.845

uguale/maggiore 18 anni – uguale/minore 64 anni: 110.710

Osservazioni

- Il Centro di Salute Mentale del Distretto Centro Nord - Area di Ferrara e di Copparo conferma l'offerta all'utenza di una prestazione quantitativamente superiore alla media provinciale, sia per quanto riguarda gli accessi che gli interventi.
- Si è ridotto il tasso d'incidenza dei Trattamenti Sanitari Obbligatori per tutto il Dipartimento di Salute Mentale provinciale; per contro, quello del Distretto Centro Nord è in incremento.
- Invece il tasso complessivo dei ricoveri si mantiene inferiore al dato provinciale.
- Il tasso d'incidenza delle prime visite si conferma inferiore a quello provinciale; il Dipartimento di Salute Mentale sta valutando il dato in maniera più dettagliata per proporre ipotesi interpretative.
- Il tasso di prevalenza degli utenti seguiti è aumentato rispetto allo scorso anno ed è superiore alla media del Dipartimento di Salute Mentale.
- Il tasso di prevalenza in incremento conferma il buon rapporto del Centro di Salute Mentale con le altre Agenzie Sanitarie e Sociali presenti nel Distretto, e l'attitudine a farsi carico delle situazioni complesse.
- Si segnala il maggior utilizzo dei sussidi, sia rispetto al livello aziendale che rispetto all'anno precedente, dovuto all'incremento dei progetti di inserimento lavorativo nei pazienti che presentano patologie psichiatriche complesse.

Integrazioni esistenti

Sono confermate le integrazioni dello scorso Programma Attuativo Territoriale, con i miglioramenti di seguito riportati:

⁹ a) Al Centro di Salute Mentale del Distretto Centro Nord fanno riferimento ancora i cittadini dei Comuni di Poggio Renatico e di Vigarano, mentre i cittadini del Comune di Voghiera hanno ancora il Centro di Salute Mentale del Distretto Sud Est - Area di Portomaggiore 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 2004 per gli utenti divisi per Comune che, pertanto, non sono stati scorporati anche perché strettamente collegati al funzionamento generale delle due équipe.

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

- Con i **medici di medicina generale**, attraverso una collaborazione sui singoli casi (Progetto Liggieri).
- Con il **Dipartimento delle Cure Primarie**: in particolare è diventato attivo il protocollo con il **Ser.T.** per la gestione dei casi con "doppia diagnosi".
- Con l'**Azienda Ospedaliera**, tramite il servizio di consulenza svolta sia dalla Clinica Psichiatrica convenzionata che dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.
- La Struttura Complessa che afferisce alla Clinica Psichiatrica Universitaria ha ulteriormente sviluppato anche **presso l'Ospedale di Argenta il Servizio di Psiconcologia**, che si riconferma un punto di eccellenza aziendale.
- Con il **Dipartimento di Sanità Pubblica**, tramite la partecipazione di Dirigenti Medici di Psichiatria alle Commissioni di Valutazione per l'Invalidità Civile, per l'idoneità al lavoro, per il porto d'armi e il permesso di guida.
- Con il **Volontariato e il Comune di Ferrara**, con i quali è in atto un'esperienza avanzata a livello provinciale, focalizzata sui progetti di reinserimento lavorativo.
- Con le **Associazioni di familiari di sofferenti psichici *Solidal-mente e Non più soli*** si è ulteriormente consolidata e strutturata la relazione di integrazione, tramite l'attuazione di un protocollo condiviso.

Queste integrazioni avranno ulteriore formalizzazione nelle procedure per l'accreditamento del Dipartimento di Salute Mentale.

ATTIVITÀ TERRITORIALE E DI RICOVERO NEL CENTRO DI SALUTE MENTALE								
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	Distretto Centro Nord 2004	Percentuale sul DSM	DSM 2004	Distretto Centro Nord 2003	Differenza percentuale	Poggio Renatico	Vigarano Mainarda	Voghiera
Prime visite	869	44,1	1.972	920	- 5,9	17	20	20
tasso d'incidenza/ 100.000 abitanti Età ≥18	554,48		641,7	587,02				
maschi	339	45	754	358	-5,6	5	11	11
tasso d'incidenza/ 100.000 abitanti Età ≥18	464,87		518,57	490,93				
femmine	530	43,5	1.218	562	-6	12	9	9
tasso d'incidenza/ 100.000 abitanti Età ≥18	632,46		752,27	670,64				
Totale accessi	43.611	49,6	88.005	38.062	+12,7	698	922	893
Totale prestazioni	75.854	54,4	139.438	67.860	+10,6	914	1.937	1.212
Totale pazienti seguiti nel periodo	3.030	56,7	5.343	2.249	+25,8	38	34	63
tasso di prevalenza/ 100.000 abitanti Età ≥18	1.933,35		1.738,64	1.435,02				
Accessi ambulatoriali	39.120	49,8	78.600	32.313	+17,4	660	841	858
Accessi domiciliari	2.291	53,0	4.326	2.544	-11	37	15	6
Accessi in altre sedi	2.200	43,3	5.079	3.218	-46,2	1	66	29
RICOVERI	Centro Nord 2004	Percentuale sul DSM	DSM 2004	Centro Nord 2003	Percentuale sul DSM	DSM 2003		
Ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio	48	51,1	94	38	36,2	105		
tasso d'incidenza/ 100.000 abitanti Età ≥18	30,63		30,59	24,25		34,2		
RICOVERI TOTALI	564	51,6	1.094	605	47,8	1.266		
CASE DI CURA	68	48,9	139	63	40,1	157		
tasso d'incidenza/ 100.000 abitanti Età ≥18	43,39		45,23	40,20		51,1		
Costi per rette al 31/12	418.315	47,9	872.408					
Costi per sussidi al 31/12	299.047	61,5	486.533	237.734	61,2	388.081		

2) Area Minori

Popolazione target¹⁰ i bambini e gli adolescenti minori di 18 anni: 19.122

UTENTI SU POPOLAZIONE TARGET (PREVALENZA)				
Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
5,9	6,5	5,5	5,6	6,03

NUOVI UTENTI SU POPOLAZIONE TARGET (INCIDENZA)				
Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
2,2	1,8	2,2	2,5	2,84

¹⁰ Anche nel 2004 non sono stati fatti cambiamenti per allineare i Servizi alle nuove definizioni territoriali dei Distretti. Pertanto, i dati riferiti a patologie e prestazioni sono da mettere in relazione all'assetto precedente. È stato possibile ridefinire esclusivamente i parametri epidemiologici di prevalenza e incidenza secondo la nuova territorialità distrettuale.

DATI PRESTAZIONI ANNI 2000/2003

Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
17.134	19.048	18.885	19.160	17.714

Dalle tabelle precedenti risulta per l'ambito territoriale un quadro in costante aumento, nel medio periodo, della prevalenza e dell'incidenza che si allineano ai valori degli altri Distretti.

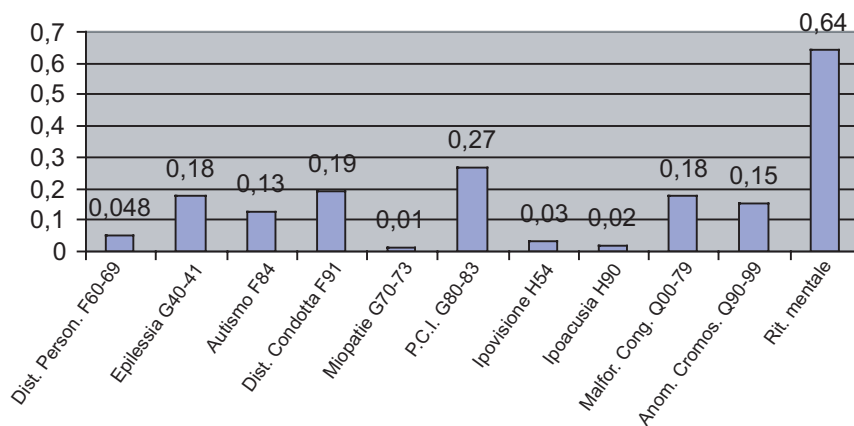
La riduzione delle prestazioni (-1.446, pari al 7,55% dell'anno precedente) è dovuta al trasferimento degli ambulatori alla nuova sede di Via Messidoro, che ha comportato la chiusura del servizio per circa venti giorni ed il lento ripristino delle funzioni nel mese successivo.

Il confronto con le altre realtà regionali colloca il servizio di Ferrara tra quelli più richiesti da parte della popolazione, come si evince dal rendiconto annuale 2004 del Servizio.

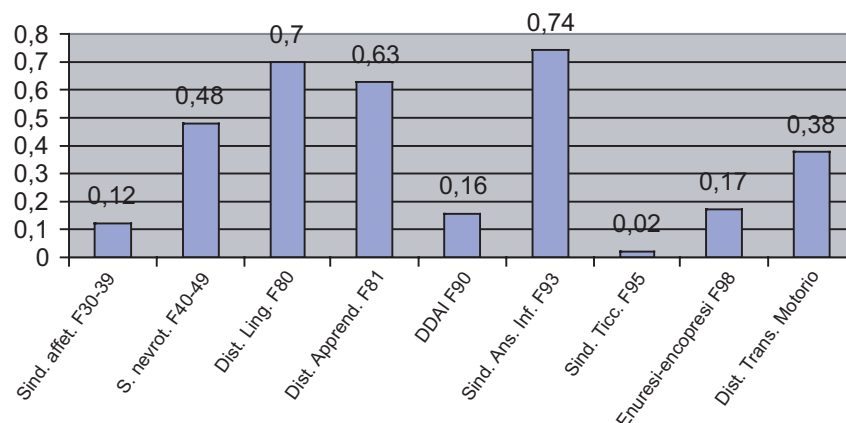
Utenti per tipologia e per target di popolazione

Le due tabelle successive riassumono le principali categorie diagnostiche; la prima riguarda tutte le patologie che comportano una permanenza nel servizio per più di 5 anni ovvero "hard", mentre la seconda riguarda le altre ovvero "soft".

PATOLOGIE HARD 2003 Ferrara



PATOLOGIE SOFT 2003 Ferrara



I valori sono sovrapponibili a quelli dell'anno passato, e mostrano che la stesura di protocolli diagnostici per alcune patologie (disturbi di apprendimento, disturbi dell'umore, disturbi transitori motori) sta riducendo le disomogeneità che caratterizzavano i dati della patologia soft nei vari Distretti; questo rimane uno degli obiettivi principali anche per i prossimi anni.

Nel Distretto di Ferrara risultano certificati, per la legge 104/92 per l'inserimento scolastico, 215 bambini, per una percentuale su popolazione target pari all'1,4%.

Gli inserimenti in strutture psichiatriche residenziali di minori con patologie severe e non più sostenibili da parte delle famiglie sono tre, mentre gli inserimenti in strutture per handicap grave risultano cinque, di cui due in strutture residenziali e tre in strutture diurne.

Per le caratteristiche proprie della disciplina, il servizio distrettuale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva ha consolidato, in questi ultimi anni, i rapporti con le Scuole di ogni ordine e grado basati sia sull'attività di routine, come indicato dalla legge 104, sia su attività di formazione comuni.

Realizzando gli obiettivi di risultato prefissati negli anni 2001-2004, è molto migliorato il rapporto con i pediatri di libera scelta e si è consolidato quello con i pediatri di comunità.

Per quanto riguarda l'area distrettuale di Ferrara, rimane saldo il rapporto con l'Azienda Ospedaliera Universitaria, che si articola su alcuni progetti di continuità terapeutica, e che per la sua importanza ha indotto la necessità di creare un nuovo modulo organizzativo di struttura semplice denominato "Continuità terapeutica ospedale - territorio" che coinvolge anche il Distretto Sud Est con il reparto di Pediatria dell'Ospedale del Delta.

AREA DI COPPARO

UTENTI SU POPOLAZIONE TARGET (PREVALENZA)				
Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
5,2	5,2	6,7	6,6	7,27

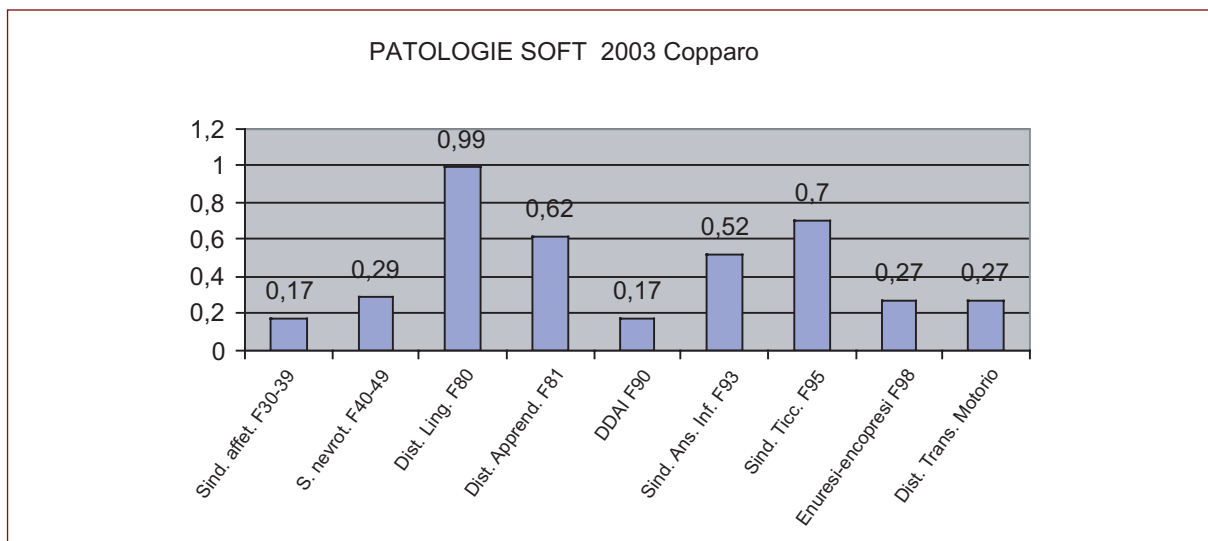
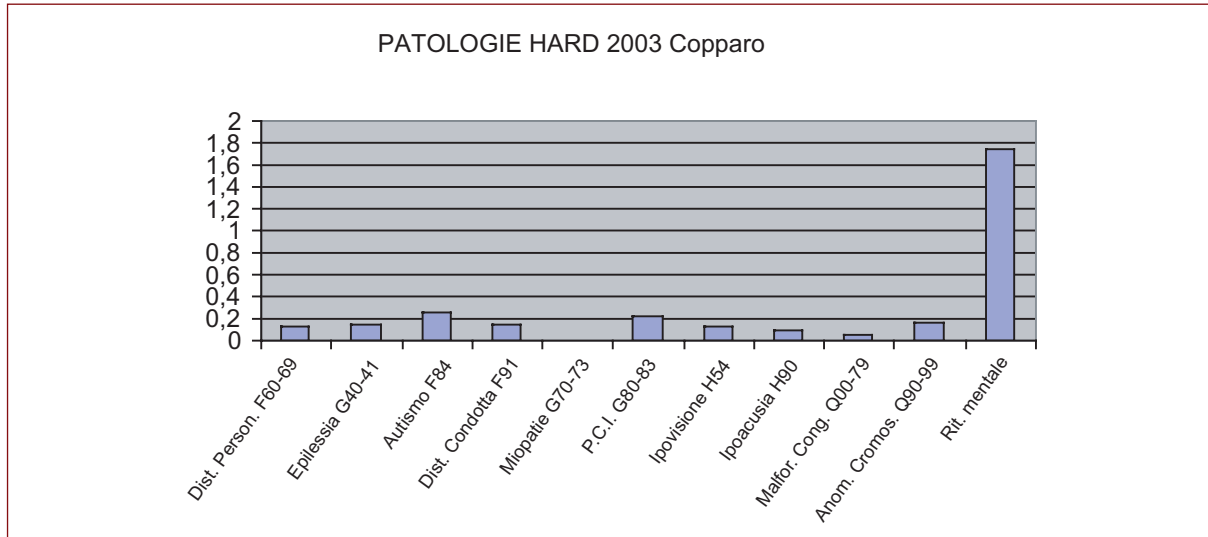
NUOVI UTENTI SU POPOLAZIONE TARGET (INCIDENZA)				
Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
1,7	2,1	2,4	2,5	2,8

DATI PRESTAZIONI ANNI 2000/2003				
Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
4.584	4.362	4.602	4.742	4.418

Anche nell'ambito dell'attività di Copparo è evidente un allineamento di prevalenza ed incidenza ai valori degli altri Distretti, con un trend in crescita. La riduzione delle prestazioni, - 324, pari al 6,83% dell'anno precedente, è dovuta alla mancanza del Dirigente Medico specialista di Neuropsichiatria infantile nell'attività ambulatoriale, non sostituito.

Utenti per tipologia e per target di popolazione

Anche per Copparo le due tabelle riferite alle principali categorie diagnostiche (la prima riguarda tutte le patologie che comportano una permanenza nel servizio per più di 5 anni "hard", mentre la seconda riguarda le altre "soft" non presentano significative variazioni dall'anno precedente.



Rimane uno degli obiettivi principali dei prossimi anni la riduzione delle disomogeneità tra i vari punti operativi distrettuali su alcune patologie (disturbi di apprendimento, DDAI, disturbi dell'umore, disturbi transitori motori), che è già stata affrontata attraverso la stesura di protocolli diagnostici.

Nel Distretto di Copparo risultano certificati, per la legge 104/92 per l'inserimento scolastico, 108 bambini, per una percentuale su popolazione target pari al 2,7%.

Non ci sono inserimenti in strutture psichiatriche residenziali di minori con patologie severe, mentre gli inserimenti in strutture per handicap grave risultano tre, di cui due in strutture residenziali e una in struttura diurna.

Per le caratteristiche proprie della disciplina, il servizio distrettuale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva ha consolidato, in questi ultimi anni, i rapporti con le Scuole di ogni ordine e grado basati sia sull'attività di routine, come indicato dalla legge 104, sia su attività di formazione comuni.

Realizzando gli obiettivi di risultato prefissi negli anni 2001-2004, è molto migliorato il rapporto con i pediatri di libera scelta, e si è consolidato quello con i pediatri di comunità.

Psicologia clinica a tutela dell'infanzia e dell'adolescenza

AREA DI FERRARA

INDICI DI ATTIVITÀ		
	Anno 2003	Anno 2004
Utenti	288	295
Nuovi utenti	126	145
Prevalenza	1,8	1,8
Incidenza	0,8	0,9

ANDAMENTO				
	Anno 2001	Anno 2001	Anno 2003	Anno 2004
Prevalenza	2,4	2,1	1,75	1,8
Incidenza	1,14	0,61	0,8	0,9

TIPOLOGIA DELLE RAGIONI DEGLI INTERVENTI					
I Categoria			II Categoria		
2002	2003	2004	2002	2003	2004
54,6	68,7	*	45,3	31,2	*

* I dati 2004 sono in elaborazione; è comunque prevedibile che non vi siano particolari difformità.

N.B. I Categoria: interventi per gli abusi, maltrattamenti e i casi inviati dal Tribunale e dalla Procura Minorile. II Categoria: tutela preventiva, adozioni e affidi.

AREA DI COPPARO

INDICI DI ATTIVITÀ		
	Anno 2003	Anno 2004
Utenti	83	78
Nuovi utenti	31	42
Prevalenza	2,1	1,9
Incidenza	0,8	1,1

ANDAMENTO				
	Anno 2001	Anno 2001	Anno 2003	Anno 2004
Prevalenza	1,4	1,0	2,1	1,9
Incidenza	1	0,3	0,8	1,1

TIPOLOGIA DELLE RAGIONI DEGLI INTERVENTI					
I Categoria			II Categoria		
2002	2003	2004	2002	2003	2004
73,1	77,1	*	25,6	22,9	*
* I dati 2004 sono in elaborazione; è comunque prevedibile che non vi siano particolari difformità.					

N.B. I Categoria: interventi per gli abusi, maltrattamenti ed i casi inviati dal Tribunale e dalla Procura Minorile. II Categoria: tutela preventiva, adozioni e affidi.

Osservazioni

Per l'Area di Ferrara, come per quella di Copparo, continua il trend positivo di un incremento dei valori di prevalenza e di incidenza. Quest'ultimo si riporta ai valori 2002, completando il recupero di attrazione del servizio.

Si rinnova l'osservazione che l'area delle problematiche che afferiscono alla psicologia clinica è in continuo incremento, e che si può andare incontro ad un rischio involutivo sulla qualità degli interventi.

Aree di miglioramento ed obiettivi per il 2005

La programmazione e gli obiettivi per l'anno 2005 del Dipartimento di Salute Mentale si articolano secondo le seguenti aree di intervento:

PROGETTI TRASVERSALI COMUNI A TUTTI I DISTRETTI

1. La centralità del cittadino

1.1. *Coinvolgimento nella programmazione, gestione e valutazione del rapporto tra domanda e offerta dei servizi:*

- a) consolidamento dei rapporti tra le Strutture Complesse del Dipartimento di Salute Mentale e i Distretti tramite regolare partecipazione ai Comitati di Distretto e relativi gruppi di lavoro;
- b) Piani per la Salute: attivare processi di sostegno ai *care giver*:
 - offerta di informazioni mirate a sostegno dei percorsi ai familiari di persone con disturbi psichici;
 - offerta di sostegno psicologico e relazionale ai *care giver* di pazienti affetti da psicosi cronica;
 - tempo di sollievo: sperimentazione di strategie di affido familiare per pazienti affetti da patologia psichiatrica, a tutela dei bisogni dei *care giver*;
 - percorso sperimentale integrato a Portomaggiore: attivazione di percorsi di facilitazione per i genitori di ragazzi affetti da malattia psichiatrica cronica.

1.2. *Garanzie all'accesso del cittadino ai servizi e alla maggiore qualità nelle prestazioni erogate:*

- a) accreditamento istituzionale del Dipartimento di Salute Mentale
 - perfezionamento dei documenti e rilevazione degli indicatori per l'adeguamento ai parametri previsti dal modello regionale per l'accreditamento;
 - *audit* interno verso le funzioni del Dipartimento di Salute Mentale sottoposte

- a valutazione regionale;
- *audit* esterno istituzionale verso il Dipartimento di Salute Mentale;
- Adeguamento e verifica del sistema informatico del Dipartimento di Salute Mentale (obiettivo regionale);
- Misurazione della soddisfazione degli utenti (*Progetto Zancan*);
- b) attivazione dei gruppi permanenti per la Salute Mentale all'interno dei Comitati Consultivi Misti.

2. L'universalità e l'equità di accesso

2.1. Garanzia di condizioni omogenee di qualità ed appropriatezza:

- a) Implementazione della sperimentazione scaturita al Tavolo della Provincia per affido – abusi – adozione: integrazione SMRIA¹, servizi sociali, enti autorizzati;
- b) lo sviluppo dell' integrazione socio-sanitaria:
 - attivazione di un Tavolo Provinciale tra la struttura complessa SMRIA e i Servizi Sociali distrettuali per la stesura di una procedura unica di intervento nelle attività socio-sanitarie integrate dell'area minori.

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

3.1. revisione degli assetti organizzativi e razionalizzazione nell'impiego dei fattori produttivi:

- a) Interventi in tema di coordinamento ed omogeneizzazione dei comportamenti-clinici
 - Migliorare i trattamenti terapeutici pazienti ricoverati nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC):
 - introduzione tecniche terapeutiche di gruppo.
 - riduzione contenzioni
 - introduzione nel Servizio Psichiatrico dell'attività *Gruppo cinema* gestita dal personale infermieristico formato, una volta alla settimana, con visione di un film e discussione dello stesso con i pazienti.
 - Introduzione in nel Servizio Psichiatrico dell'attività *Gruppo di Rilassamento*, gestita dal personale infermieristico formato, una volta alla settimana
 - Introduzione in nel Servizio Psichiatrico dell'attività *Terapia di gruppo* gestita dal personale infermieristico formato due volte la settimana.
 - Nel Servizio Psichiatrico si vuole ridurre del 10% l'intervento di contenzione (36 volte nel 2004) migliorando il *nursing* infermieristico (esclusi i pazienti con patologie psicorganiche)
 - Assistenza psicologica e costruzione percorso dedicato per genitori di figli con malformazioni congenite:
 - 1. progetto di assistenza personalizzato;
 - 2. costruzione percorso personalizzato per l'invio ai servizi di cura.
 - Monitoraggio pazienti con diagnosi di disturbo di personalità in trattamento nel Distretto Sud Est: costruzione di una modalità di ricerca per l'identificazione dei pazienti con diagnosi di disturbo di personalità e monitoraggio dei trat-

¹¹ SMRIA: Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza.

tamenti erogati.

- Perfezionamento procedure di ricovero in emergenza urgenza (Dipartimento di Salute Mentale, Pronto Soccorso, 118):
 1. definizione di nuove procedure interne al Dipartimento di Salute Mentale;
 2. definizione di nuove procedure Dipartimento di Salute Mentale, Pronto Soccorso, 118.
- Implementazione delle linee guida, monitoraggio dei protocolli diagnostici.
- Linee Guida per l'autismo:
 1. linee guida per DDAI;
 2. SIMFER – SINPI: verifica/sviluppo competenze per profilo funzionale in fasce d'età.
- Implementazione delle linee guida, monitoraggio protocolli diagnostici: protocollo diagnostico DSA: indicazioni per un'epidemiologia di servizio; criteri per l'individuazione di ipotesi di trattamento.
- Definizione del gruppo operativo multiprofessionale per *break-down* in età adolescenziale:
 1. formulazione delle linee guida per la diagnosi e il progetto terapeutico;
 2. ipotesi di attivazione di attivazione con privato sociale di struttura post-emergenza e urgenza.
- Definizione di una procedura dipartimentale per l'assistenza domiciliare ai pazienti in trattamento complesso.

3.2. Riduzione del grado di onerosità dei fattori produttivi impiegati:

- a) Interventi organizzativi: chiusura della comunità di portatori di handicap psichici (ex Ospedale psichiatrico S. Bartolo); intervento per il supporto tecnico all'inserimento.
- b) Predisposizione di procedure integrate:
 - Consolidamento della rete tra Centri di Salute Mentale distrettuali, le degenze distrettuali e l'Emergenza-Urgenza per il monitoraggio ricoveri e gli inserimenti in struttura.
 - Integrazione degenza Sud Est, SMRIA e Emergenza Urgenza per pazienti Adolescenti:
 - a) Integrazione Ospedaliera concordata tra SPOD³ e SMRIA per definire la reciproca integrazione a favore di adolescenti che necessitano di ricovero Ospedaliero.
 - b) Integrazione Ospedaliera concordata tra Centro di Salute Mentale Sud Est e SMRIA per definire la reciproca integrazione a favore di adolescenti che necessitano di un trattamento integrato.
 - Perfezionamento delle procedure di ricovero in emergenza urgenza (Dipartimento di Salute Mentale, Pronto Soccorso, 118):
 1. definizione nuove procedure interne al Dipartimento di Salute Mentale
 2. definizione nuove procedure Dipartimento di Salute Mentale, Pronto Soccorso, 118.

¹³ SPOD: Servizio Psichiatrico Dell'Ospedale Del Delta.

- Implementazione linee guida, monitoraggio protocolli diagnostici:
 1. linee Guida per l'autismo;
 2. linee guida per DDAI;
 3. SIMFER – SINPI: verifica e sviluppo delle competenze per il profilo funzionale in fasce d'età;
 4. protocollo diagnostico DSA: indicazioni per una epidemiologia di servizio; criteri per l'individuazione di ipotesi di trattamento.
- Definizione del gruppo operativo multiprofessionale per il *break-down* in età adolescenziale:
 1. formulazione delle linee guida per la diagnosi e il progetto terapeutico;
 2. ipotesi di attivazione con privato sociale di struttura post-emergenza e urgenza.

AZIONI SPECIFICHE PER IL DISTRETTO CENTRO NORD

- **La qualità dell'assistenza e l'efficienza gestionale:** le strategie dell'appropriatezza e dell'integrazione.

NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE:

- miglioramento **procedure di presa in carico** nel Centro di Salute Mentale del Distretto Centro Nord

Salute Mentale e Cure Primarie

- a) ulteriore sviluppo del programma regionale Liggeri finalizzato all'individuazione congiunta, con i medici di medicina generale, dei pazienti affetti da patologie psichiatriche in regime di assistenza ambulatoriale:
 - implementazione ed estensione del Punto di consulenza telefonica; valutazione dell'impatto sulla collaborazione tra medici di medicina generale e Centri di Salute Mentale;
 - costituzione del gruppo di lavoro aziendale previsto dal Progetto Liggeri;
 - costituzione del gruppo di lavoro distrettuale previsto dal Progetto Liggeri per il Distretto e il Centro di Salute Mentale Centro Nord.
 - individuazione dei partecipanti al corso di formazione regionale G. Liggeri.
- b) ulteriori progetti di integrazione tra **Lungodegenza Post Acuzie e Dipendenze Patologiche**
 - monitoraggio dell'applicazione del protocollo **LPARE/DSM Copparo**;
 - verifica dell'applicazione del **protocollo Ser.T. Dipartimento di Salute Mentale**, modificato dopo il primo anno di attuazione, con monitoraggio degli interventi sul territorio, nelle residenze, nelle strutture di ricovero e di riabilitazione;
 - attivazione di un programma di formazione per tutti gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale, Area Psichiatria Adulti, SMRIA, NPI e Ser.T.: *Psicopatologia dell'Adolescenza e abuso di sostanze*;
 - attivazione di *audit* clinici con gli operatori dei due servizi, almeno uno annualmente per ogni Distretto.

PROGETTI TRASVERSALI COMUNI A TUTTI I DISTRETTI

- Consolidamento dei rapporti tra le strutture complesse del Dipartimento Salute Mentale e i Distretti;
- Piani per la Salute;
- accreditamento istituzionale del Dipartimento Salute Mentale;
- attivazione dei gruppi permanenti per la Salute Mentale dei Comitati Consultivi Misti;
- implementazione della sperimentazione scaturita al tavolo dell'Amministrazione Provinciale per affido, abusi, adozione;
- sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria: attivazione di un tavolo provinciale tra la Struttura Complessa SMRIA e i Servizi Sociali distrettuali per la stesura di una procedura unica di intervento nelle attività socio-sanitarie integrate dell'area minori;
- interventi in tema di coordinamento e omogeneizzazione dei comportamenti clinici;
- chiusura della comunità portatori di handicap psicofisici (ex Ospedale S. Bartolo);
- predisposizione di procedure integrate.

5.5. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

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

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

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

La dotazione complessiva attuale di posti letto del PUO è di 765 posti letto (PL), 654 di ricovero ordinario (RO) e 111 di ricovero in regime di Day Hospital (DH).

Nello specifico abbiamo:

Area ospedaliera Ovest - 1				Area ospedaliera Est - 2			
Ospedale di Cento	174 PL	161 RO	13 DH	Ospedale del Delta	223 PL	201 RO	22 DH
Ospedale di Bondeno	61 PL	40 RO	21 DH	Ospedale di Comacchio	63 PL	48 RO	15 DH
Ospedale di Copparo	94 PL	66 RO	28 DH	Ospedale di Argenta	150 PL	138 RO	12 DH
Totale	329 PL	267 RO	62 DH	Totale	436 PL	387 RO	49DH

Attualmente all'interno del PUO agiscono sei Dipartimenti Ospedalieri Strutturali e un Dipartimento Funzionale.

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

- il Dipartimento dell'Emergenza;
- il Dipartimento Medico;
- il Dipartimento Chirurgico;
- il Dipartimento Materno Infantile;
- il Dipartimento della Diagnostica di Laboratorio;
- il Dipartimento della Diagnostica per Immagini e di Radiologia Interventistica.

Il Dipartimento Ospedaliero Funzionale è il:

- Dipartimento della Medicina di Comunità di Copparo.

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

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

Il Presidio Unico Ospedaliero ricerca anche un'integrazione nei confronti delle altre macrostrutture aziendali (Distretti, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento Salute Pubblica) che sovrintendono a necessità assistenziali generalmente extraospedaliere. Tale integrazione si è realizzata:

- nei confronti dei Distretti e dei Dipartimenti di 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 di Salute Mentale attraverso la presenza di servizi all'interno dell'Ospedale (SPOD);
- nei confronti del DSP – Dipartimento di Sanità Pubblica attraverso l'organizzazione e l'esecuzione del secondo livello degli screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella e la predisposizione del nuovo screening per i tumori del colon-retto.

Nell'ultimo anno l'attività del Presidio Unico Ospedaliero si è mossa secondo tre direttrici che dovranno trovare nel 2005 le loro conseguenze applicative più evidenti. Esse sono:

- 1) lo sviluppo di una coerente integrazione programmatoria e di percorsi clinico-assistenziali tra ospedale e territorio attraverso il confronto costante con i costituiti Dipartimenti delle Cure Primarie (DCP);

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

I primi due punti hanno trovato riscontro in obiettivi specifici che già prefigurano, nella programmazione 2005, una pratica ormai costante di condivisione di analisi e di procedure; il terzo punto ha portato invece alla formalizzazione dell'attività del Collegio di Presidio da una parte e dei Collegi di Stabilimento dall'altra.

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

Le attività ospedaliere, in una Azienda come la nostra dotata di sei stabilimenti, sono altresì localizzate nei singoli ospedali, con un'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 Operative operanti in quell'ospedale ed afferenti ai diversi Dipartimenti, il luogo della corrispondente condivisione di obiettivi generali e specifici.

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

DISTRETTO CENTRO NORD

Localizzazione Territoriale

Nel Distretto Centro Nord è attivo, come ospedale dell'Azienda USL oltre all'Azienda Ospedaliera, lo stabilimento ospedaliero "S. Giuseppe" di Copparo, il quale presenta 94 posti letto complessivi, di cui 66 ordinari e 28 di Day Hospital e Day Surgery, 8 dei quali di Riabilitazione ospitati a Tresigallo. I posti letto sono così distribuiti per specialità:

OSPEDALE DI COPPARO			
Unità Operative Ospedale di Copparo	Posti Letto Ordinari	Posti Letto Day Hospital	Posti Letto Totali
MEDICINA	26	12	38
LUNGODEGENZA	30	-	30
CHIRURGIA	10	-	10
DH POLISPECIALISTICO	-	8	8
Unità Operative Ospedale di Tresigallo			
DH RIABILITAZIONE	-	8	8
TOTALE	66	28	94

Dati di sintesi

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

Vengono qui presentati i dati relativi ai primi 20 DRG prodotti in regime di ricovero ordinario e i primi 10 DRG prodotti in regime di Day Hospital e Day Surgery da tutte le Unità Operative presenti rispettivamente nell'Ospedale di Copparo.

Anno 2004				
Primi 20 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Copparo - Tresigallo				
Ricoveri Ordinari				
DRG	Descrizione DRG	residenti	Mobilità Attiva	Totale
127	M-Insufficienza cardiaca e shock	162	2	164
14	M-Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto A.I.T.	81	1	82
89	M-Polmonite semplice e pleurite, età>17 con CC	68		68
158	C-Interventi su ano e stoma no CC	61	4	65
17	M-Malattie cerebrovasc. aspecifiche no CC	57		57
290	C-Interventi sulla tiroide	52	2	54
236	M-Fratture dell'anca e della pelvi	49		49
15	M-A.I.T. e occlusioni precerebrali	46		46
139	M-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca no CC	34		34
90	M-Polmonite semplice e pleurite, età>17 no CC	33	1	34
16	M-Malattie cerebrovasc. aspecifiche con CC	31	2	33
294	M-Diabete, età >35	27	1	28
88	M-Malattie polmonari cronico-ostruttive (COPD)	26		26
82	M-Neoplasie dell' apparato respiratorio	25		25
138	M-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	24		24
202	M-Cirrosi e epatite alcoolica	23		23
494	C- Colecistectomia laparoscopica senza esploraz. dotto bil. no CC	21	2	23
395	M-Anomalie dei globuli rossi, età >17	19		19
149	C-Interventi magg. su intestino crasso e tenue no CC	19		19
183	M-Esofag.,gastroen,miscel.malattie app.digerente età >17 no CC	18		18
Anno 2004				
Primi 10 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Copparo - Tresigallo				
Day Hospital				
DRG	Descrizione DRG	residenti	Mobilità Attiva	Totale
119	C-Legatura e stripping di vene	112	2	114
364	C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie mal.	110		110
162	C-Interventi per ernia inguinale e femorale > 17 no CC	108	2	110

CONSIDERAZIONI SUI RISULTATI 2004, OBIETTIVI 2005

Interventi strutturali e riorganizzativi avvenuti nel 2004

Nel corso del 2004 presso l'Ospedale di Copparo sono stati eseguiti numerosi interventi strutturali, tesi ad un miglioramento sia per quanto riguarda la sicurezza che la qualità dell'assistenza prestata. Essi sono rappresentati da:

- rifacimento del tetto del Laboratorio Analisi;
- realizzazione del gruppo refrigerante;
- messa a norma delle sale operatorie;
- manutenzione della cabina elettrica a bassa tensione.

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

- l'attivazione del Day-Surgery ortopedico, specialità prima non presente a Copparo. Tale iniziativa è nata per rispondere alla notevole mobilità passiva per DRG ortopedici riscontrata soprattutto nei Comuni di Berra e Ro e si avvale delle competenze cliniche sia dell'equipe ortopedica di Argenta (Dr. Vasina) che dell'Ospedale del Delta (Dr. Faccini);
- la riorganizzazione dell'attività riabilitativa tesa al riequilibrio dell'offerta,
- il prolungamento pomeridiano dell'attività del Servizio Radiologico.

Interventi previsti nel 2005

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

- realizzazione del nuovo Servizio Dialisi;
- realizzazione dei nuovi spazi per la Risonanza Magnetica, che doterà l'Ospedale di Copparo di una fondamentale ulteriore risorsa tecnologica che determinerà una evidente moltiplicazione dell'offerta radiologica in termini qualitativi e di sofisticazione dei percorsi diagnostici;
- realizzazione del nuovo Centro Antidiabetico;
- avanzamento dello Schema Direttore.

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

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

OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE 2005 DEL PUO (PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO) DI INTERESSE AZIENDALE		
Numero obiettivo	Titolo dell'obiettivo	STRUTTURE COINVOLTE
1	Sviluppo del sistema di analisi delle attività ospedaliere.	Direzione P.U.O. Controllo Gestione Sistema Informativo
2	Analisi e proposte di modelli di attività di osservazione breve intensiva.	Direzione PUO
3	Analisi dei costi dell'attività di videolaparoscopia.	Direzione PUO
4	Supporto ai Dipartimenti di Cure Primarie nella presa in carico dell'attività ambulatoriale e dei percorsi di semplificazione dell'accesso.	Direzione PUO Dipartimento Cure Primarie Dipartimenti Ospedalieri
5	Omogeneizzazione dei comportamenti di registrazione degli accessi in Day Hospital medico di pazienti oncologici politrasfusi e di radiologia interventistica.	Direzione PUO Dipartimento Medicina Dipartimento Diagnostica per immagini
6	Coordinamento per l'attivazione del percorso di Angioplastica primaria con l'Azienda Ospedaliera e il Dipartimento Interaziendale Cardiologico.	Direzione PUO Dipartimento Medicina Dipartimento Emergenza
7	Riorganizzazione dell'attività diabetologica.	Dipartimento Medicina Dipartimento Cure Primarie
8	Percorsi facilitati in Pneumologia.	Dipartimento Medicina Dipartimento Cure Primarie
9	Distribuzione dei farmaci ad alto costo.	Dipartimenti Ospedalieri Dipartimento. Farmaceutico
10	Dimissione protetta con eventuale attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata.	Dipartimento Medicina Staff ADI Dipartimento Cure Primarie
11	Preparazione del protocollo aziendale per l'uso appropriato di EEG.	Dipartimento Medicina
12	Linee guida per la diagnosi e il trattamento patologie del ginocchio.	Dipartimento Chirurgia
13	Informatizzazione delle sale operatorie.	Dipartimento Emergenza CED
14	Omogeneizzazione delle rilevazione dei codici bianchi in Pronto Soccorso.	Dipartimento Emergenza
15	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle indagini diagnostiche Pronto Soccorso	Dipartimento Emergenza Dipartimento Diagnostica di in Laboratorio Dipartimento Diagnostica per Immagini
16	Appropriatezza prescrittiva di diagnostica per immagini.	Dipartimento Diagnostica per Immagini Dipartimento Cure Primarie
17	Informatizzazione dei dati sulle infezioni strutture sanitarie.	PUO Dipartimento Diagnostica di Laboratorio.
18	Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste dei medici di medicina generale per gli esami di laboratorio.	Dipartimento Diagnostica di Laboratorio Dipartimento Cure Primarie
19	Teleconsulto medici di medicina generale in diagnostica di laboratorio.	Dipartimento Diagnostica Laboratorio Dipartimento Cure Primarie CED
20	Collegamento web laboratorio/reparti.	Dipartimento Diagnostica Laboratorio CED

**OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE 2005 DEL PUO
DI INTERESSE DISTRETTUALE - DISTRETTO CENTRO NORD**

Numero obiettivo	Titolo dell'obiettivo	STRUTTURE COINVOLTE
1	Supporto organizzativo per intervento strutturale.	Direzione PUO Dipartimento Attività Tecniche
2	Riorganizzazione dell'assetto produttori dell'attività di oculistica.	Direzione PUO Dipartimento Emergenza Dipartimento Cure Primarie
3	Riorganizzazione attività ambulatoriale cardiologia.	Dipartimento Medicina Dipartimento Cure Primarie
4	Contenimento della mobilità passiva ambulatoriale SRRF a Copparo.	Dipartimento Medicina Dipartimento Cure Primarie
5	Percorso urgenze chirurgiche.	Dipartimento Chirurgia
6	Riorganizzazione attività operatoria di chirurgia, oculistica, ortopedia.	Direzione PUO Dipartimento Emergenza
7	Miglioramento appropriatezza dei ricoveri da Pronto Soccorso.	Dipartimento Emergenza
8	Installazione e attivazione della Risonanza Magnetica.	Dipartimento Diagnostica Immagini

6. I CONSUMI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE E AMBULATORIALI: LE DINAMICHE DI UTILIZZO DEI SERVIZI 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 oggi una significativa diminuzione, passando dai 235,46 ricoveri per mille residenti del 2001 ai 225,36 del 2004 (nello stesso periodo la media regionale è passata dai 211,26 ai 193,72). Esistono inoltre differenze molto significative all'interno degli stessi Distretti provinciali, la massima rappresentanza delle quali è caratteristica proprio del Distretto Centro Nord.

TASSO GREZZO DI OSPEDALIZZAZIONE (2004)				
Regione	Provincia	Distretto	Distretto	Distretto
Emilia-Romagna	Ferrara	Centro Nord	Distretto Ovest	Sud Est
193,72	225,36	239,01	197,56	221,29

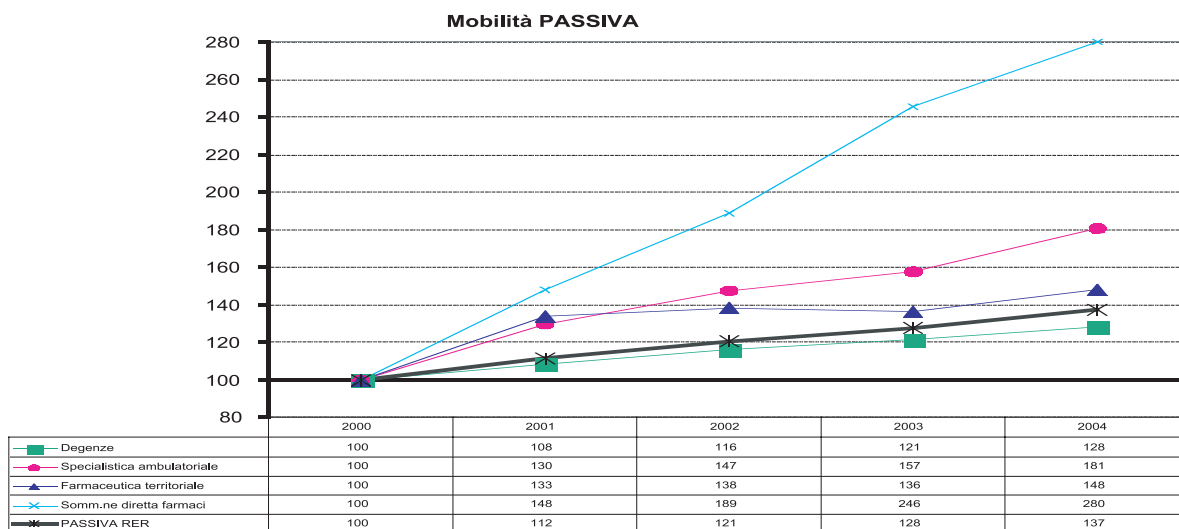
Le differenze rilevate nei consumi delle prestazioni di ricovero tra le diverse Province all'interno della regione, ma anche tra i diversi Comuni, malgrado la standardizzazione per età e sesso, rimangono molto significative e sembrano essere più intimamente legate a differenze comportamentali piuttosto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

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

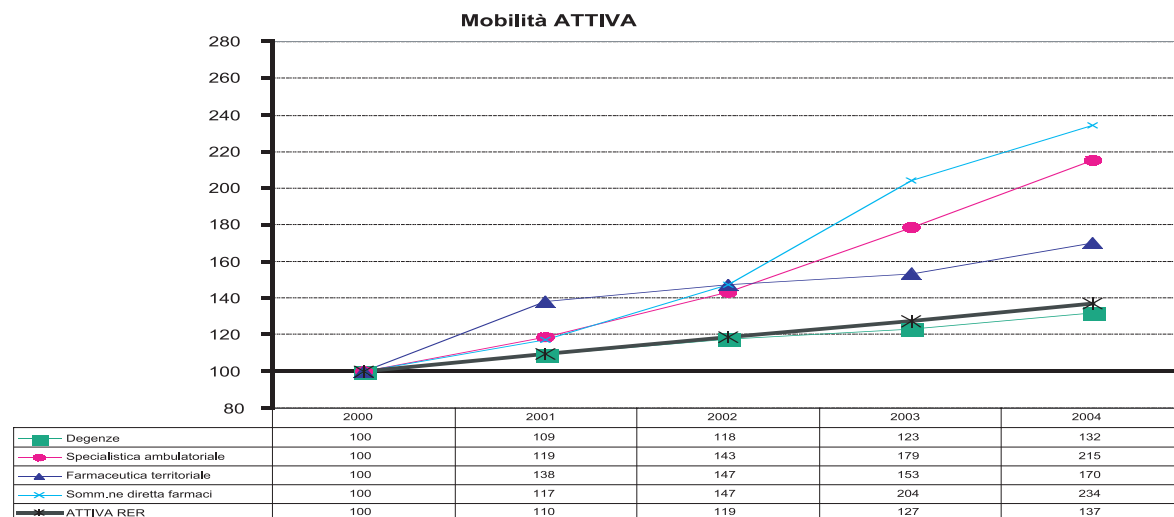
- La mobilità sanitaria, malgrado la consistente e ubiquitaria diminuzione dei tassi di ospedalizzazione legata alla diminuzione complessiva dei ricoveri, è un fenomeno in costante aumento ovunque.
- La mobilità sanitaria costituisce un'area grigia della ricerca scientifica e forse rappresenta più un problema per le aziende che per la comunità scientifica.

ANDAMENTO MOBILITÀ PASSIVA RER



U.O. Sistema Informativo e Committenza

ANDAMENTO MOBILITÀ ATTIVA RER



U.O. Sistema Informativo e Committenza

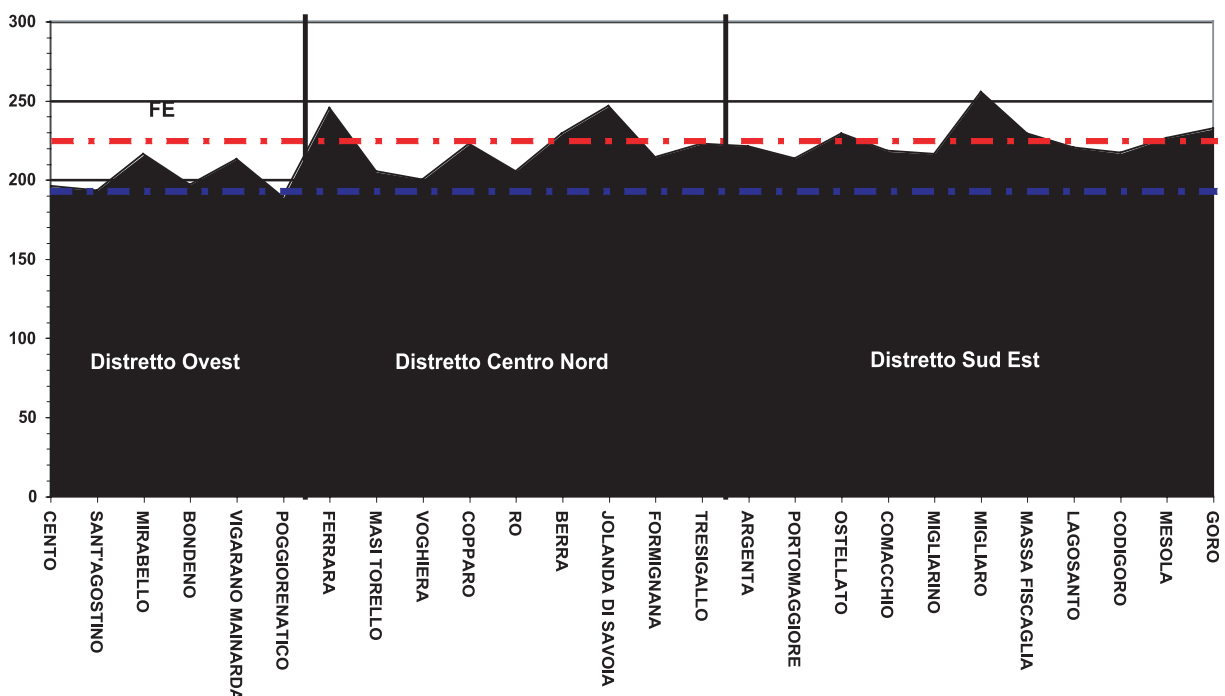
ANDAMENTO SALDI MOBILITÀ RER					
Totale	2000	2001	2002	2003	2004
ATTIVA RER	331.095.338	362.670.098	393.538.180	420.770.381	453.981.307
PASSIVA RER	133.964.847	149.538.027	161.606.761	171.186.840	183.601.429
SALDO RER	197.130.491	213.132.071	231.931.419	249.583.541	270.338.710

□ In termini assoluti di costi sostenuti da parte della Regione Emilia-Romagna per la mobilità sanitaria passiva, la Provincia di Ferrara si colloca con Parma, Modena, Reggio e Bologna in una fascia di province che rappresentano ciascuna dal 10% al 13% della spesa complessiva regionale; in termini relativi, ovvero rispetto al numero di cittadini residenti, la nostra provincia si colloca invece al secondo posto (18,66 ricoveri per mille residenti), dopo Piacenza (41,46‰) e subito prima di Parma (16,21‰) e Rimini (13,28‰), con una media regionale pari all'11,98‰.

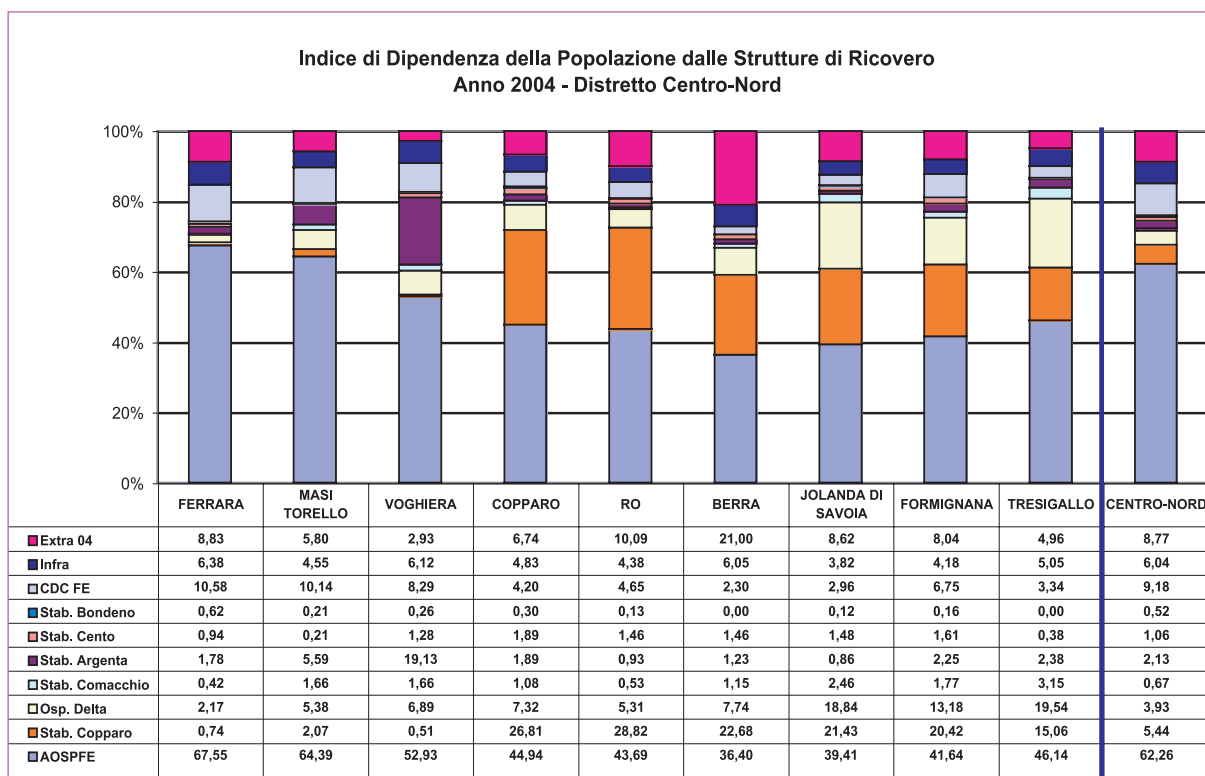
□ Il saldo medio regionale di aumento dei costi sostenuti per la mobilità sanitaria nell'anno 2004 rispetto al 2003 è pari al 7,3%; quello provinciale è invece pari al 5,1%, evidenziando un minore orientamento dei residenti nel territorio ferrarese (già riscontrabile peraltro anche negli anni precedenti) a richiedere un aumento delle prestazioni sanitarie all'esterno del proprio territorio.

I consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali:
le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilità

Tassi Grezzi di Ospedalizzazione Comunali - Anno 2004

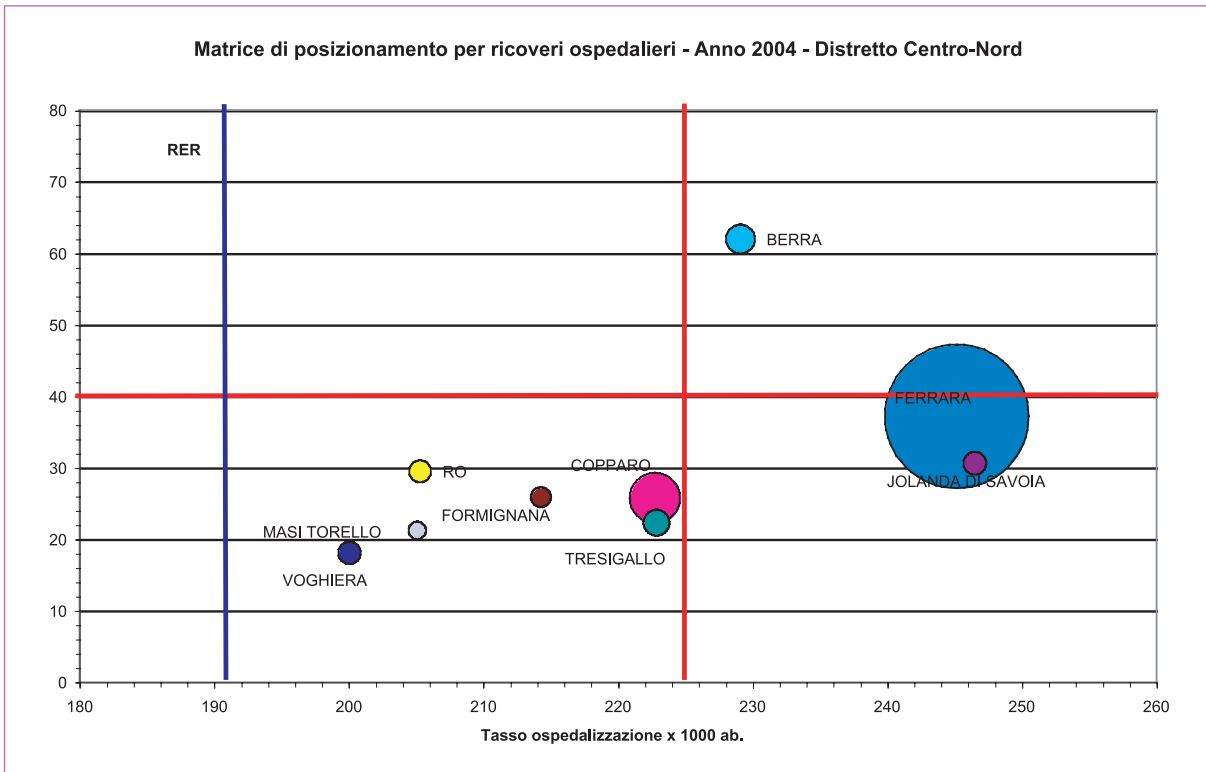


Come già sottolineato nella parte introduttiva, il grafico evidenzia che il tasso grezzo di ospedalizzazione della provincia di Ferrara è nettamente al di sopra della media regionale e che, tra i diversi Comuni del Distretto Centro Nord, Ferrara e Berra registrano un livello di ospedalizzazione superiore alla media provinciale. L'andamento complessivo dei dati è sovrapponibile al 2004, pertanto si può rilevare che le diverse azioni tese alla riduzione sia del tasso di ospedalizzazione che della mobilità non hanno prodotto gli esiti attesi.

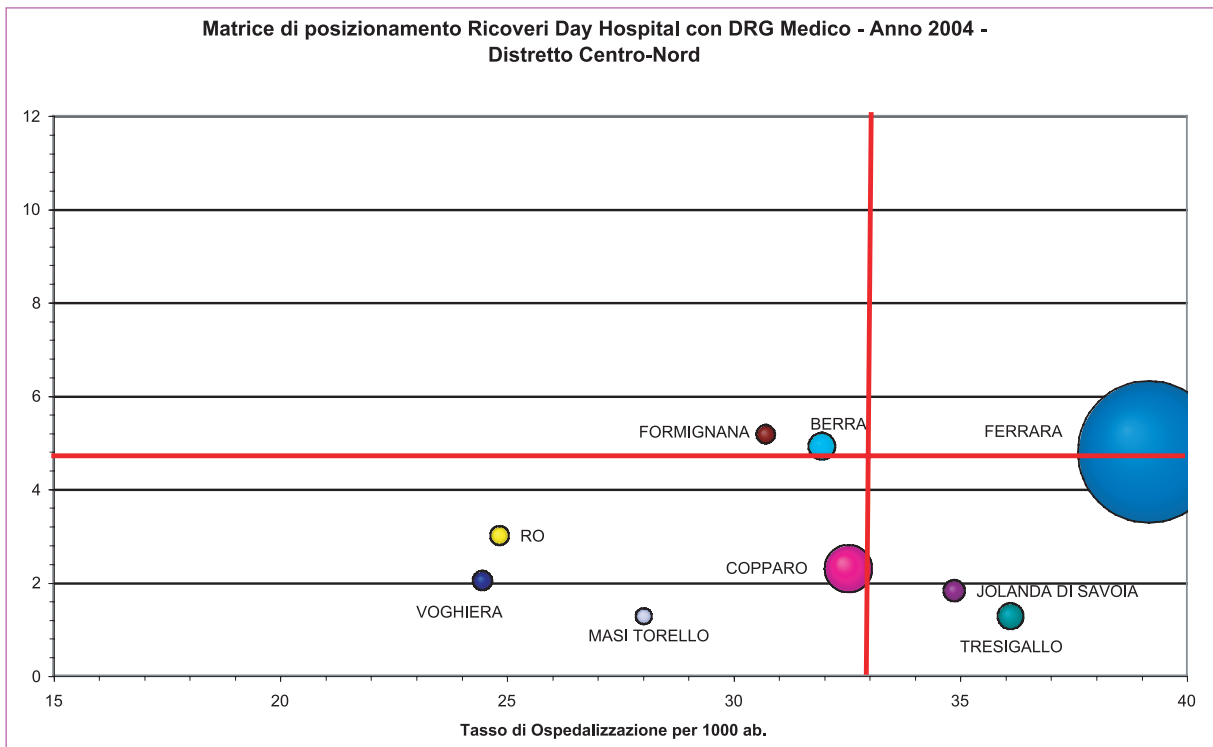


Ogni Comune del Distretto Centro Nord è rappresentato da una colonna all'interno della quale è indicato in percentuale il livello di utilizzo delle diverse strutture ospedaliere da parte della popolazione di quel territorio. Nel Comune di Ferrara, ad esempio, il 67,55% della popolazione si rivolge all'Azienda Ospedaliera, il 10,58 alle Case di Cura convenzionate, mentre nel Comune di Tresigallo il 46,14% della popolazione si rivolge all'Azienda Ospedaliera ed il 19,54% all'Ospedale del Delta.

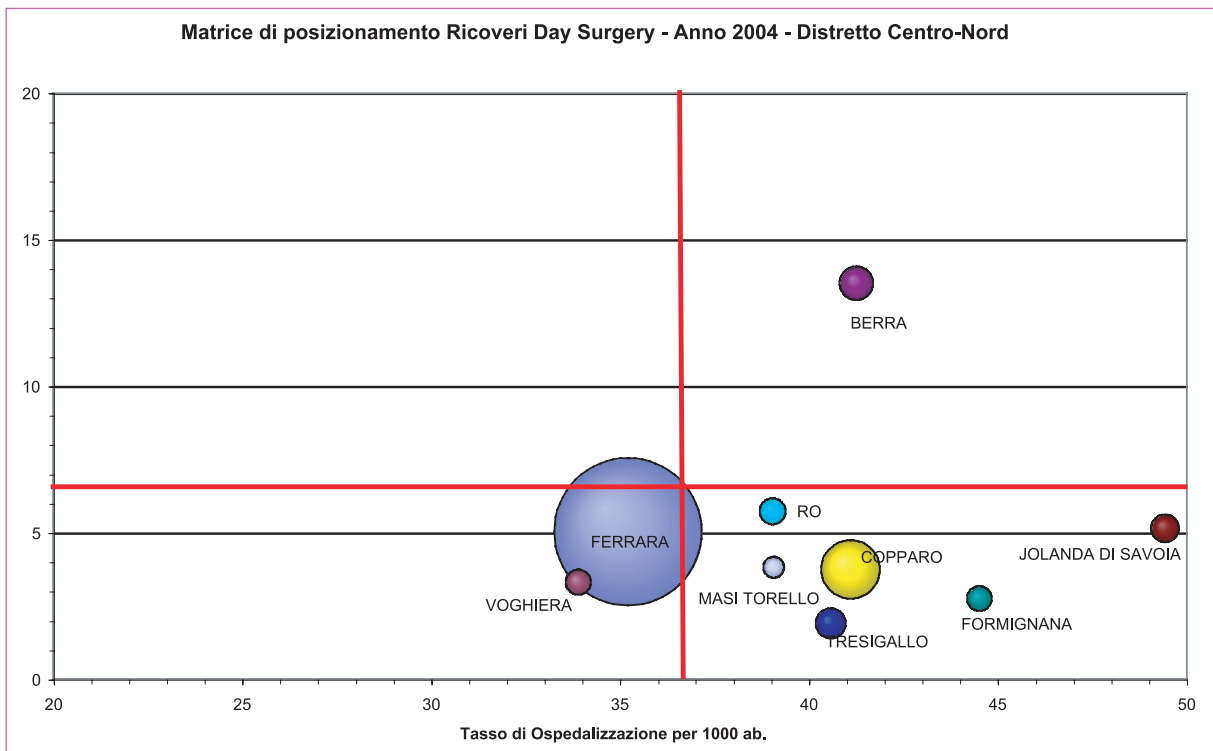
Confrontando i dati della mobilità 2004 con quelli del 2003, si nota un modesto incremento complessivo (dall'8,14% all'8,77%). Si rileva comunque che l'incremento complessivo della mobilità è inferiore alla media regionale.



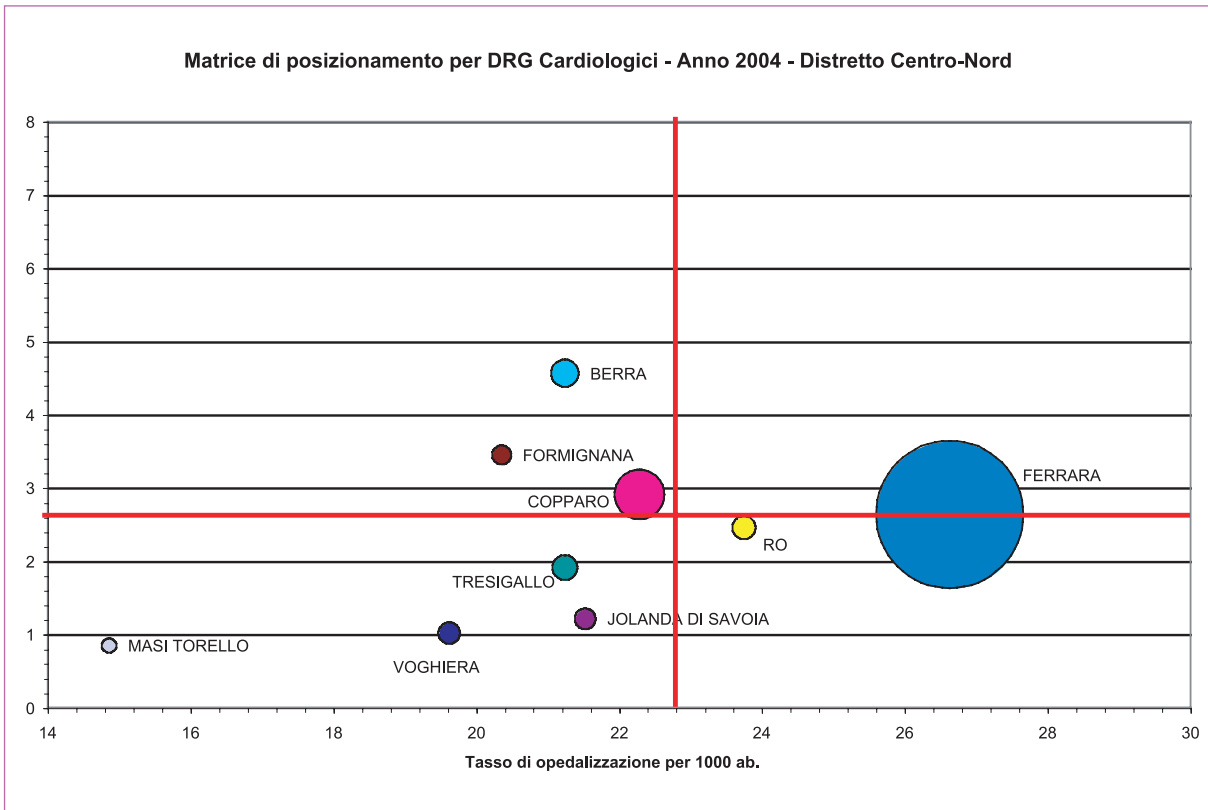
Questo diagramma e i successivi rappresentano il tasso di ospedalizzazione in ascissa e il tasso di mobilità passiva in ordinata. La dimensione dei cerchi indica la numerosità della popolazione di riferimento. Il Comune di Berra mantiene la tendenza al ricovero fuori Regione, mentre tutti gli altri Comuni sono lievemente al di sotto della media provinciale.



In questo diagramma sono rappresentati in particolare i ricoveri in Day Hospital medico, che evidenziano per Ferrara una lieve tendenza alla mobilità, mentre si è ridotta rispetto all'anno precedente (vedi PAT 2004) la mobilità di Berra che, attraverso percorsi facilitati di accesso e riduzione dei tempi di attesa, ha trovato una risposta alternativa presso l'Ospedale di Copparo. Parliamo comunque di valori modesti, intorno al 4-5%, che corrispondono ad un decimo di tutti i ricoveri in Day Hospital.

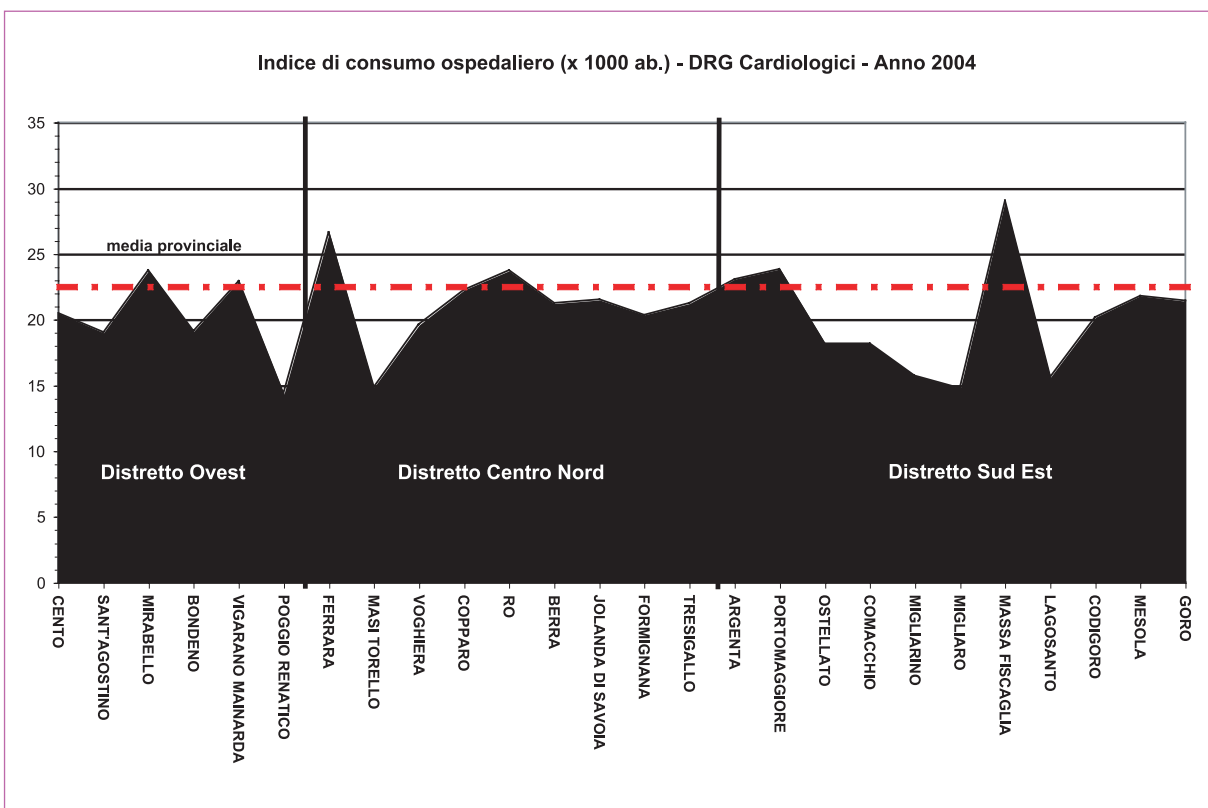


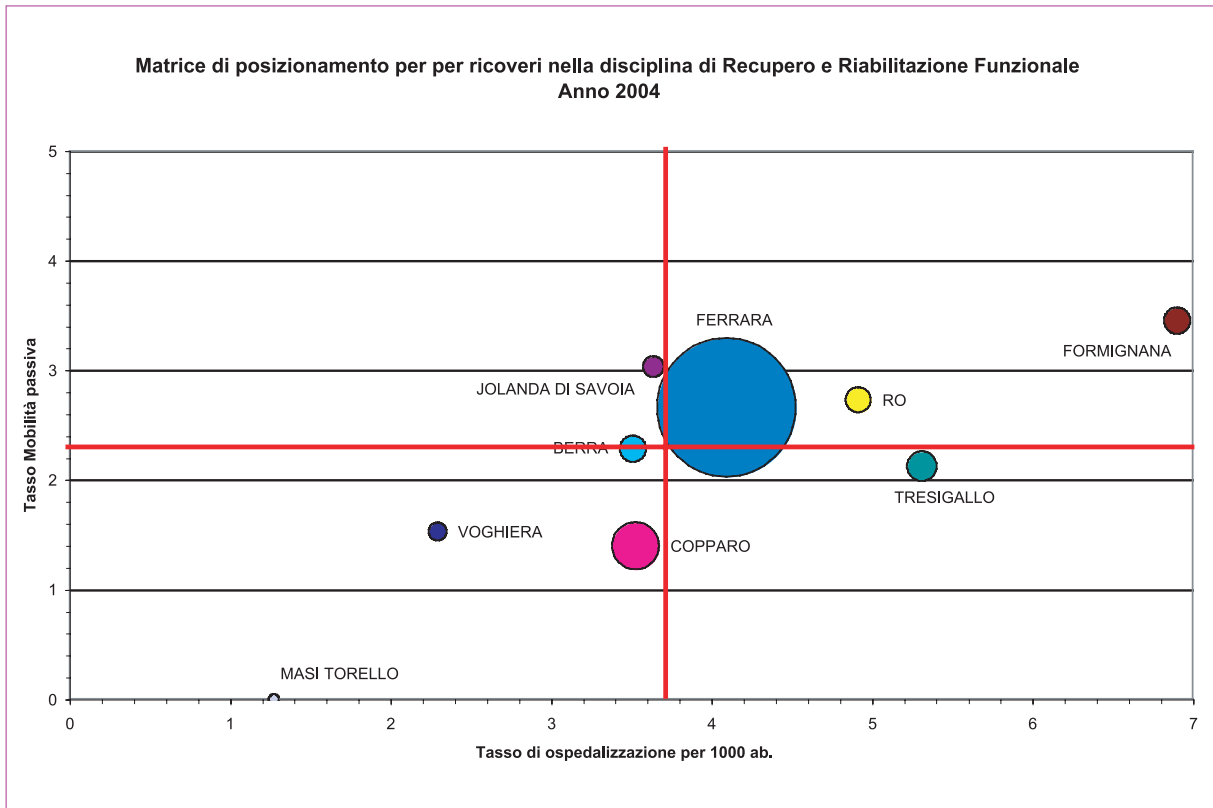
L'attività di Day Surgery a Ferrara è utilizzata in maniera limitata, ma sembra che la popolazione preferisca sopportare tempi di attesa che a volte sono piuttosto lunghi, piuttosto che emigrare per ricevere la prestazione. Si conferma la mobilità sul Comune di Berra.



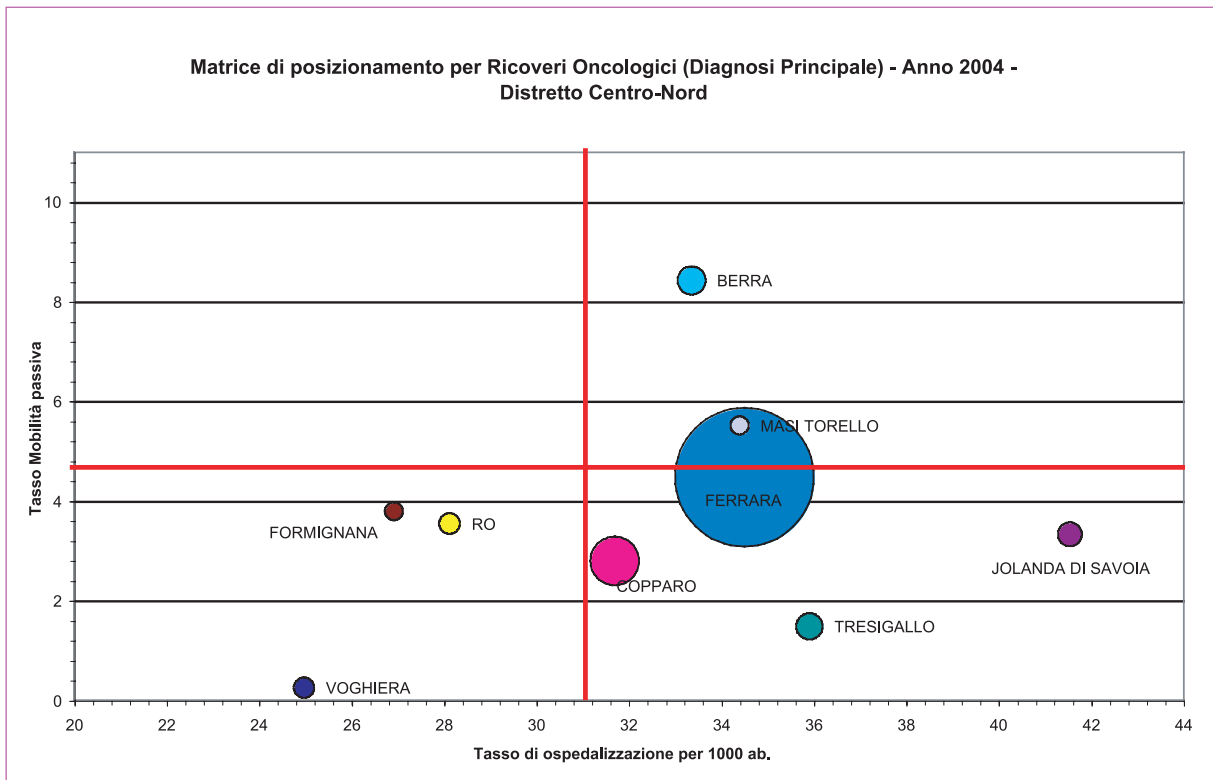
Il Comune di Ferrara dimostra un elevato tasso di ospedalizzazione per problemi cardiologici, mentre per la maggior parte dei restanti Comuni si osservano tassi di ricovero inferiori alla media provinciale. Il Comune di Berra ha ridotto di un punto il tasso di mobilità.

La tabella successiva, riferita a tutti i Comuni della provincia, conferma questo andamento.

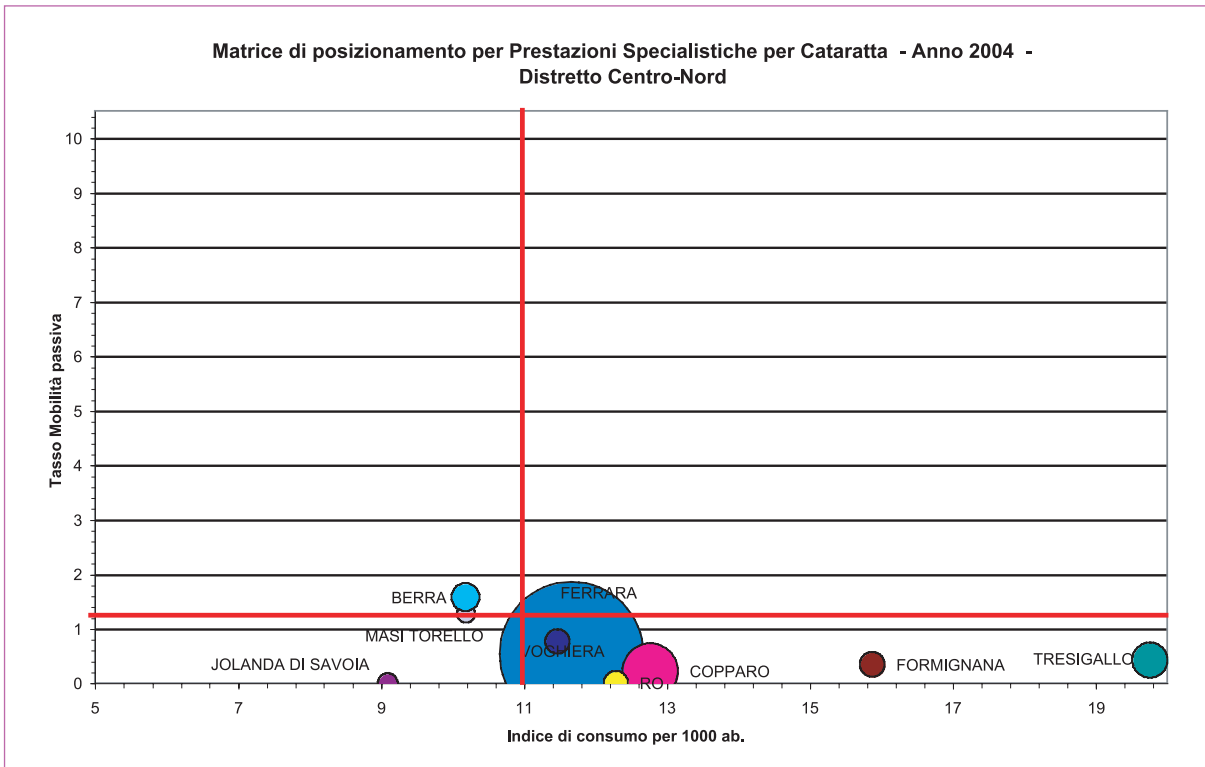




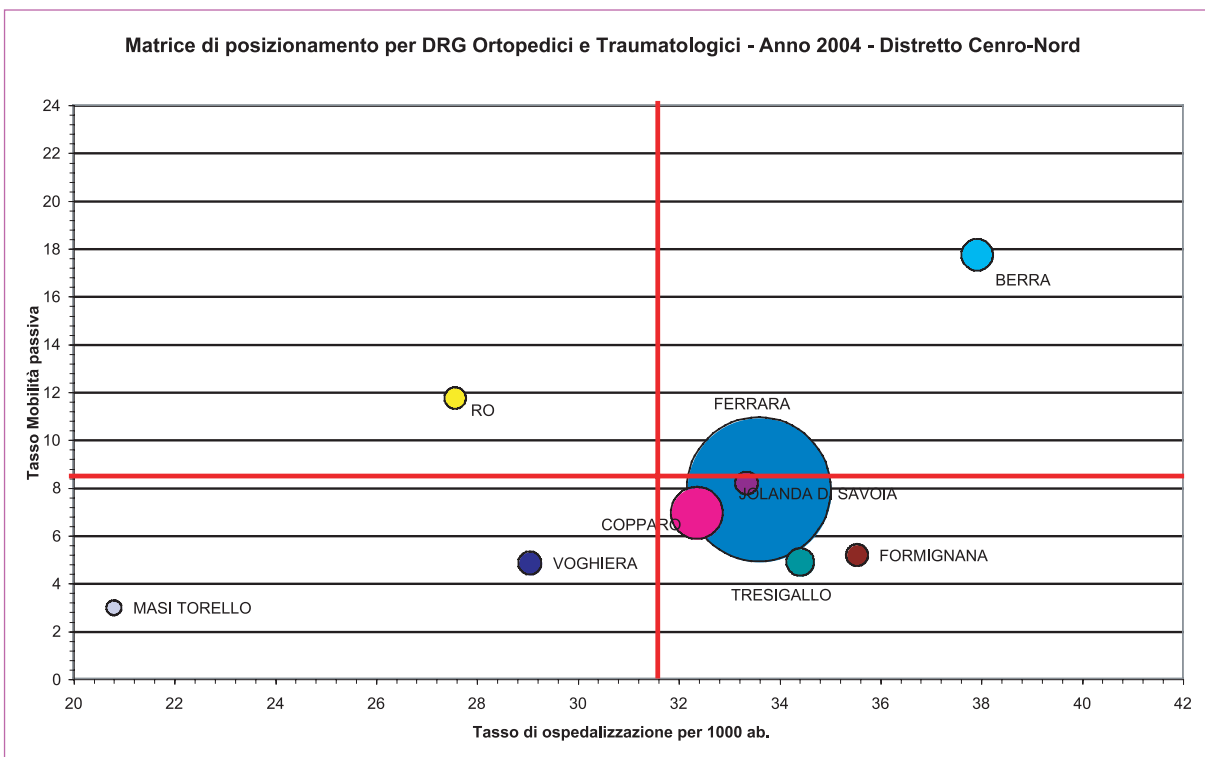
I tassi di ospedalizzazione per riabilitazione sono al di sopra della media provinciale, e anche per il Comune di Ferrara si osserva una certa tendenza alla mobilità.



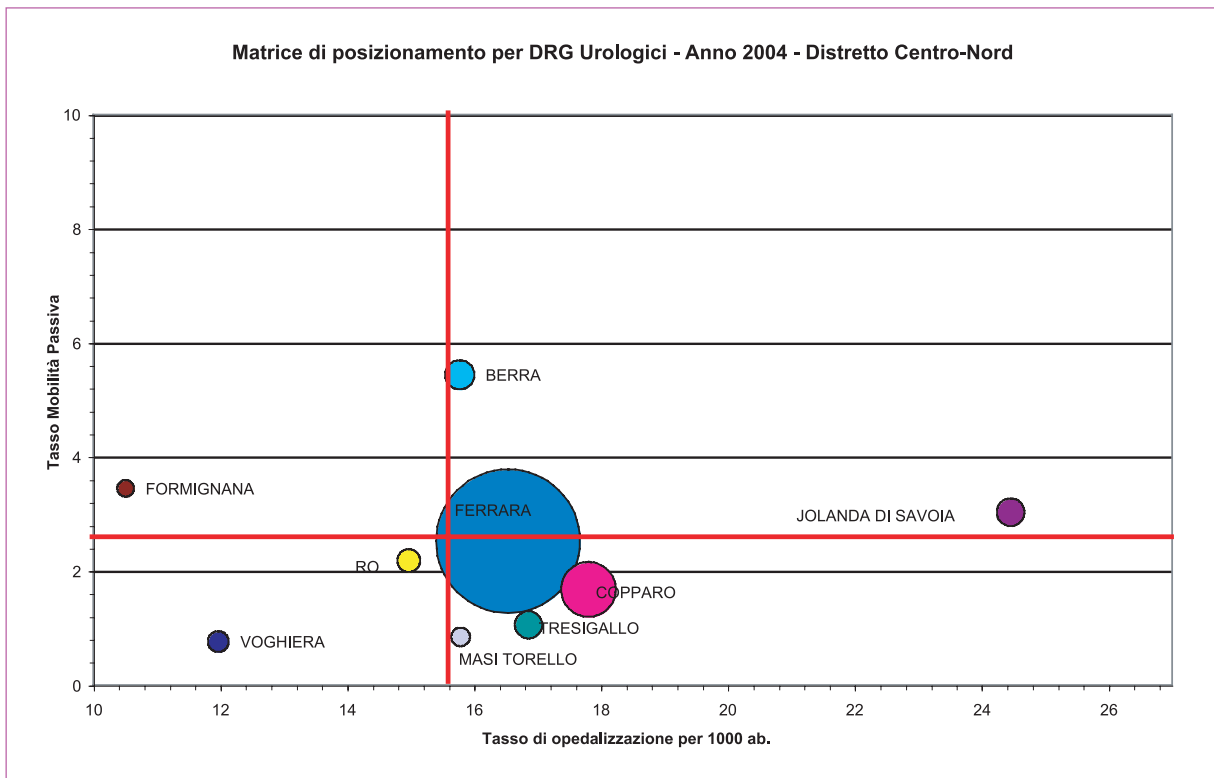
I tassi di ospedalizzazione per problemi oncologici evidenziano una certa dispersione tra i vari Comuni. Anche in questo caso si osserva che un paziente ogni sette/otto del Comune di Ferrara non utilizza le strutture della provincia, con un andamento sovrapponibile a quello precedente.



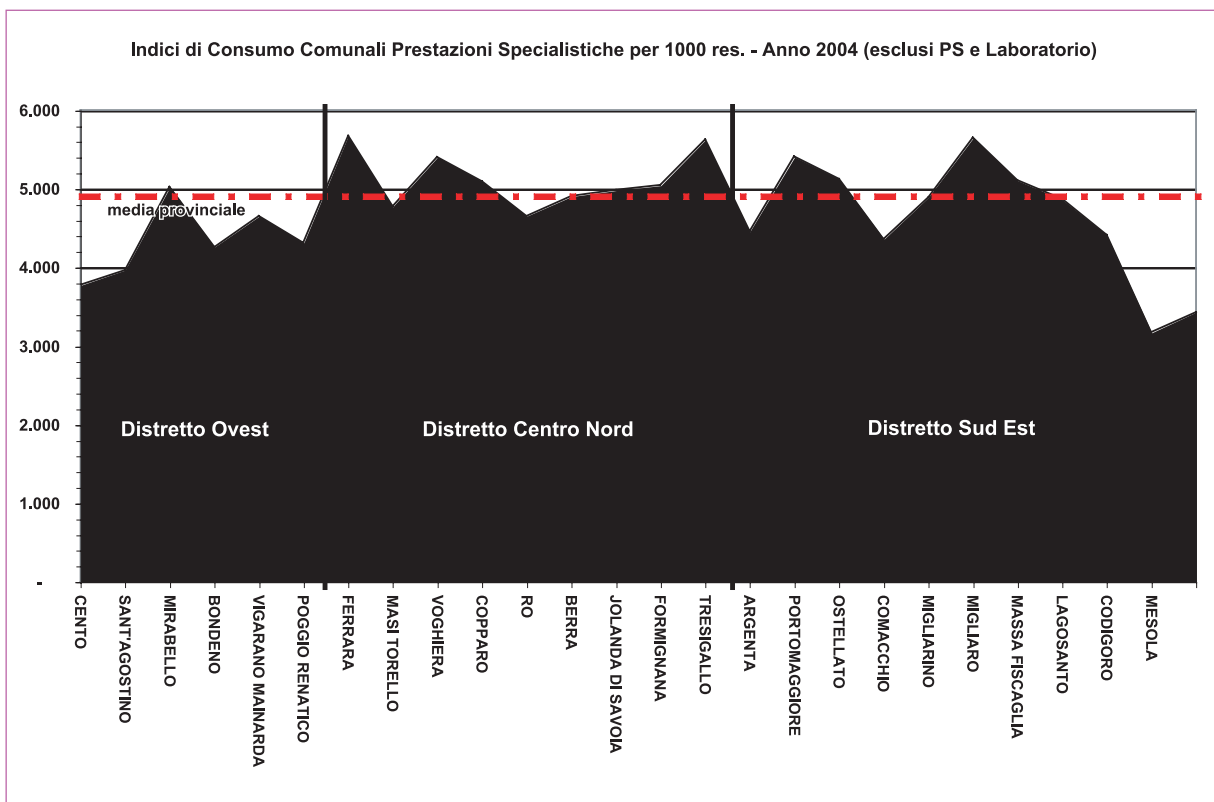
I Comuni del Distretto Centro Nord ricorrono all'intervento di cataratta in misura superiore alla media provinciale. In questo settore è praticamente assente il fenomeno della mobilità passiva. Per il Distretto questo intervento viene effettuato sia presso l'Azienda Ospedaliera che presso l'Ospedale di Copparo.



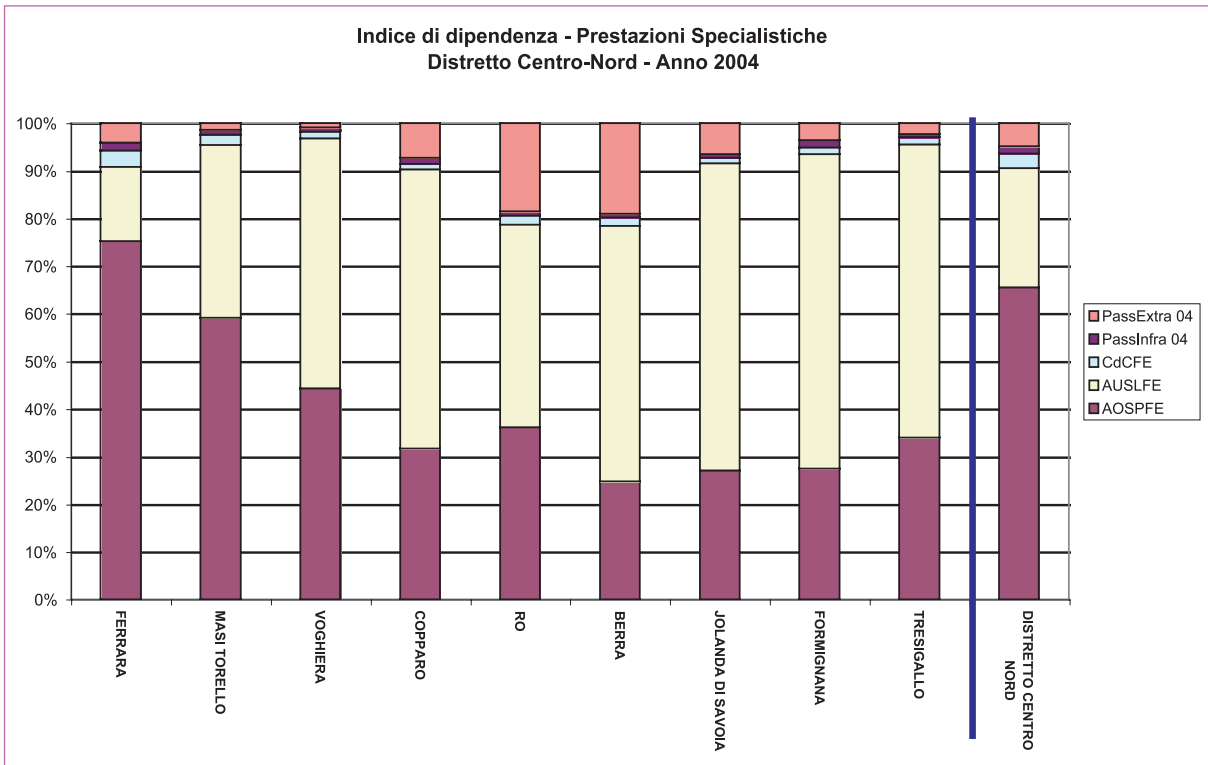
Nei Comuni del Distretto si osserva un uso piuttosto marcato del ricovero per problemi ortopedici, con un ricorso relativo alla mobilità piuttosto elevato anche se inferiore alla media provinciale (su 32 ricoveri per 1.000 abitanti, 8 sono effettuati fuori provincia) a eccezione del Comune di Berra, che evidenzia che un ricovero su due è fatto fuori Provincia.



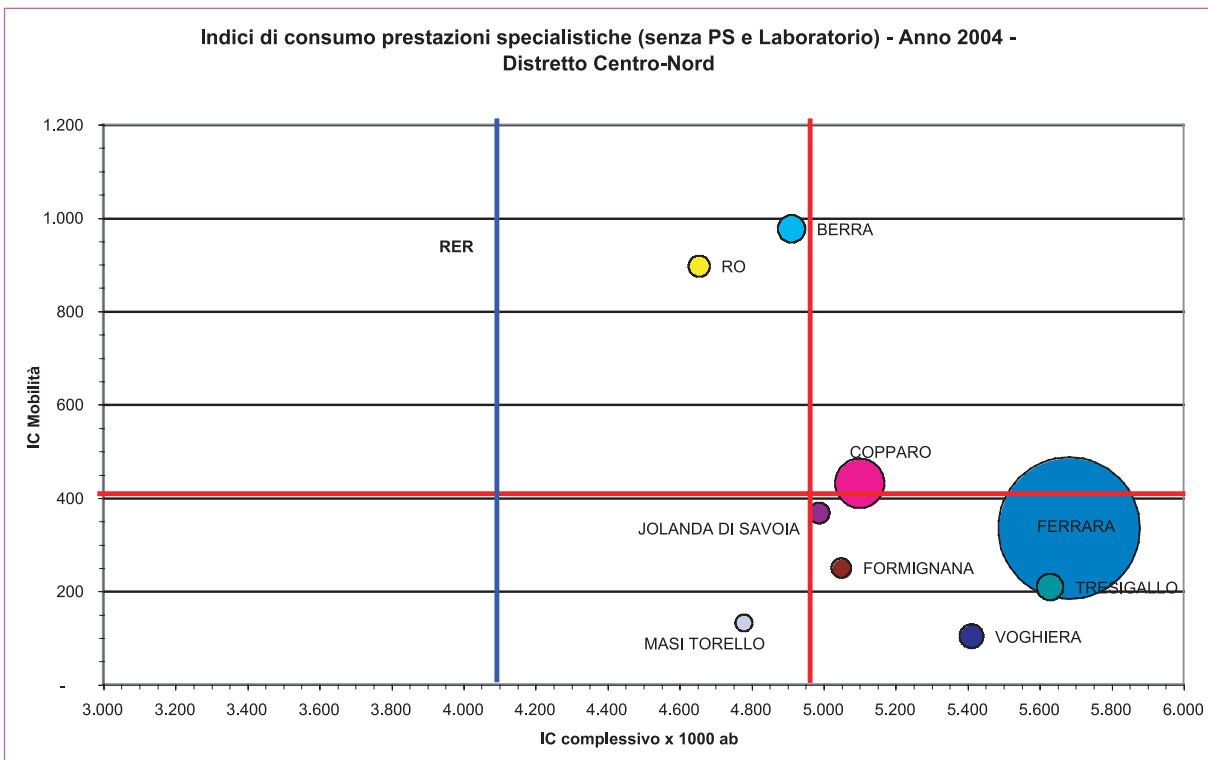
I tassi di ospedalizzazione per problemi urologici rientrano nei valori medi provinciali; il Comune di Berra mantiene una certa tendenza alla mobilità, anche se inferiore all'anno precedente.



La provincia di Ferrara registra un elevato consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali, che è superiore alla media regionale. I Comuni del Distretto Centro Nord si posizionano tutti nettamente al di sopra della media provinciale, con picchi di consumo per i Comuni di Ferrara, Tresigallo e Voghiera.



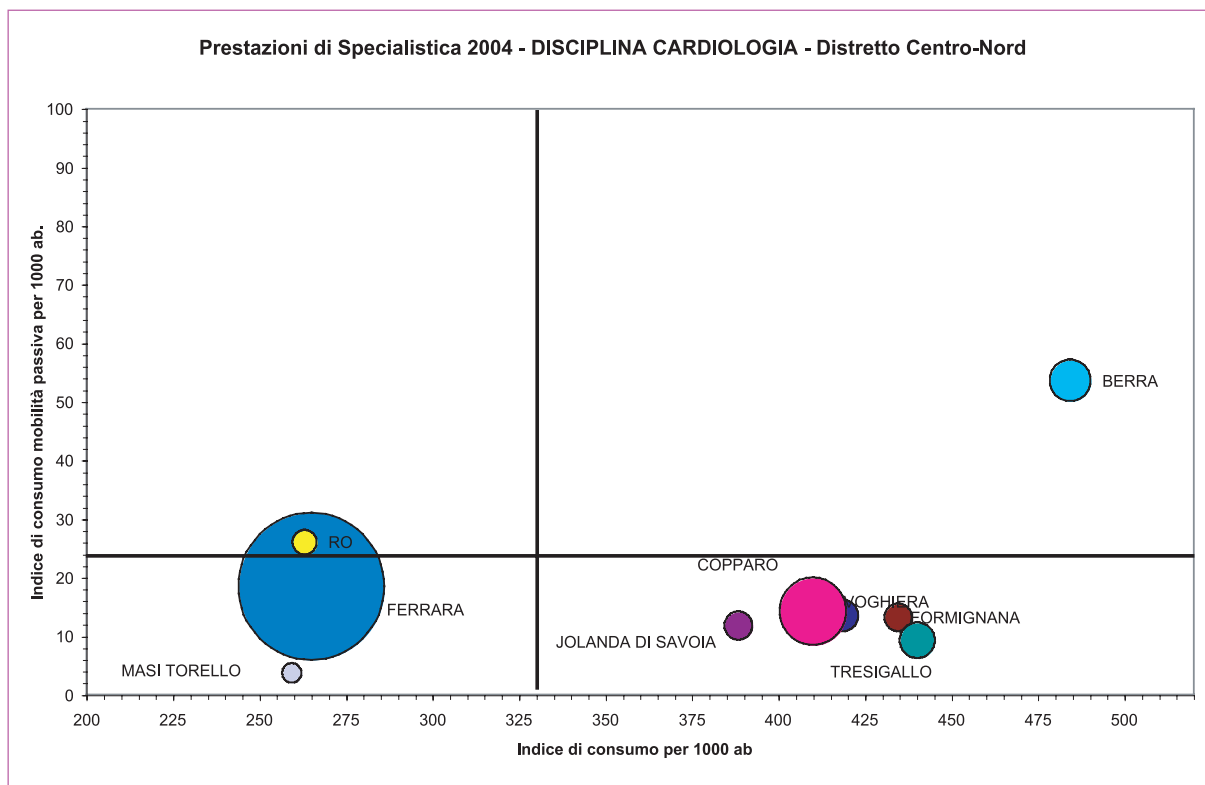
Mentre i cittadini di Ferrara si rivolgono prevalentemente alle strutture dell'Azienda Ospedaliera, i cittadini degli altri Comuni utilizzano preferibilmente le strutture ambulatoriali dell'Azienda USL. Per tutti i Comuni si registra una quota di mobilità passiva che è particolarmente elevata per Ro e Berra (circa il 20% di tutte le prestazioni).



Il confronto con la media regionale evidenzia che, mentre nel resto della Regione si consumano circa 4.100 prestazioni ogni mille abitanti e in provincia 4.900, con l'esclusione delle prestazioni di Pronto Soccorso e laboratorio, i Comuni del Distretto si posizionano sopra la media provinciale, attestandosi a Ferrara a 5.700 prestazioni circa per mille abitanti.

I consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali: le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilità

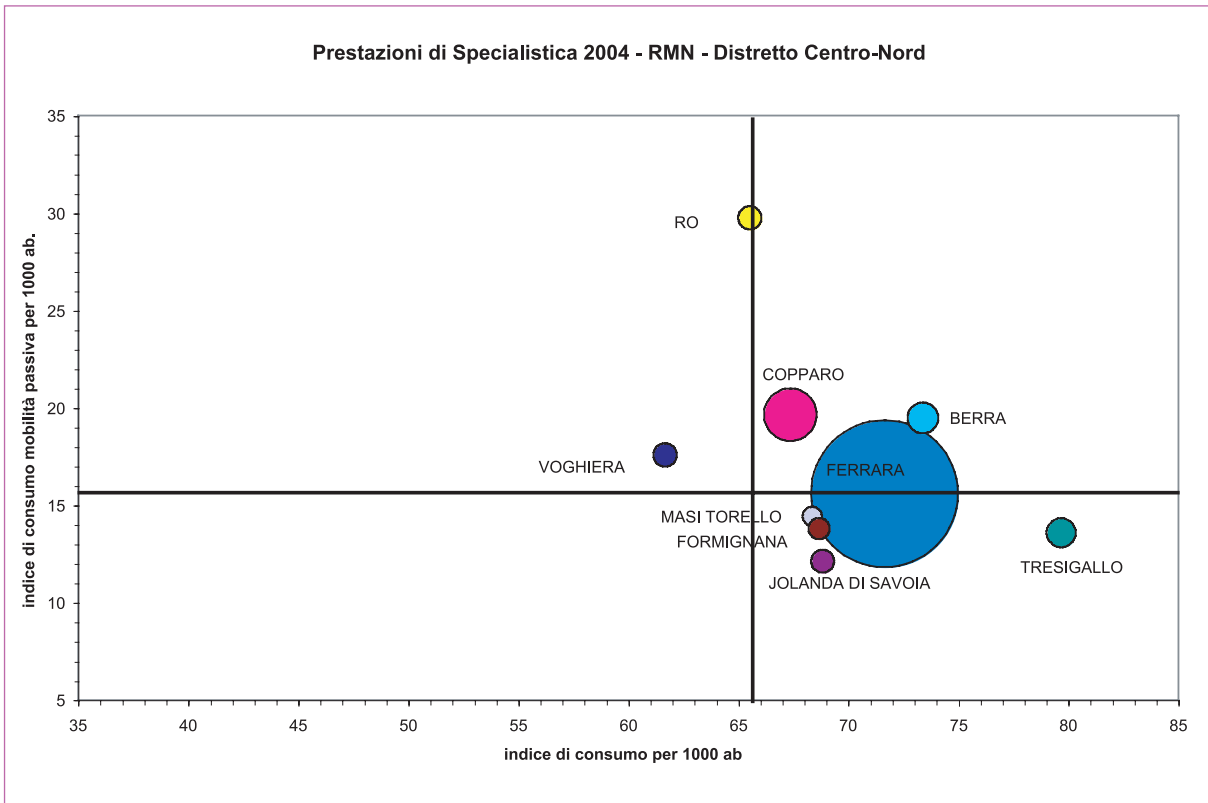
Si rimanda al capitolo sull'assistenza specialistica per la presentazione di tutte le azioni che saranno intraprese nel 2005 per ridurre i consumi aumentando l'appropriatezza della domanda, e per semplificare i percorsi di accesso alle prestazioni stesse attraverso iter facilitati.



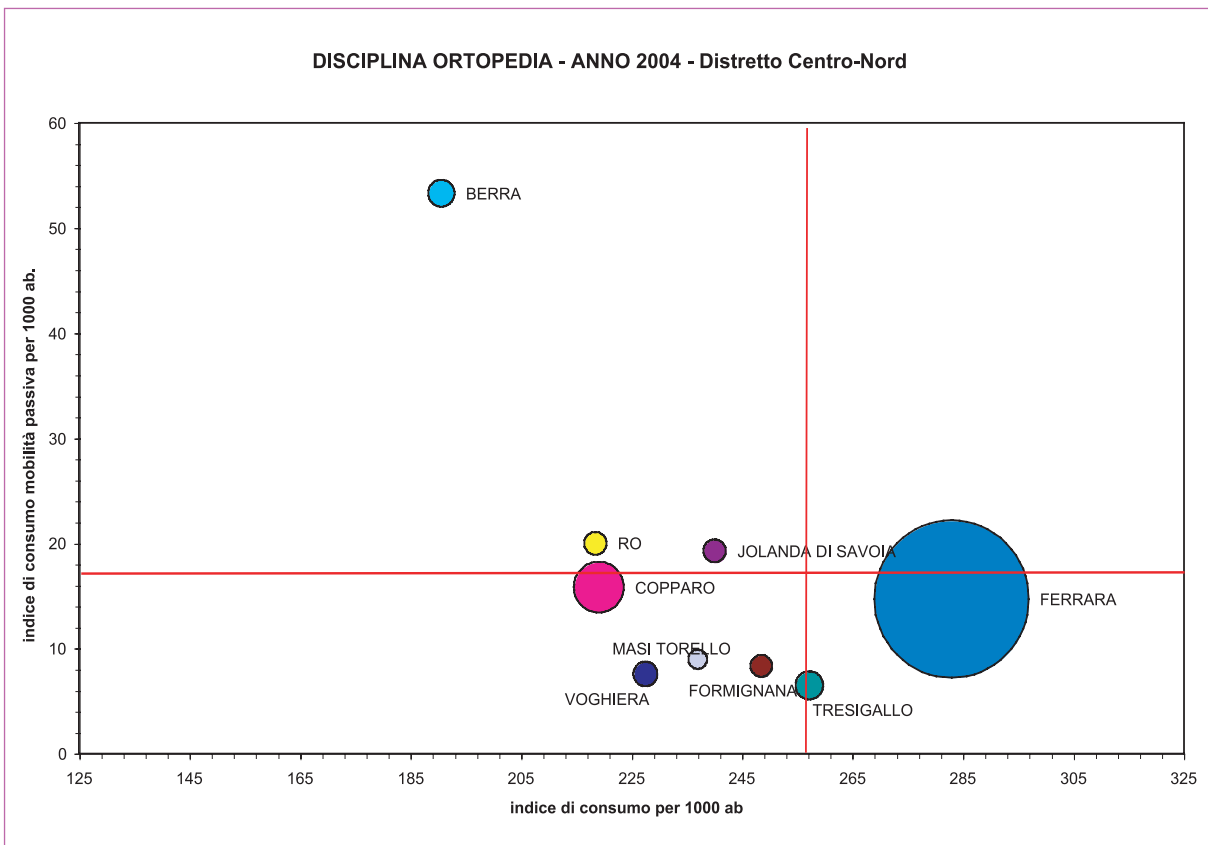
Mentre per i ricoveri cardiologici il Comune di Ferrara registra un elevato consumo, per le prestazioni cardiologiche si registra un ricorso alle prestazioni inferiore alla media provinciale.

Se si esclude il Comune di Berra, non si registra mobilità passiva.

Nell'ambito cardiologico, è stato attivato nel 2005 un progetto che prevede l'attivazione della telecardiologia per l'area di Copparo (con refertazione da parte del Presidio Ospedaliero degli ECG eseguiti nell'ambulatorio del medico di famiglia e trasmessi in via telematica) e la presenza dello Specialista Cardiologo all'interno delle Medicine di Gruppo del Comune di Ferrara.



La diffusione della tecnica di risonanza magnetica nelle strutture aziendali ha contribuito a una modesta riduzione della mobilità passiva, anche se si registra ovviamente un incremento dei consumi da 63 a 67 per mille abitanti.



Nella disciplina di ortopedia si evidenzia un alto consumo di prestazioni da parte dei cittadini di Ferrara, ed un incremento consistente della mobilità passiva da parte dei cittadini di Berra rispetto all'anno precedente.

I consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali:
le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilità

Obiettivi di miglioramento generali per il 2005

L'esame dei tassi di ospedalizzazione per singolo apparato, effettuato congiuntamente all'Azienda Ospedaliera di Ferrara, ha creato i presupposti per una programmazione ancora più mirata a contrastare i consumi eccedenti i casi attesi ed a controllare la potenziale inappropriatazza dei ricoveri all'interno delle due aziende sanitarie provinciali.

NUMERO RICOVERI ATTESI RISPETTO ALLA MEDIA REGIONALE				
tabella (a)	DRG CHIRURGICI			
	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL	
	AOSP	AUSL	AOSP	AUSL
tipi di interventi				
Apparato riproduttivo femminile	54	59	380	604
Pelle, sottocute e mammella	51	12	246	284
Apparato muscolo-scheletrico e connettivo	-40	-42	154	456
Otorinolaringoiatria	61	3	281	21
Apparato digerente	122	115	34	94
Rene e vie urinarie	26	22	72	144
Apparato cardiocircolatorio	-38	-11	78	106
Mieloprolif. e neo sc. diff.	63	16	54	71
TOTALE	299	174	1.299	1.789
tabella (b)	DRG CHIRURGICI			
tipi di interventi	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL	
	AOSP	AUSL	AOSP	AUSL
Apparato cardiocircolatorio	370	346	7	4
Sistema nervoso	208	132	286	24
Apparato digerente	205	163	104	54
Fegato, vie biliari, pancreas	81	66	298	47
Rene e vie urinarie	88	71	119	26
Apparato respiratorio	15	13	168	51
Pelle, sottocute e mammella	85	37	62	18
Mieloprolif. e neo sc. diff.	32	7	80	40
TOTALE	1.084	835	1.124	264

L'ipotesi descritta ha comportato la predisposizione dei seguenti obiettivi programmatici di carattere aziendale:

PROGETTO	RISULTATO ATTESO (BASE ANNUA)
1. Deospedalizzazione attività ortopedica trasferibile in ambulatorio	400
2. Deospedalizzazione attività biotica ginecologica	400
3. Azzeramento follow-up oncologici	600
4. Potenziamento attività di audit "istituzionale"	200
5. Azzeramento cataratte erogate in regime DS (committenza esterna)	700
6. Committenza "forte" nei confronti della Azienda Ospedaliera di Ferrara sul tema dei Day Hospital Medici potenzialmente inappropriati	1.200
TOTALE	3.500

I consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali:
le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilità

7. LE DINAMICHE DEI COSTI

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

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

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

COSTI PRO CAPITE DISTRETTI - Consuntivo 2004						
	Ovest	Centro Nord ex Ferrara	Centro Nord ex Copparo	Sud Est	Centrali	Provincia
Tipologie di Assistenza:						
Medicina di base	93,30	122,78	110,07	136,29	0,00	119,29
Assistenza domiciliare	6,61	15,71	8,68	10,54	0,00	11,58
Assistenza specialistica ambulatoriale	35,33	34,40	33,88	21,51	0,00	30,78
Assistenza anziani	50,84	72,20	77,73	73,77	0,00	68,89
Assistenza tossicodipendenti	5,39	13,30	11,25	12,33	0,00	11,17
Assistenza ai disabili	10,91	18,64	27,90	19,06	0,00	18,19
Servizi sociali	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Salute donna	2,10	8,95	7,58	4,35	0,00	6,06
Salute infanzia	6,43	8,99	4,71	8,53	0,00	7,87
Assistenza termale	0,00	0,00	0,00	0,00	3,45	3,45
Assistenza protesica	9,26	11,68	9,86	9,51	0,00	10,35
Costi generali distretto	34,39	22,25	67,28	51,74	0,00	38,23
Assistenza farmaceutica territoriale	168,21	210,91	226,77	217,68	0,00	205,87
Sanità pubblica	21,74	37,42	34,66	41,17	16,18	51,18
Assistenza psichiatrica	21,79	49,21	32,69	31,58	23,96	60,62
Assistenza ospedaliera (Degenze)	349,94	0,00	171,42	420,75	0,00	212,85
Specialistica ambulatoriale ospedaliera	143,75	0,00	130,95	263,11	0,00	120,33
Mobilità passiva:						
Ospedaliera	322,93	705,14	490,70	239,88	0,00	468,02
Medicina di base					0,77	0,77
Farmaceutica	0,00	0,00	0,00	0,00	37,04	37,04

segue tabella

COSTI PRO CAPITE DISTRETTI - Consuntivo 2004						
	Ovest	Centro Nord ex Ferrara	Centro Nord ex Copparo	Sud Est	Centrali	Provincia
Specialistica ambulatoriale	21,26	123,16	46,61	29,57	0,00	66,70
Emergenza territoriale	0,00	0,00	0,00	0,00	17,04	17,04
Altri rimborsi da pubblico					0,00	0,00
Libera professione	10,11	4,45	4,39	12,84	0,00	8,05
Costi generali di azienda					68,99	68,99
TOTALE	1.314,30	1.459,19	1.497,13	1.604,21	167,43	1.643,33

Questi dati possono essere sinteticamente riassunti nei seguenti livelli assistenziali:

	Area Ovest	Area Centro Nord ex Ferrara	Area Centro Nord ex Copparo	Area Sud Est	Totale
Popolazione	71.602	138.186	38.121	101.868	349.777
Distribuzione costi	Costi pro capite in euro				
Distretto	219	295	325	326	292
Farmaceutica	168	211	227	218	206
Sanità Pubblica	22	37	35	41	35
Salute mentale	22	49	33	32	37
Degenze ospedaliere	673	705	662	661	681
Specialistica	200	158	211	314	218
TOTALE	1.314	1.459	1.497	1.604	1.643

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

COSTI CONSUNTIVO DISTRETTI (2004)						
	Ovest	Centro Nord ex Ferrara	Centro Nord ex Copparo	Sud Est	Centrali	Azienda USL
Tipologie di Assistenza:						
Medicina di base	7,10	8,41	7,35	8,50	0,00	7,26
Assistenza domiciliare	0,50	1,08	0,58	0,66	0,00	0,70
Assistenza specialistica						
ambulatoriale	2,69	2,36	2,26	1,34	0,00	1,87
Assistenza anziani	3,87	4,95	5,19	4,60	0,00	4,19
Assistenza tossicodipendenti	0,41	0,91	0,75	0,77	0,00	0,68
Assistenza ai disabili	0,83	1,28	1,86	1,19	0,00	1,11
Servizi sociali	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Salute donna	0,16	0,61	0,51	0,27	0,00	0,37
Salute infanzia	0,49	0,62	0,31	0,53	0,00	0,48
Assistenza termale	0,00	0,00	0,00	0,00	2,06	0,21
Assistenza protesica	0,70	0,80	0,66	0,59	0,00	0,63
Costi generali distretto	2,62	1,52	4,49	3,23	0,00	2,33
Totale Distretto	19,37	22,54	23,98	21,67	2,06	19,83
Assistenza farmaceutica						
territoriale	12,80	14,45	15,15	13,57	0,00	12,53
Sanità pubblica						
Dipartimento di prev. Centrale	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,98
Prevenzione sicurezza						
ambienti di lavoro	0,29	0,65	0,34	0,30	0,00	0,39
Igiene e sanità pubblica	0,76	1,33	1,24	1,13	0,00	1,03
Medicina veterinaria	0,61	0,59	0,73	1,14	0,00	0,70
Assistenza psichiatrica	1,66	3,37	2,18	1,97	14,31	3,69
Assistenza ospedaliera	26,63	0,00	11,45	26,23	0,00	12,95
Specialistica ambulatoriale						
ospedaliera	10,94	0,00	8,75	16,40	0,00	7,32
Mobilità passiva						
Medicina di base					0,46	0,05
Ospedaliera	24,57	48,32	32,78	14,95	0,00	28,48
Farmaceutica	0,00	0,00	0,00	0,00	13,19	1,34
Somministrazione farmaci	0,00	0,00	0,00	0,00	8,93	0,91
Specialistica	1,62	8,44	3,11	1,84	0,00	4,06
Altri rimborsi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Libera professione	0,77	0,31	0,29	0,80	0,00	0,49
Emergenza territoriale	0,00	0,00	0,00	0,00	10,18	1,04
Costi generali di azienda	0,00	0,00	0,00	0,00	41,21	4,20
TOTALE	100	100	100	100	76,76	100

Questi dati possono essere sinteticamente riassunti nei seguenti livelli assistenziali:

Ripartizione percentuale del consuntivo 2004	Area OVEST	Area CENTRO NORD ex Ferrara	Area CENTRO NORD ex Copparo	Area SUD EST	Totale
Popolazione	71.602	138.186	38.233	101.868	349.889
Indici di vecchiaia					
Percentuale di popolazione	20,46	39,49	10,93	29,11	100

Distribuzione costi	in percentuale				
Distretto	16,81	20,24	21,78	20,49	19,87
Farmaceutica	12,90	14,50	15,19	13,68	14,03
Sanità Pubblica	1,67	2,57	2,32	2,59	2,38
Salute mentale	1,67	3,38	2,19	1,98	2,50
Degenze ospedaliere	51,59	48,47	44,36	41,51	46,39
Specialistica	15,36	10,83	14,16	19,74	14,84
TOTALE	100	100	100	100	100

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

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

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

MATRICE A SEGNI + E -								
	Ovest		Centro Nord ex Ferrara		Centro Nord ex Copparo		Sud Est	
	P.C.	Percentuale	P.C.	Percentuale	P.C.	Percentuale	P.C.	Percentuale
Medicina di base	-	-	-	-	-	-	+	+
Assistenza domiciliare	-	-	+	+	-	-	-	-
Assistenza anziani	-	-	-	-	+	+	-	-
Assistenza tossicodipendenti	-	-	+	+	-	-	-	-
Assistenza ai disabili	-	-	-	-	+	+	-	-
Salute donna	-	-	+	+	-	-	-	-
Salute infanzia	-	-	+	+	-	-	-	-
Area Specialistica	-	-	-	-	-	-	+	+
Area Ospedaliera	-	+	+	-	-	-	-	-

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

Ripartizione percentuale del consuntivo 2004	Area OVEST	Area CENTRO NORD ex Ferrara	Area CENTRO NORD ex Copparo	Area SUD EST	Totale
Popolazione	71.602	138.186	38.233	101.868	349.889
Indici di vecchiaia Percentuale di popolazione	20,46	39,49	10,93	29,11	100

Distribuzione costi	in percentuale				
DISTRETTO	15,39	39,90	12,15	32,57	100
FARMACEUTICA	16,73	40,47	12,01	30,80	100
SANITÀ PUBBLICA	12,72	42,24	10,79	34,26	100
SALUTE MENTALE	12,17	53,03	9,72	25,08	100
DEGENZE OSPEDALIERE	20,23	40,91	10,60	28,26	100
SPECIALISTICA	18,83	28,58	10,58	42,01	100

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

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

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

L'area Ospedaliera assorbe risorse in maniera consistente nel territorio di Centro

Nord. L'area della Specialistica, invece, assorbe molte risorse nell'ambito del Sud Est. L'area della prevenzione non è stata evidenziata, in quanto non correlabile con la numerosità degli abitanti.

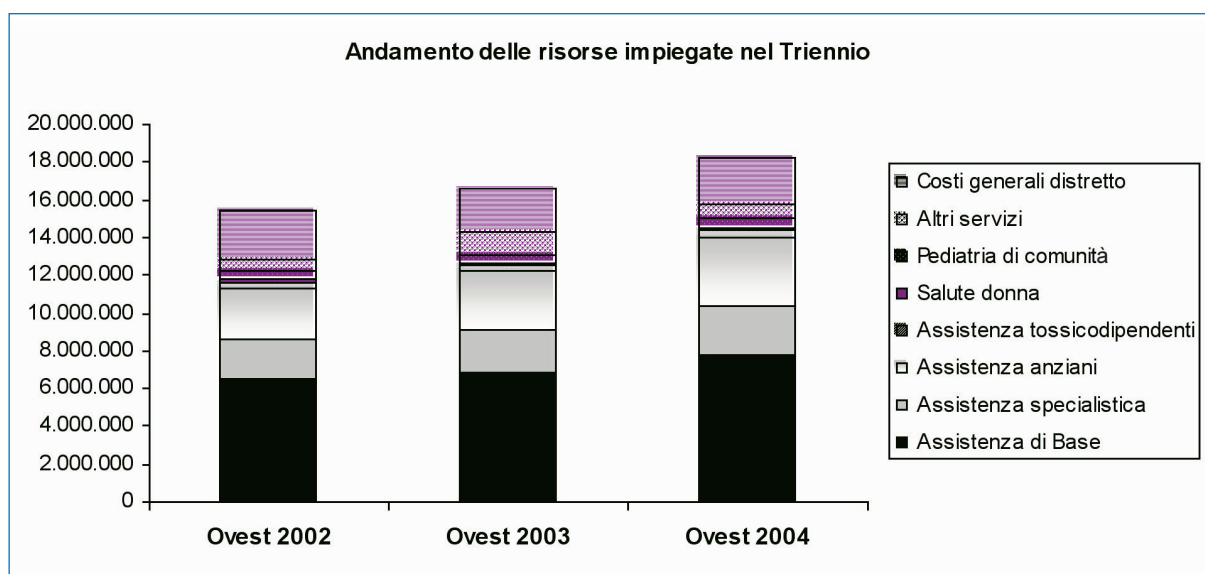
Di seguito vengono illustrati gli andamenti nel tempo delle risorse impiegate per l'erogazione dell'assistenza diretta nelle strutture dell'Azienda USL di Ferrara. Per assistenza diretta si intende che non vengono considerati i costi relativi alla mobilità passiva.

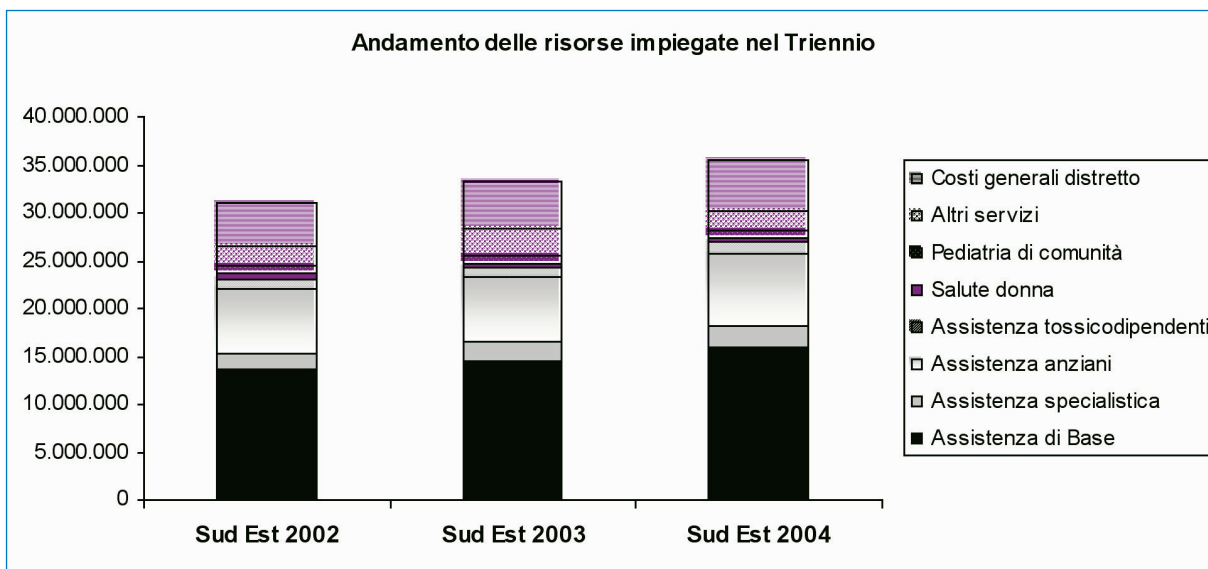
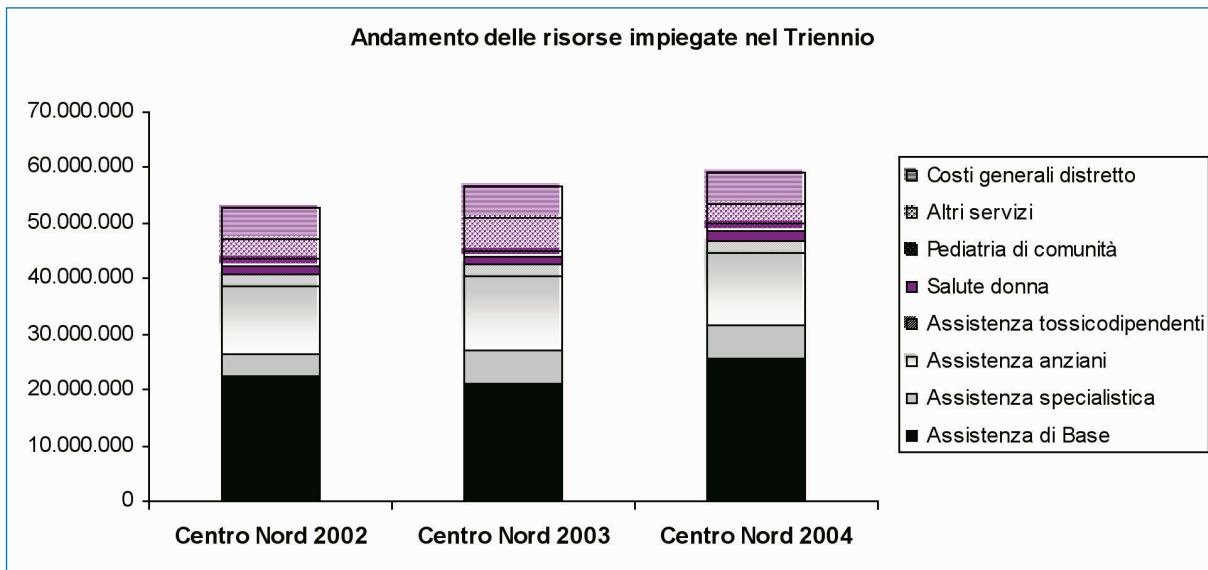
La tabella evidenzia la composizione percentuale delle principali articolazioni aziendali.

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

Andamento dei Consuntivi	2002	Percentuale	2003	Percentuale	2004	Percentuale
Ospedali	104.289.125	44	109.691.218	43	116.538.547	43
Distretto Ovest	15.409.509	6	16.622.351	7	18.227.822	7
Distretto						
Centro Nord	52.919.691	22	56.711.815	22	59.133.936	22
Distretto Sud Est	31.025.019	13	33.447.264	13	35.413.406	13
Prevenzione	14.408.434	6	15.356.216	6	17.901.064	7
Salute mentale	19.812.285	8	20.342.472	8	21.204.440	8
TOTALE	237.864.063	100	252.171.336	100	268.419.215	100

NOTA: I costi dei Distretti si riferiscono ai soli costi territoriali "Riga Totale Distretto"
I costi ospedalieri si riferiscono al costo della struttura ospedaliera (degenza + specialistica)



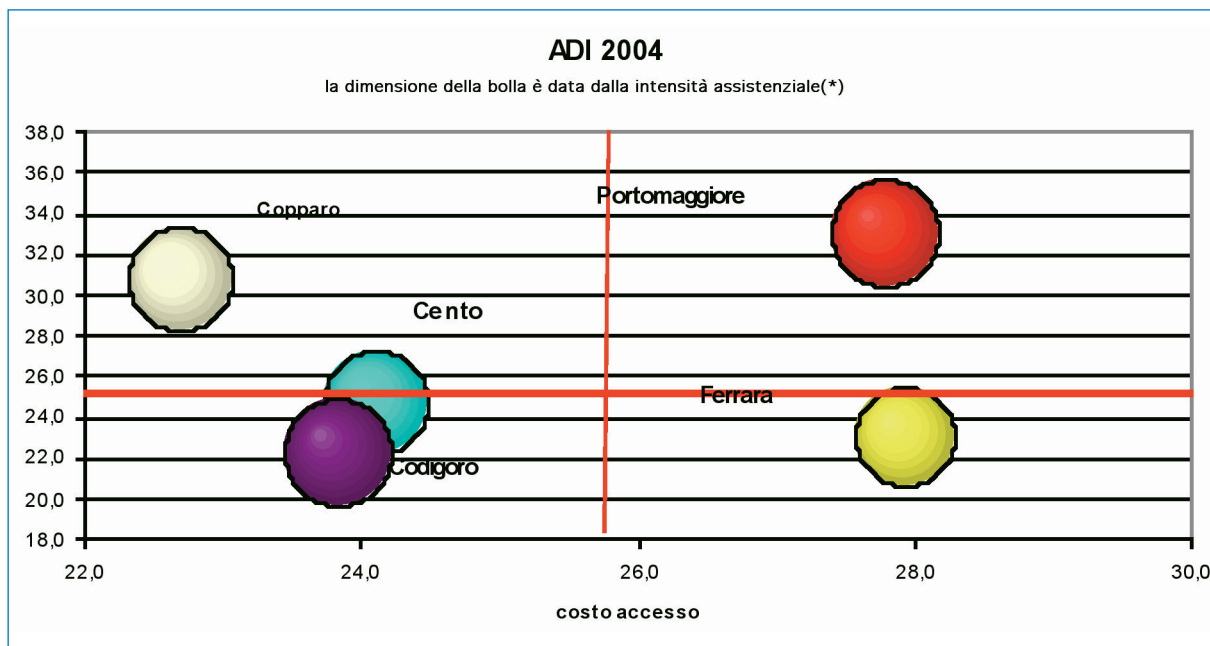


7.1. ANALISI DI EFFICIENZA DEI SERVIZI TERRITORIALI

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

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

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



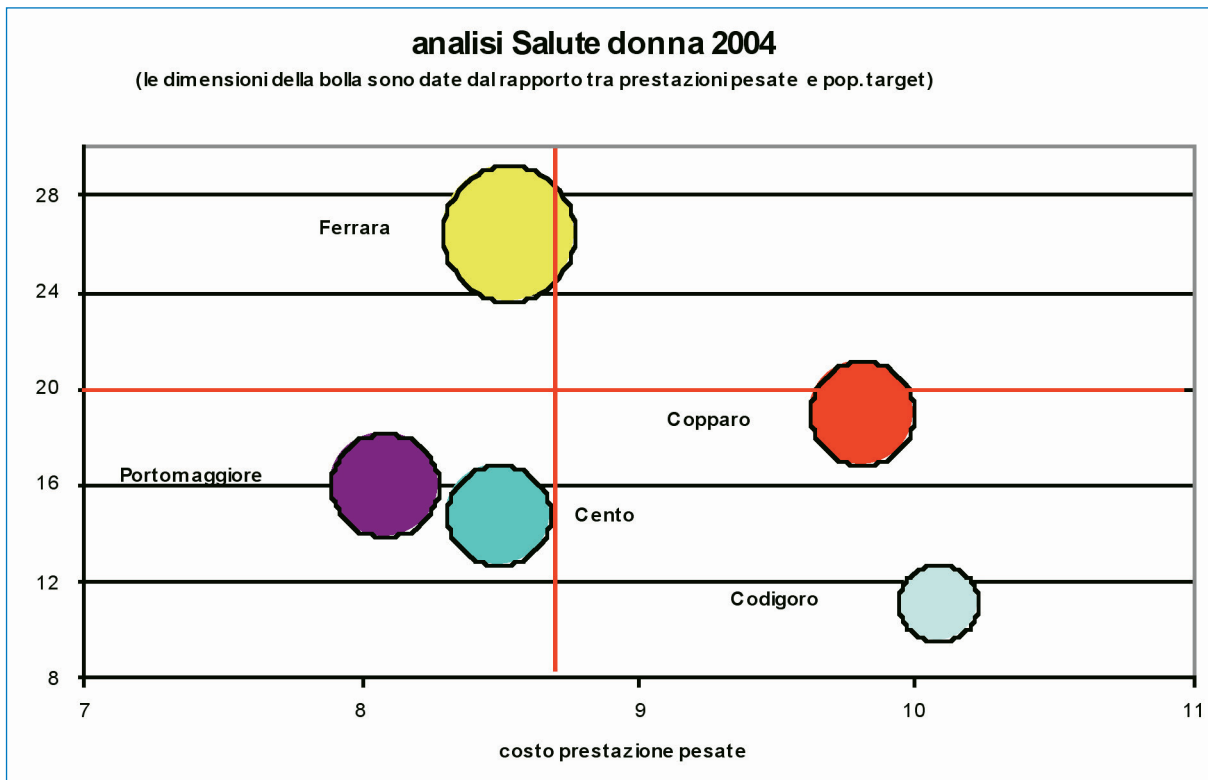
La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento ad una popolazione di età uguale e superiore ai 45 anni) di ogni Distretto, ed il costo di accesso (s'intende l'accesso dei diversi operatori al domicilio del paziente). Il sovradimensionamento delle risorse dedicate alle aree di Copparo e Portomaggiore in relazione alla popolazione target è sicuramente, in gran parte, determinato dalla minore numerosità della stessa, che quindi dà origine a diseconomie di scala. La posizione di Portomaggiore nel quadrante in alto a destra significa anche scarsi livelli di efficienza operativa, che nel caso specifico sono da attribuirsi alle maggiori risorse investite in tale area, che pur presenta buoni livelli di intensità assistenziale offerta: 14,8% (media provinciale 13,5%).

Anche Ferrara, pur essendo correttamente dimensionata rispetto alla popolazione target, risulta essere inefficiente nel rapporto tra accessi prodotti e risorse economiche consumate, il suo indice di intensità assistenziale, infatti, è il più basso della provincia (12,4%).

PROPOSTE 2005

Nel corso del 2005 verrà ampliata la realizzazione di sinergie nel campo dell'organizzazione del lavoro del Distretto Sud Est, comprendente le aree di Portomaggiore e Codigoro (rispettivamente agli opposti quadranti nella matrice di efficienza); applicando metodologie di confronto basate sui carichi di lavoro, si cercheranno di equilibrare le risorse all'interno del Distretto.

La bassa intensità assistenziale che si riscontra nell'area di Ferrara è dovuta alla presenza di numerosi "prelievi occasionali", pari al 30% del totale. Sarà valutata nel 2005 l'ipotesi di esternalizzazione di queste prestazioni.



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

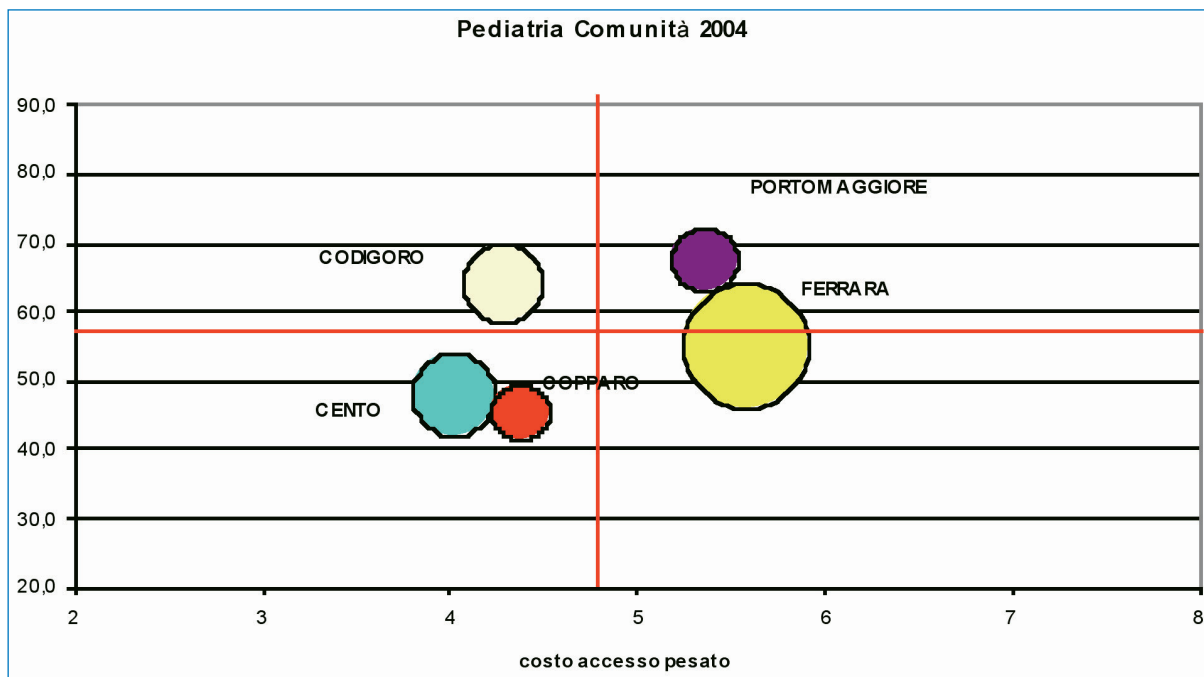
La posizione di Ferrara nell'area del sovradimensionamento delle risorse rispetto alla popolazione target è sicuramente originata dal carattere esclusivo che il servizio territoriale riveste con riferimento all'area di competenza (Ospedale solo per funzioni di secondo livello) oltre che da alcune funzioni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

L'area di Copparo e quella di Codigoro presentano inefficienze in termini di minor livello produttivo, infatti risulta essere basso sia il peso medio degli accessi (3,6 e 3,4 contro la media del 4,8) che il numero di prestazioni per popolazione target (1,9 e 1,1 contro la media del 2,3).

PROPOSTE 2005

Nel 2005 è prevista, per il Distretto Sud Est, la riorganizzazione complessiva dell'assistenza ginecologica consultoriale; lo stesso sarà per Copparo, dove non sono più disponibili le risorse precedentemente fornite dall'Ospedale del Delta.

Per contribuire a ridurre la forbice di impiego delle risorse evidenziata nella matrice a segno "+ e -" si attiveranno gli ambulatori per lo screening nel Distretto Ovest nei comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda; inoltre è prevista l'attivazione del "consultorio giovani" a Cento.

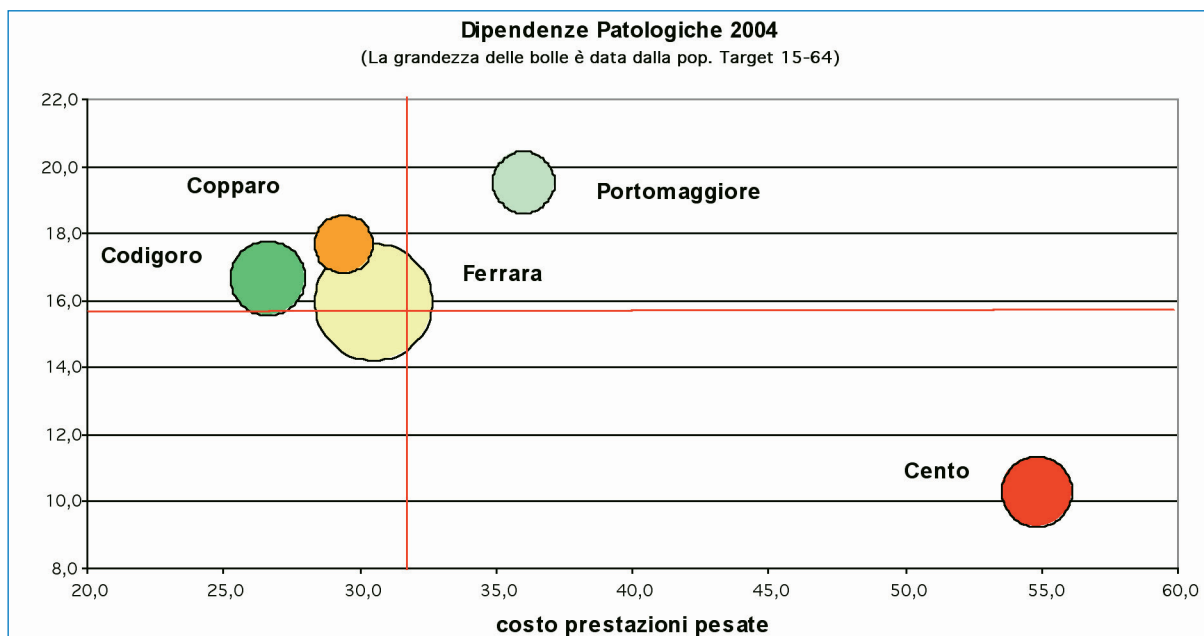


La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento ad una popolazione di età compresa tra zero e diciotto anni) di ogni Distretto, ed il costo di accesso pesato di ciascun servizio, sostenuto per la medesima popolazione di riferimento. La dimensione strutturale dei servizi in rapporto alla popolazione target è sostanzialmente simile. Per quanto riguarda l'inefficienza operativa, Ferrara e Portomaggiore sono al di sopra della media, nel primo a causa degli elevati costi, nel secondo caso a causa del basso numero di accessi pesati.

PROPOSTE 2005

I costi dell'area di Portomaggiore saranno ridotti attraverso la riduzione del personale medico assegnato.

L'attivazione dell'ambulatorio vaccinale nel Comune di Poggio Renatico del territorio del Distretto Ovest contribuirà a ridurre la forbice nell'impiego di risorse evidenziata nella matrice a segni "+ e -".

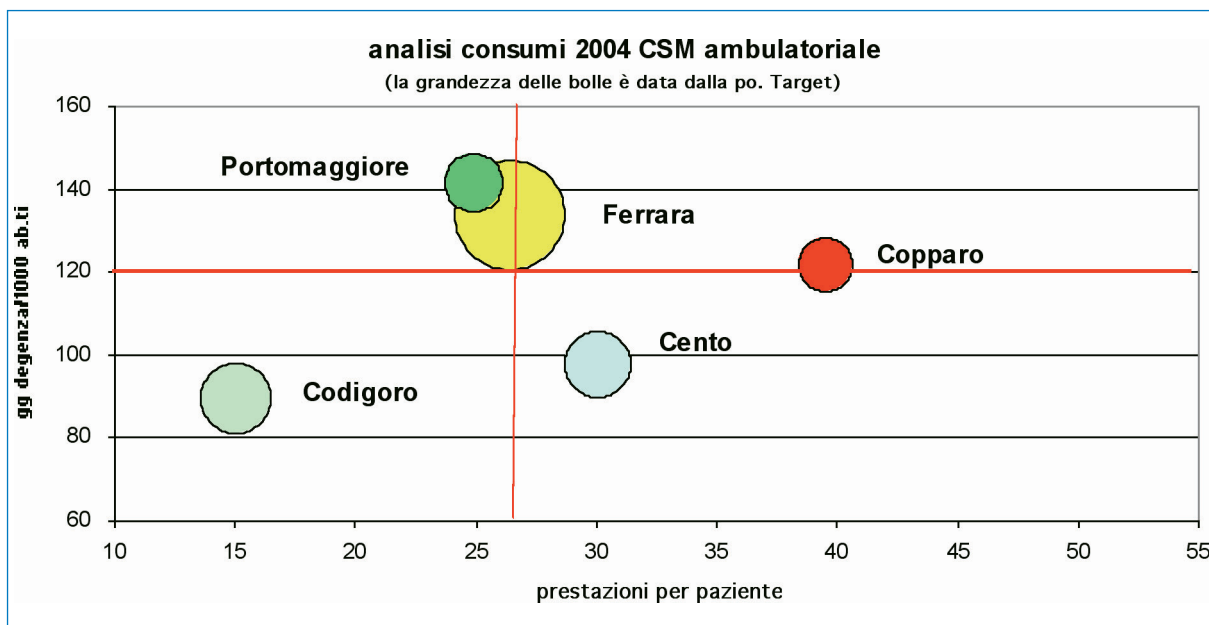


La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento ad una popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni) di ogni Distretto, e il costo per prestazioni pesate effettuate dal servizio (la pesatura della prestazione è determinata dal consumo della risorsa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

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

PROPOSTE 2005

Nel corso del 2005, nell'area centese, saranno aumentate le ore di attività dello psicologo e dell'educatore professionale; tale incremento di risorse contribuirà a ridurre la forbice nell'impiego di risorse evidenziato alla matrice a segni "+ e -".

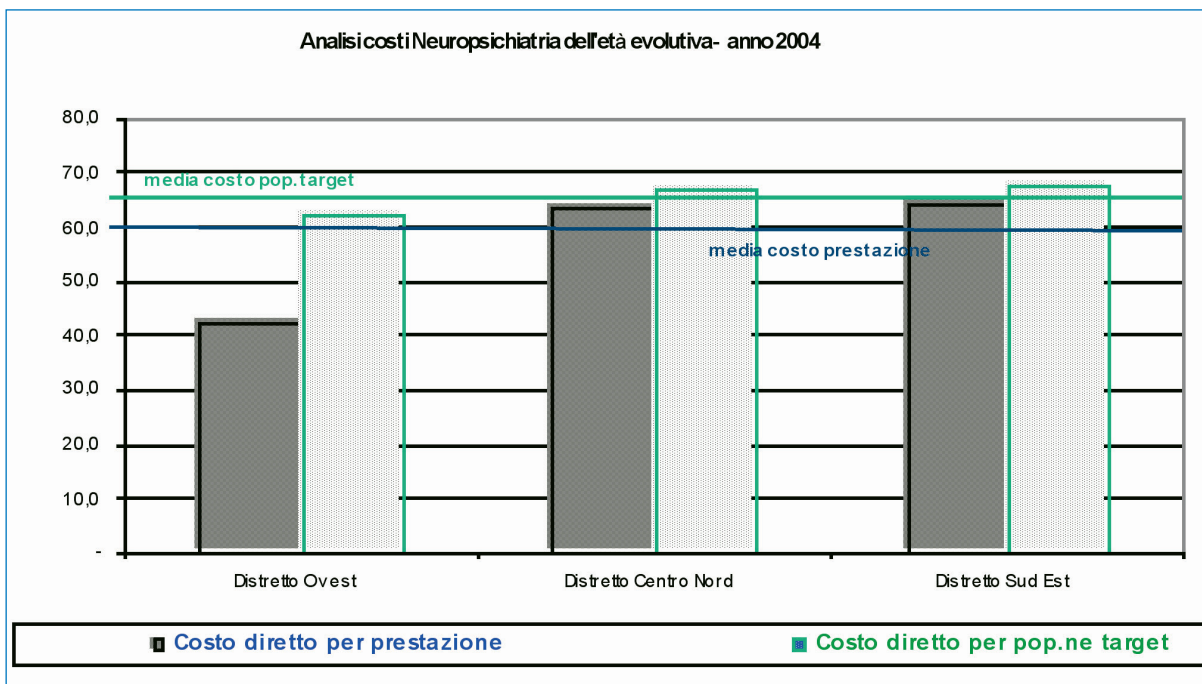


La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il numero di giornate di degenza in regime di ricovero per 100.000 abitanti di ogni Distretto (con riferimento ad una popolazione di età uguale e superiore ai 18 anni), e il numero di prestazioni eseguite su ciascun paziente in carico ai Centri di Salute Mentale.

Di fronte a un numero di prestazioni per paziente più alto della media provinciale, l'area di Copparo presenta un tasso di giornate di degenza in media con il resto della provincia e non al di sotto, come ci si aspetterebbe; il che significa che non si realizza completamente il meccanismo sinergico di limitare il ricorso all'ospedalizzazione con l'attività territoriale.

PROPOSTE 2005

Il Dipartimento di Salute Mentale ha intrapreso alcune azioni di integrazione per l'area di Copparo che proseguiranno nel 2006, e che hanno permesso di ridurre il differenziale sul tasso di degenza rispetto al valore atteso.



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

Questa pubblicazione è stata realizzata
dall'**Azienda USL di Ferrara**

Coordinamento, editing e progetto grafico:
Segest S.p.a.

Stampa:
Stabilimento Tipografico dei Comuni di Santa Sofia

Finito di stampare
nel mese di ottobre 2005

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