



Questa pubblicazione è stata realizzata con il contributo di:



IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI 2005 - Distretto Sud Est

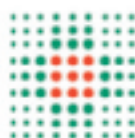
IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI

IL PROGRAMMA
DELLE ATTIVITÀ
TERRITORIALI

2005
Distretto Sud Est



Strategia e Comunicazione



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

IL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI 2005

Distretto Sud Est

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

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

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

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

Dott. Andrea Persanti
Direttore del Distretto
Sud Est

Fosco Foglietta
Direttore Generale
dell'Azienda USL di Ferrara

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.

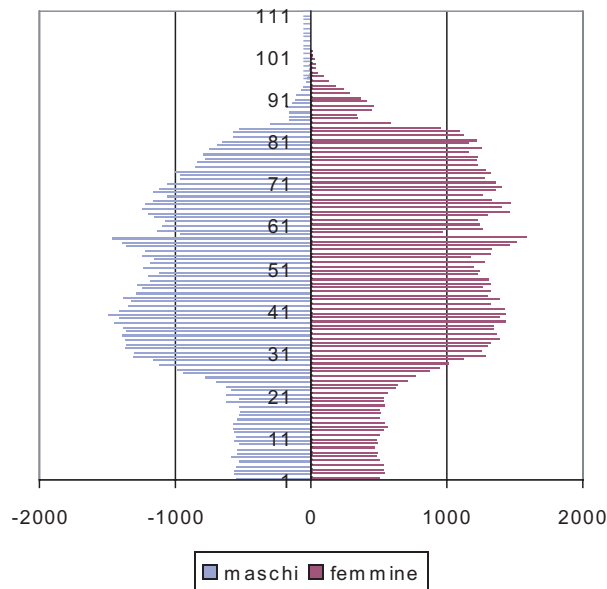
Le tre piramidi descrivono la popolazione dei tre Distretti: ciascun rettangolo rappresenta il gruppo di popolazione con la stessa età.

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

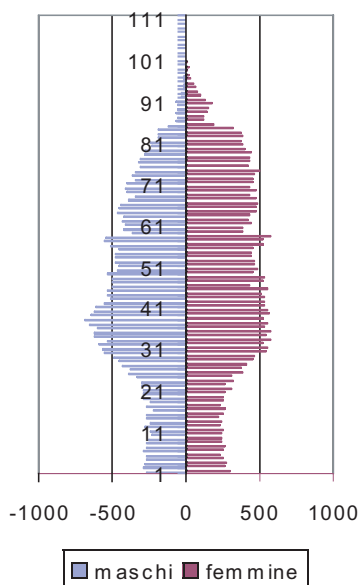
La dimensione delle piramidi è proporzionale alla dimensione complessiva della popolazione.

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.

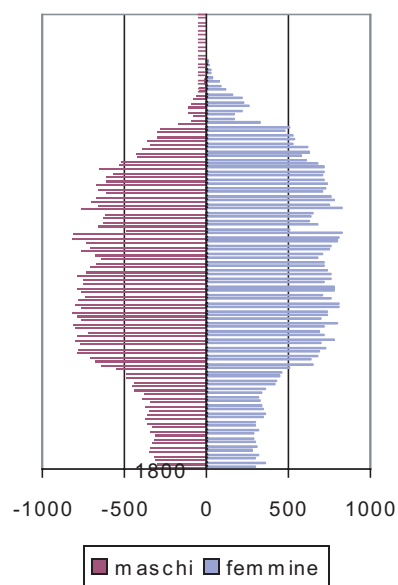
Centro Nord



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 circoscritte che non nelle fasce di età successive. Si osserva, negli uomini con età inferiore a 75 anni, la persistenza di una maggiore mortalità in misura statisticamente significativa rispetto alla regione.

PRIME 10 CAUSE DI MORTE NELLA POPOLAZIONE TOTALE NEL 2003

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

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

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

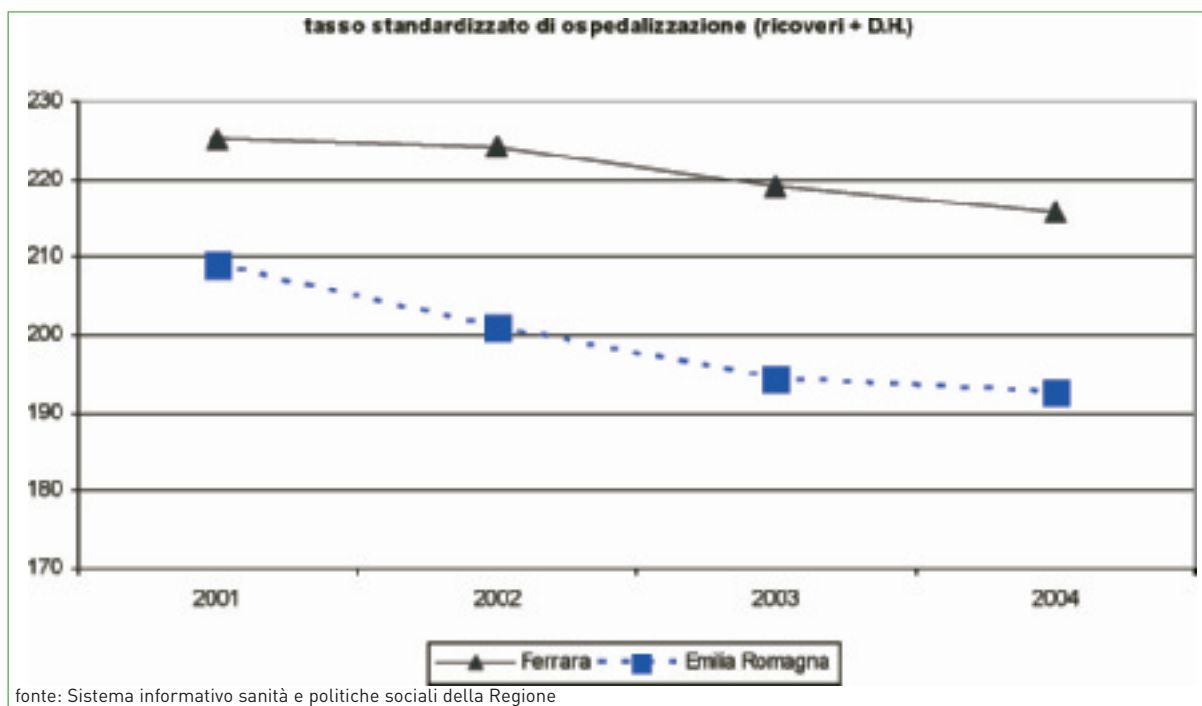
2.6. INFORMAZIONI GENERALI SULLO STATO DI SALUTE DESUMIBILI DAI RICOVERI 2004

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

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

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

¹¹ Mortalità generale: mortalità per tutte le cause



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

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

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

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

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

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

¹² SDO: schede di dimissione ospedaliera

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.7.1. Le malattie del sistema circolatorio

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

¹⁴ BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

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

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

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

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

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

Le malattie del sistema cardiocircolatorio sono patologie a carattere degenerativo con decorso cronico: ogni anno un numero consistente di persone si ammala di malattie cardiocircolatorie, aumentando il numero globale (prevalenza) di persone malate. L'indagine 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 carotidiche.

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

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER CEREBROPATIE VASCOLARI NEL 2004*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• Ipercolesterolemia LDL

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

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

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

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

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

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

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

• Diabete mellito

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

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

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

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

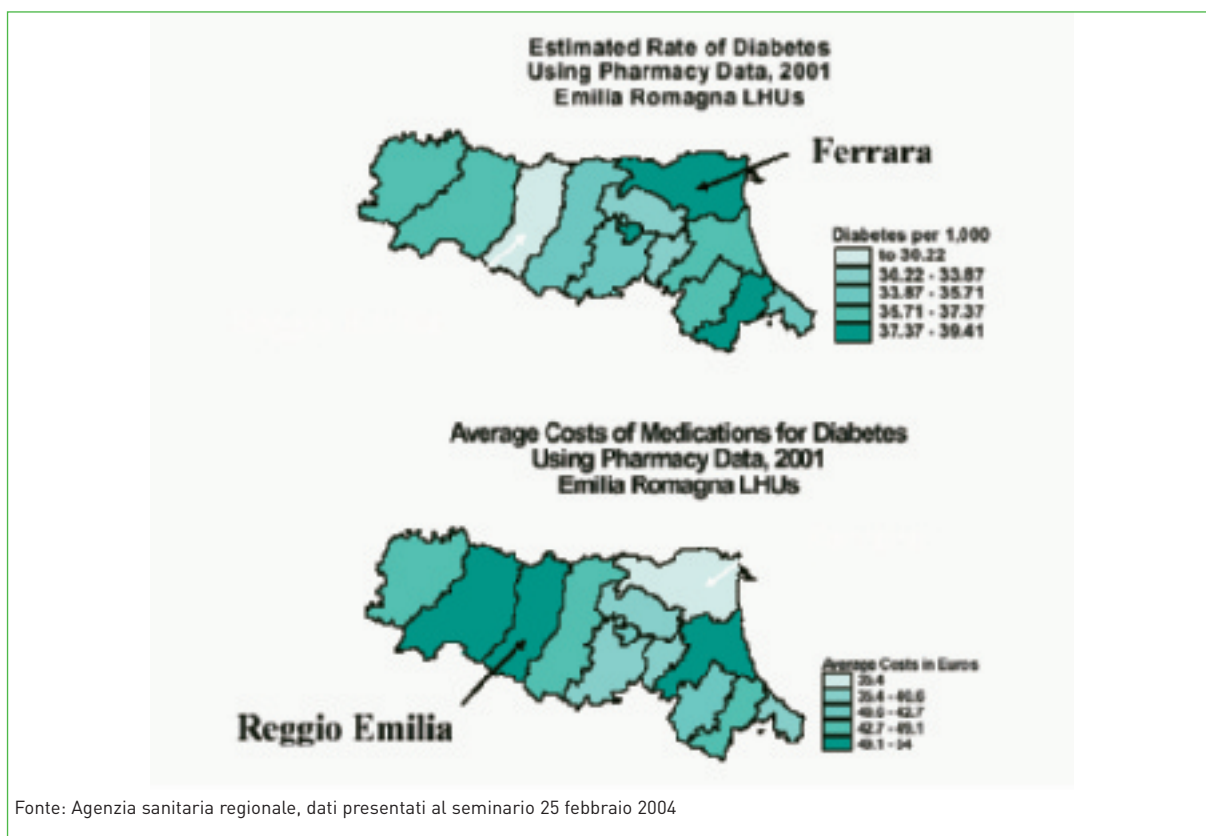
L'intenso lavoro svolto, di concerto tra medici di medicina generale e centri antidiabetici, è sfociato nella costruzione di un **registro di patologia alimentato dai dati provenienti da tutti i Centri Antidiabete e dal personale sanitario che assiste pazienti diabetici**.

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

¹⁷ Prevalenza: numero di persone affette da una malattia.

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

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



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

2.7.2. I TUMORI

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

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

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

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

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

In linea generale possono essere distinti quattro gruppi di tumori:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Prevenzione

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

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

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

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

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

2. Diagnosi precoce

Il razionale degli screening oncologici è basato sulle seguenti considerazioni:

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

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

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

3. Diagnosi e terapia

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

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

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

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

4. Cure palliative

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

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

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

INDICATORI DELL'ASSISTENZA PALLIATIVA NELL'ANNO 2004

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

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

2.7.3. Le malattie respiratorie e il tumore del polmone

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

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

Il tumore del polmone

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁰ ivi

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

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

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

Malattie respiratorie

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

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

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

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

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

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

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

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA NEL 2004*

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

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

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

2.7.4. Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico

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

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

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

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

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

Incidenti stradali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Incidenti domestici

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.8. I BISOGNI COMPLESSI

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

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

2.8.1. La salute degli immigrati stranieri

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁶Stranieri ricoverati per mille stranieri residenti.

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

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

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

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

2.8.2. La salute delle donne

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

²⁷ IVG: interruzione volontaria di gravidanza.

²⁸ Rapporto di abortività: IVG/nati+IVG.

NASCITE E INTERRUZIONI DI GRAVIDANZA (2004)

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

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

ALTRI INDICATORI SULLA SALUTE RIPRODUTTIVA FEMMINILE (2004)

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

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

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

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

ADESIONE AGLI SCREENING PER I TUMORI FEMMINILI

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

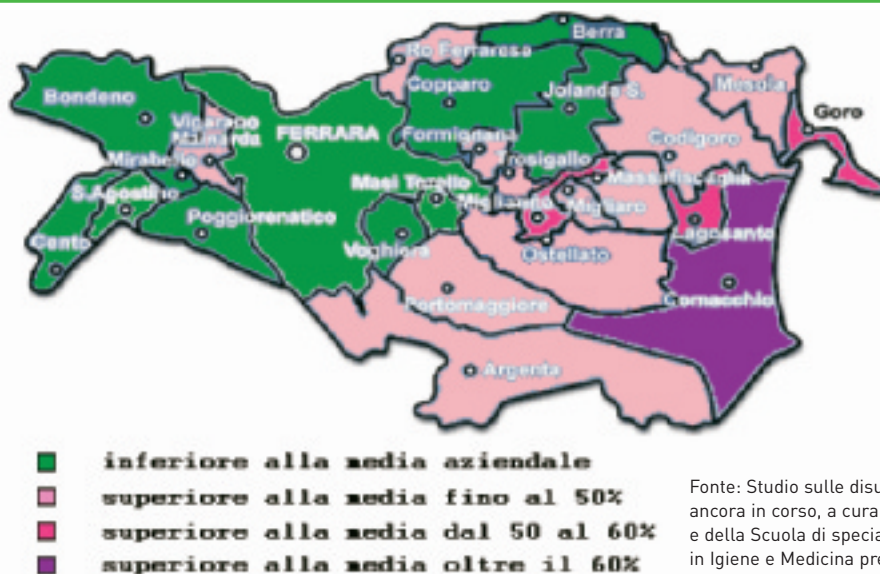
Fonte: Report regionale 2004 sugli screening

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

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

³⁰ Rapporto di abortività: IVG/nati+IVG.

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



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

2.8.3. La salute dei bambini

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

INDICATORI DI SALUTE DEI BAMBINI

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

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

2.8.4. La salute degli anziani

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La frequenza di malattia negli anziani

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le disabilità negli anziani che portano alla perdita di autonomia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La dipendenza e la necessità di assistenza

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

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

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

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

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

ALCUNI DATI SULL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NEL 2004

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

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

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

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

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

Chi cura gli anziani non autosufficienti?

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

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

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

³⁴ **ADI:** assistenza domiciliare integrata.

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

3. LA COMUNICAZIONE VERSO I CITTADINI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. IL PIANO PER LA SALUTE

AZIONI 2005

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

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

□ Distretto Centro Nord:

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

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

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

□ Distretto Sud Est:

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

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

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

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

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

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

- promozione e sviluppo delle associazioni di familiari di persone con disturbi psichici attraverso:
 - ◇ attivazione di associazioni di familiari nei territori che ne sono privi, attraverso presa di contatto e valutazione di fattibilità;
 - ◇ sostegno dell'associazione esistente;
- informazione mirata e sostegni nei percorsi ai familiari di persone con disturbi psichici mediante:
 - ◇ sviluppo di attività nel punto di ascolto già attivato di Cento;
- sostegno psicologico e relazionale ai *care giver* di malati con psicosi cronica:
 - ◇ attivazione di gruppi di sostegno al *care giver* di malati con psicosi cronica nella realtà di Cento;
- sperimentazione di nuove strategie di affidamento 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 nuovi progetti operativi per migliorare la qualità della vita del *care giver*;
- progetto Orientamento: sostegno ai genitori nel passaggio dei ragazzi dal percorso scolastico ai Centri Educativi Riabilitativi, facilitando l'approccio graduale al cambiamento:
 - ◇ estensione al Distretto Ovest del modello operativo.

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

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

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

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

□ Distretto Centro Nord:

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

¹ NPEE: Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva.

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

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

□ Distretto Ovest:

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

□ Distretto Sud Est:

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

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

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

□ Distretto Centro Nord:

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

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

□ Distretto Ovest:

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

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

□ Distretto Sud Est:

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

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

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

□ Distretto Centro Nord:

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

□ Distretto Ovest:

- diffusione e promozione dei Centri di disassuefazione al tabagismo:

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

□ Distretto Sud Est:

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

Nuove piste per i piani per la Salute

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

La valutazione distrettuale

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

L'integrazione tra Piani

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

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

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

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

La riprogettazione triennio 2006-2008

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

1. Profilo di salute orientato

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

2. Indagine sugli stili di vita

Indagine su campione significativo della popolazione della provincia.

3. Spazio itinerante

Interviste alla popolazione.

4. Interviste a interlocutori privilegiati

5. I SERVIZI PRESENTI NEL DISTRETTO

5.1. Le cure primarie

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

- Unità Operativa Nuclei delle Cure Primarie e Assistenza Domiciliare Integrata;
- Unità Operativa Servizi Sanitari che comprende l'Attività Specialistica ambulatoriale, la Pediatria di Comunità e il Consultorio familiare;
- Unità Operativa Socio Sanitaria, che comprende Salute Anziani, Minori, Handicap adulti e Ser.T.

Ambiti di intervento

Le cure primarie offrono le seguenti tipologie di servizi:

- cure domiciliari;
- attività ambulatoriale di medicina generale e pediatrica;
- 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.

| CONFRONTO POPOLAZIONE TARGET 31-12-2003/31-12-2004 | | | | | |
|--|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | | Anno 2003 | Percentuale | Anno 2004 | Percentuale |
| Popolazione | totale | 101.458 | 100% | 101.868 | 100% |
| | ≥ 75 anni | 11.492 | 11.3% | 11.779 | 11.6% |
| | ≥ 65 anni | 25.124 | 24.7% | 25.362 | 24.9% |
| | 0-17 | 12.314 | 12,1% | 11.966 | 11.8% |

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 | | Distretto | | Azienda | | Azienda | |
| | Sud Est 2004 | % | Sud Est 2003 | % | USL 2004 | % | USL 2003 | % |
| Totale esenzioni per patologia | 30.384 | 29,8 | 29.107 | 28,5 | 111.836 | 32,0 | 93.991 | 27 |
| Esenzioni diabete | 5.310 | 5,2 | 5.273 | 5,2 | 17.126 | 4,9 | 15.892 | 4,5 |
| Esenzioni ipertensione | 12.356 | 12,1 | 12.517 | 12,3 | 39.419 | 11,3 | 40.750 | 11,7 |
| Esenzioni neoplasie | 2.235 | 2,2 | 2.072 | 2,1 | 8.146 | 2,3 | 7.023 | 2 |
| Esenzioni invalidità civile | 4.437 | 4,4 | 5.581 | 5,5 | 19.693 | 5,6 | 19.481 | 5,6 |
| Malattie rare | 346 | 0,34 | 291 | 0,29 | 959 | 0,3 | 781 | 0,2 |
| Autorizzazioni protesi ausili | 2.150 | 2,1 | 1.802 | 1,78 | - | | 6.661 | 1,91 |

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

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

Nell'anno 2004 i pazienti esenti per patologia sono incrementati dell'1,3%.

Risultano stabili le esenzioni per diabete registrate nel distretto, superiori alla media aziendale.

Risultano stabili le esenzioni per neoplasia e ipertensione, mentre è si nota un lieve incremento della percentuale delle malattie rare.

5.1.1. I Nuclei di Cure Primarie

Poiché l'organizzazione dei Nuclei delle Cure Primarie nella dimensione compiuta della rispettiva Unità Operativa è di recente istituzione (estate 2004), non è possibile fornire un quadro sufficientemente schematico riassuntivo della corrispondente attività, ma risulta più esplicativa una descrizione schematica.

L'Unità Operativa Nuclei delle Cure Primarie comprende parte dell'attività di competenza dell'ex Servizio Assistenza Sanitaria di Base superato nell'attuale modello organizzativo. All'interno dell'unità operativa si svolge l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri, dei medici di continuità assistenziali, 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 modulo organizzativo ad altrettanti medici di medicina generale. Inoltre, con l'Accordo Locale dei medici di medicina generale è stato valorizzato il ruolo del Coordinatore del Nucleo di Cure Primarie, che

è stato riconfermato o sostituito all'interno dei Nuclei nel mese di maggio/giugno 2004.

Per quanto riguarda le finalità e la mission dei Nuclei di Cure Primarie, si rimanda a quanto illustrato nel Programma delle Attività Territoriali 2004; mentre si crede opportuno con la presente edizione fornire un approfondimento sulle risorse professionali presenti e su alcune attività di servizio, che non erano state sufficientemente illustrate nei Programmi delle Attività Territoriali 2004.

Nel Distretto Sud Est tutti i medici di medicina generale sono organizzati nei Nuclei delle Cure Primarie, e ogni Nucleo ha un medico di medicina generale con funzioni di coordinamento.

I Nuclei delle Cure Primarie sono cinque, e comprendono il territorio dei seguenti Comuni:

| NUCLEI DELLE CURE PRIMARIE |
|---|
| Comacchio |
| Mesola, Goro |
| Codigoro, Lagosanto, Massafiscaglia, Migliarino, Migliaro |
| Argenta |
| Portomaggiore, Ostellato |

I **medici di medicina generale** del medesimo Nucleo delle 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.

Per quanto riguarda la composizione dei Nuclei delle Cure Primarie riferita ai medici di medicina generale e la loro popolazione assistita (in genere persone maggiore di 14 anni) si veda la seguente tabella:

| NUCLEI CURE PRIMARIE | MEDICI | POPOLAZIONE ASSISTITA |
|----------------------|--------|-----------------------|
| Portomaggiore | 10 | 18.296 |
| Ostellato | 6 | |
| Argenta | 18 | 19.726 |
| Codigoro | 12 | |
| Lagosanto | 4 | |
| Migliarino | 3 | 24.773 |
| Migliaro | 3 | |
| Massafiscaglia | 3 | |
| Comacchio | 20 | 18.862 |
| Mesola | 8 | 10.900 |
| Goro | 3 | |
| TOTALI | 90 | 92.557 |

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

| FORME DI ASSOCIAZIONISMO MEDICO PRESENTI ALL'INTERNO DEI VARI NUCLEI DI CURE PRIMARIE DEL DISTRETTO SUD EST | | |
|---|----------------------|---------------|
| NUCLEO CURE PRIMARIE | TIPO DI ASSOCIAZIONE | NUMERO MEDICI |
| Portomaggiore | medicina di gruppo | 7 |
| Ostellato | medicina di gruppo | 6 |
| Codigoro | medicina di gruppo | 5 |
| Lagosanto | | 1 pediatra |
| Massafiscaglia | medicina di rete | 3 |
| Migliaro | medicina di | 4 |
| Migliarino | associazione | |
| Argenta | medicina di rete | 5 |
| Comacchio | | |
| Goro | medicina di gruppo | 3 |
| Mesola | | |

Presso la Medicina di Gruppo di Goro è attivo un punto prelievi decentrato, e un altro è attivo presso l'ambulatorio di un medico di medicina generale di Ariano (Mesola). Il servizio offerto dai **medici di guardia medica** ha otto sedi di erogazione (confermate quelle presentate nell'edizione Programmi delle Attività Territoriali 2004), dove ruotano su turni complessivamente 43 medici; è da rilevare, però, la netta minoranza dei medici titolari rispetto ai sostituti e reperibili; infatti, nell'area di Codigoro i titolari sono nove, mentre i sostituti reperibili sono ben diciassette e in quella di portomaggiore sono cinque contro dodici.

Inoltre, presso l'Ospedale S. Camillo di Comacchio, durante i mesi di luglio e agosto è stato confermato il servizio ambulatoriale per i "codici bianchi", che nel 2004 ha realizzato 290 prestazioni (visite e medicazioni), così come nello stesso periodo è stato attivo il servizio di guardia turistica estiva nelle cinque sedi litoranee.

Nell'ambito territoriale del Distretto operano i **pediatri di libera scelta**, che non sono ancora aggregati nei Nuclei delle Cure Primarie, ma è iniziata la loro organizzazione nella cosiddetta Unità Pediatrica Distrettuale, che dovrà tutelare la salute della fascia di popolazione da 0 a 14 anni, affiancandosi quindi alla medicina generale per quanto concerne la copertura assistenziale della popolazione residente, e alla guardia medica per quanto concerne la continuità assistenziale.

| NUCLEI CURE PRIMARIE | PEDIATRI DI LIBERA SCELTA | POPOLAZIONE ASSISTITA |
|-------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Portomaggiore | 1 | 743 |
| Ostellato | 1 | 792 |
| Argenta | 2 | 1.298 |
| Codigoro | 1 | 594 |
| Lagosanto | 1 | 67 |
| Migliarino | 1 | 898 |
| Migliaro | | |
| Massafiscaglia | | |
| Comacchio | 3 | 2.542 |
| Mesola | 1 | 1.013 |
| Goro | | |
| TOTALI | 11 | 7.947 |

I pediatri di libera scelta sono responsabili della salute dei bambini di età da zero a quattordici anni, e per quanto riguarda i loro compiti si rimanda all'enunciato presente nel Programma attività territoriali 2004; si sottolinea altresì l'avvenuta implementazione delle cosiddette schede di rilevazione per i bimbi con patologia cronica, che consentirà un monitoraggio più puntuale del fenomeno, oltre al mantenimento di adeguati standard di assistenza; si è consolidato il sistema di tutela della salute dei più piccoli attraverso il sistema dei bilanci di salute; l'avvio della nuova modalità di riconoscimento di idoneità alla pratica sportiva non agonistica (libretti di idoneità); si stanno sviluppando opportune strategie per affrontare il fenomeno della eventuale fragilità socio-sanitaria dei figli minori di alcune classi di immigrati; infine, si sono positivamente sperimentate importanti sinergie per casi di assistenza domiciliare in situazioni di particolare complessità.

Considerazioni sui risultati 2004

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

| PROFESSIONISTI | RECLAMI | ELOGI |
|------------------------------------|---------|-------|
| Medici di medicina generale | 2 | 1 |
| Pediatri di libera scelta | 0 | 0 |
| Medici di continuità assistenziale | 3 | 1 |
| Medici di guardia turistica | 1 | 0 |
| Infermieri assistenza domiciliare | 0 | 0 |

Come risulta evidente, il livello numerico dei reclami è modesto, soprattutto se si considera la mole elevata di prestazioni offerte e di contatti con il pubblico utente; risulta altresì confermato che il fronte più esposto alla criticità è quello delle prestazioni con

carattere di urgenza erogabili dai medici di guardia, mentre risulta connotata positivamente la percezione dei servizi dalla presenza in mezzo ai reclami anche di due elogi. Il processo di costruzione dei Nuclei delle Cure Primarie da una fase iniziale si avvia sempre più verso il consolidamento organizzativo, offrendo una visibilità prospettica per il 2005, non solo per gli aggregati professionali coinvolti, ma anche per le attività e l'offerta di servizi. Se in futuro i team multiprofessionali che caratterizzano i Nuclei delle Cure Primarie saranno costituiti da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri, ostetriche e assistenti sociali, oggi siamo nella fase in cui sono stati identificati i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale (o guardia medica), i medici della guardia turistica estiva e gli infermieri per l'assistenza domiciliare di riferimento, che hanno già maturato una discreta esperienza di sinergie assistenziali in alcuni campi (soprattutto la domiciliarità) e in altri si avviano alla sperimentazione (continuità assistenziale).

Per gli obiettivi derivati dall'accordo con i medici di medicina generale, si possono fornire i seguenti dati di valutazione, riferiti ai principali progetti assistenziali già attivati. Nell'anno 2004 i medici di medicina generale hanno proseguito lo sviluppo dei progetti assistenziali previsti dall'accordo locale con l'Azienda USL di Ferrara: *Progetto Diabete e Progetto Ipertensione*. Questo ha significato una presa in carico di pazienti dimessi dai Centri Diabetologici secondo protocolli concordati, e una gestione del paziente iperteso secondo linee guida predisposte da Tavoli Tecnici Interaziendali composti da specialisti territoriali, ospedalieri e medici di medicina generale.

Più dettagliatamente, la popolazione diabetica passata alle cure dirette del medico di famiglia, sia in forma ambulatoriale che domiciliare, nel corso del 2004 è stata:

| Nuclei di Cure Primarie | DIABETICI DOMICILIARI | DIABETICI AMBULATORIALI | TOTALE |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------|
| ARGENTA | 30 | 575 | 605 |
| PORTOMAGGIORE | 19 | 494 | 513 |
| CODIGORO | 19 | 509 | 528 |
| MESOLA | 13 | 346 | 359 |
| COMACCHIO | 13 | 193 | 206 |
| TOTALE | 94 | 2.117 | 2.211 |

La popolazione residente nel territorio e riconosciuta ipertesa, ai sensi del diritto all'esenzione ticket, e quindi a diverso grado di assistenza sanitaria presso i medici di medicina generale, è la seguente:

| Nuclei Cure Primarie | ESENTI IPERTENSIONE | ASSISTITI 2004 | PERCENTUALE |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Codigoro | | | |
| Lagosanto | | | |
| Massafiscaglia | 3.620 | 24.773 | 15 |
| Migliaro | | | |
| Migliarino | | | |
| Mesola | 1.206 | 10.900 | 11 |
| Goro | | | |
| Comacchio | 2.547 | 8.862 | 14 |
| TOTALE | 7.373 | 54.535 | 14 |

| Nuclei Cure Primarie | ESENTI IPERTENSIONE | ASSISTITI 2004 | PERCENTUALE |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Argenta | 2.277 | 19.726 | 12 |
| Portomaggiore | | | |
| Ostellato | 2.014 | 18.296 | 11 |
| TOTALE | 4.291 | 38.022 | 11 |

Se confrontiamo i diversi Distretti, la percentuale di prevalenza, rispetto alla popolazione assistita, è la seguente:

| DISTRETTO | TOTALE IPERTESI | ASSISTITI 2004 | PERCENTUALE |
|------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------|
| OVEST | 7.427 | 64.673 | 11 |
| CENTRO NORD | 20.328 | 160.992 | 14 |
| SUD EST | 11.664 | 92.557 | 12,5 |
| TOTALE | 39.419 | 318.222 | 12 |

Va però ricordato che il riconoscimento legale degli ipertesi è un dato in genere sotto-stimato e influenzato, in modo determinante, dalla fruibilità di accesso alla procedura autorizzativa (massima nel territorio copparese del Distretto Centro Nord); al riguardo, è in corso un'opportuna omogeneizzazione di percorsi tra i diversi Distretti.

Sempre con riferimento al progetto assistenziale ipertensione, per quanto riguarda la terapia farmacologica è possibile valutare tra i diversi Nuclei delle 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 ANTIIPERTENSIVE PER I NUCLEI DI CURE PRIMARIE | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| NCP | 2° trimestre 2004 | 3° trimestre 2004 |
| Argenta | 0,50 | 0,48 |
| Portomaggiore | 0,52 | 0,52 |
| Codigoro | 0,50 | 0,50 |
| Mesola | 0,53 | 0,52 |
| Comacchio | 0,53 | 0,52 |
| 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, permangano ancora differenze evidenti, indicate dalla variabilità del parametro adottato, di costi medi e consumi diversi anche in territori limitrofi (da valutare però soprattutto sotto il profilo di una possibile diversa incidenza e/o prevalenza dello stato di patologia).

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

- Promozione delle vaccinazioni antinfluenzali.
Visto il contributo sostanziale e positivo al raggiungimento dei risultati della nostra Azienda relativi alla campagna antinfluenzale dei medici di medicina generale, si è confermata anche per il 2004/2005 la stessa strategia vaccinale.
- Implementazione del percorso di dimissione protetta e aumento della presa in carico in assistenza domiciliare di pazienti complessi (ADI di terzo livello). L'obiettivo è stato trasferito al 2005 per quanto riguarda gli aspetti della valutazione e verifica, ma è già stato sperimentato nel corso del 2004.
- Sviluppo dell'associazionismo medico. Realizzazione di una nuova Associazione Medicina in Rete a Comacchio. Non è stato realizzato per cause esterne, quali la mancata attivazione da parte di una ditta della messa in rete dei PC e la scomparsa di un medico.
- Potenziamento della Medicina di Gruppo a Codigoro, con l'inserimento di un'ulteriore figura medica e del relativo studio professionale, della Medicina di Gruppo di Portomaggiore, con nuovi locali dedicati all'attività assistenziale, della Medicina di Gruppo di Goro, con l'inserimento professionale di una figura infermieristica. Tutti questi obiettivi sono stati raggiunti.
- Attivazione di ambulatori di consulenza cardiologica e chirurgica (a Goro). Obiettivo raggiunto.
- Sviluppo della telemedicina per la diagnostica di laboratorio e per immagini e per la cardiologia verso le medicine di gruppo. Obiettivo parzialmente raggiunto per quanto riguarda solo la refertazione di laboratorio e di radiologia.
- Progetto di continuità assistenziale in ADI con la collaborazione del Servizio di guardia medica presso la medicina di gruppo di Ostellato e Goro: obiettivo trasferito al 2005 per il protrarsi della trattativa con le competenti organizzazioni sindacali mediche per l'accordo integrativo aziendale con i medici di guardia medica.

- Informatizzazione dei medici di medicina generale e predisposizione di una scheda sanitaria individuale collegata con le banche dati sanitarie dell'Azienda USL: obiettivo parzialmente raggiunto, consegnati i personal computer ai medici, ma ancora mancante la connessione in rete completa.
- Per quanto concerne il Servizio di Continuità Assistenziale (guardia medica):
 - a seguito dell'attivazione dell'accordo aziendale per la continuità assistenziale, che prevede specificamente le modalità dell'attività ambulatoriale con carattere di urgenza (vedi delibera n. 769 del 31/8/04 e scheda oraria per le varie sedi territoriali), si è potuta constatare una diminuzione dell'accesso per codici bianchi al Pronto Soccorso 2003/2004, da 3.336 a 2.429 (equivalenti al 27% di diminuzione), dotazione di telefoni cellulari personali per ogni sede di guardia, non solo per una migliore comunicazione per l'utenza, ma anche come fattore di sicurezza per il medico durante gli spostamenti solitari.
 - Per quanto concerne i livelli di attività, si sottolinea un calo complessivo delle visite del 2004 rispetto al 2003, passando da 10.722 a 9.852 per l'area di Codigoro e da 8.816 a 7.633 per l'area di Portomaggiore (si sorvola sul dato riferito al counseling telefonico che è comunque disponibile).
 - Se si analizza il dato complessivo numerico delle visite per una media dei turni all'anno (12 ore, notturni, festivi e prefestivi), si può ricavare una media di performance che approssimativamente (dati 2004) rappresenta per ogni sede i seguenti valori:

| SEDE | NUMERO VISITE |
|---------------|---------------|
| Portomaggiore | 4,5 |
| Argenta | 10,4 |
| Ostellato | 8,9 |
| Codigoro | 5,5 |
| Comacchio | 4,5 |
| Mesola | 3,6 |
| Migliarino | 4,1 |
| Goro | 5,4 |

Va precisato che nella sede di Ostellato il servizio è attivo solo nei prefestivi e festivi, e che in tali periodi ad Argenta e Portomaggiore sono presenti due medici per turno.

Analisi dei consumi espressi per Nuclei di Cure Primarie

I dati sono riferiti ai Nuclei delle Cure Primarie di Codigoro, Lagosanto, Massafisaglia, Migliarino e Migliaro.

| TAB. 1 A | Provincia | NCP |
|--|------------------|------------|
| Prestazioni cardiologia | | |
| tasso di consumo | 325,84 | 366,15 |
| tasso di mobilità | 18,8 | 7,64 |
| Prestazioni specialistiche per cataratta | | |
| tasso di consumo | 9,2 | 9,30 |
| tasso di mobilità | 1 | 0,63 |
| Risonanza Magnetica Nucleare | | |
| tasso di consumo | 49,78 | 58,88 |
| tasso di mobilità | 13,29 | 10,06 |
| Spesa farmaceutica totale per medici di medicina generale costo medio pro capite | 113,66 | 116,93 |
| Spesa farmaci apparato cardiocircolatorio costo medio pro capite | 51,63 | 50,78 |
| ADI: tasso | 10,6 | 7,80 |
| Esenzione per invalidità: tasso | 61,75 | 53,62 |
| Malattie Rare: tasso | 2,89 | 3,88 |
| Esenzione per patologia: tasso | 315,73 | 370,04 |
| Autorizzazioni protesica: tasso | 20,92 | 22,05 |
| I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti | | |

| TAB. 1 B | Provincia | NCP |
|---|------------------|------------|
| Ospedalizzazione | | |
| tasso di ricovero | 226,02 | 228,83 |
| tasso di mobilità | 39,31 | 30,11 |
| Cardiologia | | |
| tasso di ricovero | 20,17 | 17,43 |
| tasso di mobilità | 2,68 | 2,05 |
| Pneumologia | | |
| tasso di ricovero | 12,52 | 14,23 |
| tasso di mobilità | 1,20 | 0,65 |
| Chirurgia Generale | | |
| tasso di ricovero | 26,33 | 31,09 |
| tasso di mobilità | 4,52 | 3,16 |
| Ortopedia | | |
| tasso di ricovero | 23,32 | 26,17 |
| tasso di mobilità | 8,09 | 7,11 |
| Urologia | | |
| tasso di ricovero | 13,07 | 15,67 |
| tasso di mobilità | 2,61 | 2,77 |
| Ostetricia Ginecologia | | |
| tasso di ricovero | 21,14 | 21,46 |
| tasso di mobilità | 3,97 | 1,83 |
| Oncologia | | |
| tasso di ricovero | 26,47 | 29,79 |
| tasso di mobilità | 4,44 | 3,77 |
| Gastroenterologia | | |
| tasso di ricovero | 16,45 | 16,19 |
| tasso di mobilità | 2,44 | 1,57 |
| Day Hospital | | |
| tasso di ricovero | 27,97 | 30,17 |
| tasso di mobilità | 4,35 | 3,65 |
| Day Surgery | | |
| tasso di ricovero | 30,41 | 34,11 |
| tasso di mobilità | 5,51 | 3,81 |
| I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti | | |

I dati sono riferiti ai Nuclei delle Cure Primarie di Portomaggiore e Ostellato.

| TAB. 2 A | Provincia | NCP |
|---|------------------|------------|
| Visita cardiologica + ECG | | |
| tasso di consumo | 325,84 | 486,40 |
| tasso di mobilità | 18,8 | 5,28 |
| Visita oculistica | | |
| tasso di consumo | 9,2 | 10,94 |
| tasso di mobilità | 1 | 0,80 |
| Risonanza Magnetica Nucleare | | |
| tasso di consumo | 49,78 | 56,23 |
| tasso di mobilità | 13,29 | 9,41 |
| Spesa farmaceutica totale per medici di medicina generale | | |
| costo medio pro capite | 113,66 | 116,22 |
| Spesa farmaci apparato cardiocircolatorio | | |
| costo medio pro capite | 51,63 | 52,92 |
| ADI: tasso | 10,6 | 15,43 |
| Esenzione per invalidità: tasso | 61,75 | 101,30 |
| Malattie Rare: tasso | 2,89 | 1,86 |
| Esenzione per patologia: tasso | 315,73 | 306,84 |
| Autorizzazioni protesica: tasso | 20,92 | 26,12 |
| I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti | | |

| TAB. 2 B | Provincia | NCP |
|---|------------------|------------|
| Ospedalizzazione | | |
| tasso di ricovero | 226,02 | 219,81 |
| tasso di mobilità | 39,31 | 24,045 |
| Cardiologia | | |
| tasso di ricovero | 20,17 | 19,46 |
| tasso di mobilità | 2,68 | 2,125 |
| Pneumologia | | |
| tasso di ricovero | 12,52 | 13,83 |
| tasso di mobilità | 1,20 | 0,865 |
| Chirurgia Generale | | |
| tasso di ricovero | 26,33 | 29,735 |
| tasso di mobilità | 4,52 | 1,62 |
| Ortopedia | | |
| tasso di ricovero | 23,32 | 26,805 |
| tasso di mobilità | 8,09 | 5,86 |
| Urologia | | |
| tasso di ricovero | 13,07 | 14,055 |
| tasso di mobilità | 2,61 | 1,055 |
| Ostetricia Ginecologia | | |
| tasso di ricovero | 21,14 | 21,815 |
| tasso di mobilità | 3,97 | 2,245 |
| Oncologia | | |
| tasso di ricovero | 26,47 | 26,685 |
| tasso di mobilità | 4,44 | 2,17 |
| Gastroenterologia | | |
| tasso di ricovero | 16,45 | 14,635 |
| tasso di mobilità | 2,44 | 1,3 |
| Day Hospital | | |
| tasso di ricovero | 27,97 | 25,085 |
| tasso di mobilità | 4,35 | 2,39 |
| Day Surgery | | |
| tasso di ricovero | 30,41 | 36,965 |
| tasso di mobilità | 5,51 | 2,92 |
| I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti | | |

I dati sono riferiti ai Nuclei delle Cure Primarie di Mesola e Goro.

| TAB. 3 A | Provincia | NCP |
|---|------------------|------------|
| Visita cardiologica + ECG | | |
| tasso di consumo | 325,84 | 301,49 |
| tasso di mobilità | 18,8 | 34,27 |
| Visita oculistica | | |
| tasso di consumo | 9,2 | 4,055 |
| tasso di mobilità | 1 | 3,36 |
| Risonanza Magnetica Nucleare | | |
| tasso di consumo | 49,78 | 41,29 |
| tasso di mobilità | 13,29 | 17,975 |
| Spesa farmaceutica totale per medici di medicina generale | | |
| Costo medio pro capite | 113,66 | 99,87 |
| Spesa farmaci apparato cardiocircolatorio | | |
| Costo medio pro capite | 51,63 | 46,36 |
| ADI: tasso | 10,6 | 7,79 |
| Esenzione per invalidità: tasso | 61,75 | 46,42 |
| Malattie Rare: tasso | 2,89 | 2,345 |
| Esenzione per patologia: tasso | 315,73 | 331,79 |
| Autorizzazioni protesica: tasso | 20,92 | 18,66 |
| I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti | | |

| TAB. 3 B | Provincia | NCP |
|---|------------------|------------|
| Ospedalizzazione | | |
| tasso di ricovero | 226,02 | 228,91 |
| tasso di mobilità | 39,31 | 87,8 |
| Cardiologia | | |
| tasso di ricovero | 20,17 | 15,17 |
| tasso di mobilità | 2,68 | 6,515 |
| Pneumologia | | |
| tasso di ricovero | 12,52 | 10,31 |
| tasso di mobilità | 1,20 | 3,39 |
| Chirurgia Generale | | |
| tasso di ricovero | 26,33 | 24,97 |
| tasso di mobilità | 4,52 | 11,045 |
| Ortopedia | | |
| tasso di ricovero | 23,32 | 13,68 |
| tasso di mobilità | 8,09 | 15,455 |
| Urologia | | |
| tasso di ricovero | 13,07 | 8,85 |
| tasso di mobilità | 2,61 | 7,895 |
| Ostetricia Ginecologia | | |
| tasso di ricovero | 21,14 | 18,68 |
| tasso di mobilità | 3,97 | 6,675 |
| Oncologia | | |
| tasso di ricovero | 26,47 | 20,19 |
| tasso di mobilità | 4,44 | 10,155 |
| Gastroenterologia | | |
| tasso di ricovero | 16,45 | 13,73 |
| tasso di mobilità | 2,44 | 7,115 |
| Day Hospital | | |
| tasso di ricovero | 27,97 | 19,74 |
| tasso di mobilità | 4,35 | 8,245 |
| Day Surgery | | |
| tasso di ricovero | 30,41 | 21,835 |
| tasso di mobilità | 5,51 | 16,52 |
| I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti | | |

I dati sono riferiti ai Nuclei delle Cure Primarie di Comacchio.

| TAB. 4 A | Provincia | NCP |
|---|------------------|------------|
| Visita cardiologica + ECG | | |
| tasso di consumo | 325,84 | 348,52 |
| tasso di mobilità | 18,8 | 11,79 |
| Visita oculistica | | |
| tasso di consumo | 9,2 | 5,18 |
| tasso di mobilità | 1 | 0,63 |
| Risonanza Magnetica Nucleare | | |
| tasso di consumo | 49,78 | 63,25 |
| tasso di mobilità | 13,29 | 9,11 |
| Spesa farmaceutica totale per medici di medicina generale | | |
| costo medio pro capite | 113,66 | 124,98 |
| Spesa farmaci apparato cardiocircolatorio | | |
| costo medio pro capite | 51,63 | 51,59 |
| ADI: tasso | 10,6 | 7,59 |
| Esenzione per invalidità: tasso | 61,75 | 51,5 |
| Malattie Rare: tasso | 2,89 | 5,67 |
| Esenzione per patologia: tasso | 315,73 | 342,67 |
| Autorizzazioni protesica: tasso | 20,92 | 16,62 |
| I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti | | |

| TAB. 4 B | Provincia | NCP |
|---|------------------|------------|
| Ospedalizzazione | | |
| tasso di ricovero | 226,02 | 217,52 |
| tasso di mobilità | 39,31 | 38,01 |
| Cardiologia | | |
| tasso di ricovero | 20,17 | 15,19 |
| tasso di mobilità | 2,68 | 2,77 |
| Pneumologia | | |
| tasso di ricovero | 12,52 | 11,57 |
| tasso di mobilità | 1,20 | 1,83 |
| Chirurgia Generale | | |
| tasso di ricovero | 26,33 | 28,67 |
| tasso di mobilità | 4,52 | 3,71 |
| Ortopedia | | |
| tasso di ricovero | 23,32 | 21,98 |
| tasso di mobilità | 8,09 | 8,75 |
| Urologia | | |
| tasso di ricovero | 13,07 | 13,94 |
| tasso di mobilità | 2,61 | 2,72 |
| Ostetricia Ginecologia | | |
| tasso di ricovero | 21,14 | 23,58 |
| tasso di mobilità | 3,97 | 3,08 |
| Oncologia | | |
| tasso di ricovero | 26,47 | 23,67 |
| tasso di mobilità | 4,44 | 3,89 |
| Gastroenterologia | | |
| tasso di ricovero | 16,45 | 15,50 |
| tasso di mobilità | 2,44 | 2,10 |
| Day Hospital | | |
| tasso di ricovero | 27,97 | 25,06 |
| tasso di mobilità | 4,35 | 4,38 |
| Day Surgery | | |
| tasso di ricovero | 30,41 | 34,44 |
| tasso di mobilità | 5,51 | 4,29 |
| I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti | | |

I dati sono riferiti ai Nuclei delle Cure Primarie di Argenta.

| TAB. 5 A | Provincia | NCP |
|---|------------------|------------|
| Visita cardiologica + ECG | | |
| tasso di consumo | 325,84 | 395,66 |
| tasso di mobilità | 18,8 | 43,78 |
| Visita oculistica | | |
| tasso di consumo | 9,2 | 4,32 |
| tasso di mobilità | 1 | 6,19 |
| Risonanza Magnetica Nucleare | | |
| tasso di consumo | 49,78 | 32,5 |
| tasso di mobilità | 13,29 | 11,15 |
| Spesa farmaceutica totale per medici di medicina generale | | |
| costo medio pro capite | 113,66 | 103,31 |
| Spesa farmaci apparato cardiocircolatorio | | |
| costo medio pro capite | 51,63 | 45,83 |
| ADI: tasso | 10,6 | 12,06 |
| Esenzione per invalidità: tasso | 61,75 | 61,08 |
| Malattie Rare: tasso | 2,89 | 2,5 |
| Esenzione per patologia: tasso | 315,73 | 329,16 |
| Autorizzazioni protesica: tasso | 20,92 | 20,48 |
| I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti | | |

| TAB. 5 B | Provincia | NCP |
|---|------------------|------------|
| Ospedalizzazione | | |
| tasso di ricovero | 226,02 | 221,75 |
| tasso di mobilità | 39,31 | 60,9 |
| Cardiologia | | |
| tasso di ricovero | 20,17 | 19,94 |
| tasso di mobilità | 2,68 | 3,46 |
| Pneumologia | | |
| tasso di ricovero | 12,52 | 10,65 |
| tasso di mobilità | 1,20 | 2,63 |
| Chirurgia Generale | | |
| tasso di ricovero | 26,33 | 25,85 |
| tasso di mobilità | 4,52 | 4,41 |
| Ortopedia | | |
| tasso di ricovero | 23,32 | 24,49 |
| tasso di mobilità | 8,09 | 10,51 |
| Urologia | | |
| tasso di ricovero | 13,07 | 10,20 |
| tasso di mobilità | 2,61 | 3,82 |
| Ostetricia Ginecologia | | |
| tasso di ricovero | 21,14 | 13,84 |
| tasso di mobilità | 3,97 | 8,51 |
| Oncologia | | |
| tasso di ricovero | 26,47 | 21,85 |
| tasso di mobilità | 4,44 | 5,83 |
| Gastroenterologia | | |
| tasso di ricovero | 16,45 | 12,47 |
| tasso di mobilità | 2,44 | 2,64 |
| Day Hospital | | |
| tasso di ricovero | 27,97 | 17,34 |
| tasso di mobilità | 4,35 | 5,92 |
| Day Surgery | | |
| tasso di ricovero | 30,41 | 28,77 |
| tasso di mobilità | 5,51 | 14,29 |
| I tassi si riferiscono alle prestazioni erogate ogni 1.000 abitanti | | |

Le tabelle 1, 2, 3, 4, 5/A riportano i tassi per 100 abitanti dei cinque Nuclei di Cure Primarie (sono a disposizione anche i dati per singolo Comune, ma in questo caso la significatività statistica è relativa al numero della popolazione residente), relativamente ad alcune branche specialistiche (prestazioni ambulatoriali e diagnostiche strumentali), significative per l'offerta e il consumo; inoltre sono riportati i tassi per l'assistenza domiciliare, le forme di esenzione e anche la spesa media farmaceutica pro capite. Appaiono evidenti alcuni fenomeni che caratterizzano i Nuclei delle Cure Primarie rispetto alla media provinciale:

- Nel Nucleo delle Cure Primarie di Codigoro si nota un modesto ricorso all'assistenza domiciliare; la popolazione esente dal ticket per patologia è significativamente superiore al resto della Provincia.
- Nel Nucleo delle Cure Primarie di Portomaggiore è apprezzabile un buon ricorso all'assistenza domiciliare; vi è un forte consumo di prestazioni cardiologiche; è molto significativa la quota di popolazione riconosciuta invalida.
- Nel Nucleo delle Cure Primarie di Mesola si nota un'evidente mobilità passiva per le prestazioni di cardiologia; uno scarso ricorso alla specialistica oculistica; modesta attivazione dell'assistenza domiciliare.
- Nel Nucleo Cure Primarie di Comacchio vi è modesto ricorso all'assistenza domiciliare.
- Nel Nucleo delle Cure Primarie di Argenta si nota un'apprezzabile valorizzazione dell'assistenza domiciliare, un forte consumo delle prestazioni di cardiologia, soprattutto in mobilità passiva (più del doppio della media provinciale), un basso consumo di diagnostica di Risonanza Magnetica Nucleare e un basso consumo di oculistica, ma quasi tutta in mobilità passiva.

Analizzando le tabelle 1, 2, 3, 4, 5/B, che riportano i tassi di ospedalizzazione della popolazione (numero di casi su 1.000 abitanti) dei cinque Nuclei delle Cure Primarie (sono a disposizione anche i dati per singolo Comune, ma in questo caso la significatività statistica è relativa al numero della popolazione residente) confrontati con quelli che rappresentano la media provinciale, appaiono evidenti alcuni fenomeni che brevemente si segnalano:

- La situazione nei Nuclei delle Cure Primarie di Codigoro, Comacchio e Portomaggiore è sostanzialmente coerente con i dati che caratterizzano la media provinciale ferrarese.
- Nel Nucleo delle Cure Primarie di Mesola, a fronte di un simile andamento dei ricoveri rispetto alla media provinciale, spicca l'evidente mobilità passiva della popolazione (più del doppio rispetto alla media provinciale) soprattutto per le discipline chirurgiche e l'oncologia.
- Nel Nucleo delle Cure Primarie di Argenta, a fronte di un andamento quasi uguale dei ricoveri rispetto alla media provinciale, si nota un'evidente mobilità passiva, caratterizzata soprattutto per le specialità di Ostetricia e Ginecologia e per il Day Surgery.

Criticità

- Alta frequenza di rotazione su turni tra i medici che prestano servizio nella continuità assistenziale; impossibilità di costruire équipe territoriali stabili all'interno dei

Nuclei di Cure Primarie, con relativa specifica formazione; disomogenei carichi di lavoro nelle diverse sedi di servizio.

- Mancato completamento della connessione in rete di una parte di medici di medicina generale, in parte per problemi tecnologici (sviluppo dei collegamenti veloci) e in parte per inerzia di alcuni professionisti all'uso delle nuove tecnologie di comunicazione.
- Ancora insufficiente esperienza e disponibilità di percorsi assistenziali condivisi in sinergia tra i diversi operatori sanitari (tendenza ad agire singolarmente).

Principali obiettivi per il 2005

1) Definizione del ruolo e delle attività dei medici di medicina generale che sono stati incaricati della responsabilità dei Moduli Organizzativi dei Nuclei delle Cure Primarie all'interno del nuovo assetto organizzativo territoriale previsto con l'attivazione del Dipartimento delle Cure Primarie.

Personale coinvolto: Coordinatori di Nuclei delle Cure Primarie, Direzioni di Distretto e dei Dipartimenti Cure Primarie, medici dirigenti distrettuali delle cure primarie.

2) Definizione dei percorsi assistenziali per l'infanzia (con particolare riferimento alle fasce sociali definite *fragili o deboli*) e delle funzioni dei Pediatri (collaborazione e sinergia tra i medici del Servizio Salute infanzia – Pediatria di Comunità e Pediatri di Libera scelta) all'interno dell'Unità Pediatrica Distrettuale nel nuovo assetto organizzativo territoriale previsto con l'attivazione del Dipartimento delle Cure Primarie.

Personale coinvolto: pediatri di libera scelta, pediatri di comunità, medici dirigenti distrettuali.

3) Implementazione della attività prevista dai progetti di cardiologia territoriale nelle Medicine di Gruppo (attraverso la collaborazione dei medici di medicina generale e Medici Specialisti Cardiologi) al fine di semplificare l'accesso alla diagnostica specialistica, ridurre i tempi di attesa e l'inappropriatezza delle richieste.

Personale coinvolto: medici di medicina generale, medici dirigenti distrettuali, medici Specialisti in cardiologia, Unità Operative ospedaliere di Cardiologia.

4) Sensibilizzazione dei medici di medicina generale e loro coinvolgimento per una maggiore appropriatezza nella diagnostica per immagini e di laboratorio (in collaborazione con i rispettivi dipartimenti ospedalieri), al fine di ridurre i tempi di attesa per l'utenza, semplificare l'accesso ai servizi ed evitare eventuali sprechi di risorse.

Personale coinvolto: medici di medicina generale, medici dirigenti distrettuali, Medici Specialisti delle Unità Operative ospedaliere di Laboratorio e Radiologia.

5) Attivazione nuovo punto sanitario di guardia turistica estiva presso il Lido degli Scacchi.

Personale coinvolto: medici di medicina generale, medici dirigenti distrettuali, Operatori tecnici per l'impiantistica e la logistica.

6) Sperimentazione di integrazione tra medici di Continuità Assistenziale (guardia medica) e alcune medicine di gruppo per migliorare l'assistenza domiciliare a media e alta intensità. Personale coinvolto: medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, infermieri professionali del territorio, Caposala coordinatori, medici dirigenti distrettuali.

7) Integrazione distrettuale tra assistenza psichiatrica specialistica e medici di medicina generale per garantire la continuità assistenziale ai casi particolarmente complessi e favorire la presa in carico di quei casi ancora non palesemente conclamati.

Personale coinvolto: medici di medicina generale, medici specialisti psichiatri.

8) Sviluppo della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo e preparati antiemofili in collaborazione con il Dipartimento Interaziendale del farmaco.

Personale coinvolto: medici di medicina generale, farmacisti ospedalieri, medici dirigenti distrettuali.

TABELLA RIASSUNTIVA OBIETTIVI 2005

| Numero obiettivo | Titolo | Tipo di obiettivo |
|------------------|--|-------------------|
| 1 | Definizione del ruolo e delle attività dei medici di medicina generale che sono stati incaricati della responsabilità dei Moduli Organizzativi dei Nuclei delle Cure Primarie all'interno del nuovo assetto organizzativo territoriale previsto con l'attivazione del Dipartimento delle Cure Primarie. | Trasversale |
| 2 | Definizione dei percorsi assistenziali per l'infanzia (con particolare riferimento alle fasce sociali definite fragili o deboli) e delle funzioni dei pediatri (collaborazione e sinergia tra i medici del Servizio Salute infanzia – pediatria di Comunità e pediatri di libera scelta) all'interno dell'Unità Pediatrica Distrettuale. | Distrettuale |
| 3 | Implementazione dell'attività prevista dai progetti di cardiologia territoriale nelle Medicine di Gruppo (attraverso la collaborazione dei medici di medicina generale e Medici Specialisti Cardiologi). | Trasversale |
| 4 | Sensibilizzazione dei medici di medicina generale e loro coinvolgimento per una maggiore appropriatezza nella diagnostica per immagini e di laboratorio (in collaborazione con i rispettivi Dipartimenti ospedalieri). | Distrettuale |
| 5 | Attivazione nuovo punto sanitario di guardia turistica estiva presso il Lido degli Scacchi. | Distrettuale |
| 6 | Sperimentazione di integrazione tra medici di continuità assistenziale (guardia medica) e alcune Medicine di Gruppo per migliorare l'assistenza domiciliare a media e alta intensità. | Distrettuale |
| 7 | Integrazione distrettuale tra assistenza psichiatrica specialistica e medici di medicina generale per garantire la continuità assistenziale ai casi particolarmente complessi. | Trasversale |
| 8 | Sviluppo della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo e preparati antiemofilici in collaborazione con il Dipartimento Interaziendale del Farmaco. | Trasversale |

5.1.2. Le cure domiciliari

Attività

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

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

DATI DI SINTESI DELLA ATTIVITÀ DEL MODULO ORGANIZZATIVO ADI

Nell'anno 2004 i pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) e Assistenza Infermieristica suddivisi per Comune di residenza sono stati 1.112.

| PAZIENTI ASSISTITI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (2004) | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|--|
| COMUNE | ADI 1° livello | ADI 2° livello | ADI 3° livello | Totale | Rapporto % Assistiti e residenti |
| Argenta | 204 | 25 | 36 | 265 | 12,06 |
| Codigoro | 82 | 30 | 16 | 128 | 9,94 |
| Comacchio | 104 | 43 | 23 | 170 | 7,59 |
| Goro | 14 | 10 | 6 | 30 | 7,39 |
| Lagosanto | 22 | 14 | 4 | 40 | 8,93 |
| Massafiscaglia | 17 | 10 | 6 | 33 | 8,71 |
| Mesola | 45 | 7 | 8 | 60 | 8,18 |
| Migliarino | 18 | 3 | 4 | 25 | 6,79 |
| Migliaro | 5 | 3 | 3 | 11 | 4,65 |
| Ostellato | 69 | 13 | 16 | 98 | 14,49 |
| Portomaggiore | 143 | 23 | 33 | 199 | 16,37 |
| Voghiera | 38 | 9 | 6 | 53 | 13,51 |
| Distretto | 761 | 190 | 161 | 1.112 | 10,51 |

| ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE (2004) | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| COMUNE | Popolazione al 31/12/04 | Assistiti in carico | Tasso pop/res |
| Argenta | 21.971 | 176 | 8,01 |
| Codigoro | 12.883 | 141 | 10,94 |
| Comacchio | 22.389 | 265 | 11,84 |
| Goro | 4.058 | 68 | 16,76 |
| Lagosanto | 4.480 | 39 | 8,71 |
| Massafiscaglia | 3.787 | 35 | 9,24 |
| Mesola | 7.331 | 66 | 9,00 |
| Migliarino | 3.682 | 45 | 12,22 |
| Migliaro | 2.367 | 37 | 15,63 |
| Ostellato | 6.762 | 44 | 6,51 |
| Portomaggiore | 12.158 | 65 | 5,35 |
| Voghiera | 3.924 | 33 | 8,41 |
| Distretto | 105.792 | 1.014 | 9,58 |

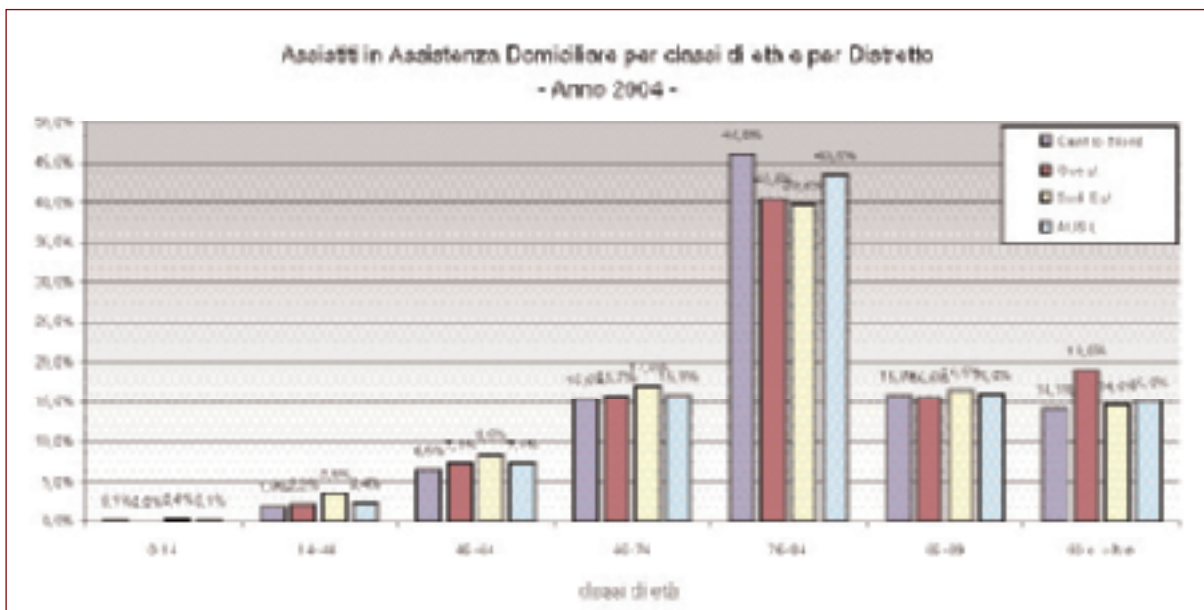
| | 1° livello | 2° Livello | 3° livello | Tot |
|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| 2003 | | | 153 | 1.026 |
| 2004 | | | 164 + 6,7% | 1.125 + 8,8% |
| Codigoro | | | | |
| 2003 | 242 | 153 | 104 | 499 (+3)* = 502 |
| 2004 | 314 | 121 | 73 -29,8% | 508 (+3)* = 511 |
| Portomaggiore | | | | |
| 2003 | 359 | 119 | 49 +46,1% | 527 (+8)* =535 |
| 2004 | 454 | 72 | 91 | 617 (+38)* =655 |

* tra parentesi è indicato il numero di pazienti seguiti dalle Associazioni i volontariato ADO-ANT

Nell'anno 2003 in totale i pazienti assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata sono stati 1.026, di cui 153 in Assistenza Domiciliare Integrata di 3° livello.

Nell'anno 2004 i pazienti residenti assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata sono stati 1.112, a cui bisogna aggiungere tredici persone non residenti per un totale finale di 1.125, di cui 164 in Assistenza Domiciliare Integrata di 3° livello.

Pertanto nell'anno 2004 si è avuto un incremento di oltre l'8,8% sul totale dei pazienti in carico; rispetto alla maggiore complessità dell'assistenza (Assistenza Domiciliare Integrata di 3° livello) vi è stato un incremento di circa il 6,7%.



Considerazioni sui risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

Durante il 2004 sono stati effettuati alcuni incontri formativi riguardanti il modello organizzativo dell'Assistenza Domiciliare Integrata e sulla psico-oncologia, che avranno un ulteriore prosieguo nel 2005 coinvolgendo sinergicamente anche gli operatori dei reparti di Lungodegenza e Medicina dell'Ospedale "Mazzolani-Vandini" di Argenta.

Si è posta una certa attenzione al miglioramento della comunicazione negli stessi Nuclei delle Cure Primarie grazie alla partecipazione, durante gli incontri, dei Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare per presentare le novità applicative e di percorso nell'Assistenza Domiciliare Integrata.

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

Complessivamente gli obiettivi programmati per il 2004 sono stati raggiunti, fatto salvo quanto espresso nel paragrafo "Criticità" dove ancora spicca la difficoltà di portare al domicilio l'assistenza specialistica in modo adeguato al fabbisogno.

Dal confronto dei dati a disposizione si è assistito a un incremento generale (intorno al 5%) dell'assistenza offerta dal gruppo infermieristico che opera sul territorio del Distretto Sud Est (rapporto per mille 9,20 del 2003 contro 9,58 del 2004), pur utilizzando le stesse risorse.

Mentre il numero dei pazienti residenti in assistenza integrata (Assistenza Domiciliare Integrata) è aumentato dell' 8,8% passando da 1.026 casi del 2003 a 1.112 del 2004 che rappresenta, nel rapporto in percentuale assistiti/residenti, una copertura di oltre il 10‰ di tutta la popolazione residente del Distretto (105.792) e dell'11‰ considerando tredici casi particolari di soggetti non residenti, ma comunque in carico.

Tali valori dimostrano un aumento del fabbisogno del territorio e una migliore sensibilizzazione e accettazione del servizio offerto da parte della popolazione e del medico di medicina generale.

Da una analisi più accurata si evince che l'incremento è riferito essenzialmente ai casi di minore intensità che vedono una progressione del 21,7% a fronte di un incremento medio del 6,7% sui livelli più impegnativi (Assistenza Domiciliare Integrata di 3° livello). L'osservazione nel dettaglio delle attivazione permette di notare una riduzione intorno al 29% per l'ambito di Codigoro che probabilmente interessa le fasce di età 85-89 (vedi grafico).

In questo ultimo caso sicuramente le variabili che hanno potuto incidere sono molte ma, se il bacino d'utenza e il fabbisogno non è diminuito, le risorse sono rimaste tendenzialmente invariate e gli stessi accessi sono aumentati, è probabile che, in situazioni che presuppongono un maggiore impegno clinico, lo stesso medico curante sia stato indotto a limitare il proprio impegno per ridurre lo stress professionale e ciò può essere inoltre dimostrato dall'incremento dei casi (11 del 2003 contro 41 del 2004) ceduti ai gruppi di volontariato che prendono in carico il completo governo clinico del paziente.

É ovvio che le stesse criticità, che andremo ad elencare successivamente, siano esse stesse concausa del calo osservato nell'ex Distretto di Codigoro, limitatamente ai livelli di 3° tipo.

Criticità

Gli obiettivi raggiunti nel 2004 e l'analisi fatta induce a riflettere sui punti di criticità che sono rappresentati da:

- insufficiente attuazione delle dimissioni protette per mancanza di un coordinamento unificato, che permetta una valutazione dell'intervento e una garanzia dei percorsi caso per caso;
- insufficiente supporto delle consulenze specialistiche sul territorio sia per il numero di consulenti che per la tipologia di branca con assenza di un punto di raccordo per gli interventi che dovrebbe interessare tutti i livelli in Assistenza Domiciliare Integrata;
- insufficiente integrazione con il servizio sociale sia per un inadeguato raccordo tra servizi, ma anche per la presenza di un ticket/prestazione che in molti casi convince i familiari a rifiutare l'aiuto con successive gravi difficoltà ambientali (igiene personale, carenza del care giver) anche per l'assistenza sanitaria;
- sistema informativo non ancora efficiente con carenze nella redazione dei contratti, nella conoscenza dell'iter prescrittivo per i presidi e la distribuzione dei farmaci;
- formazione del personale infermieristico non ancora adeguata alle necessità del territorio e alle stesse aspirazioni e autonomia di tali professionisti del comparto.

Principali obiettivi per il 2005

1) Miglioramento dei percorsi delle dimissioni protette con la collaborazione dei reparti di Lungodegenza: in modo da garantire alla famiglia del paziente quanto necessario per la corretta prosecuzione assistenziale, senza demandare a terzi la predisposizione dell'occorrente in tempo utile

- a) Istituzione di un centro per il coordinamento della dimissione protetta con la responsabilità attribuita al medico dirigente aziendale del Modulo Organizzativo della assistenza domiciliare.
- b) Collaborazione con i reparti di Lungodegenza dell'Ospedale di Argenta, dell'Ospedale del Delta e di Comacchio.
- c) Istituzione di un percorso facilitato per la consegna di ausili sanitari (cateteri, pannoloni, letti attrezzati, carrozzine ecc.) in pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata di 2° e 3° livello (cioè a media e alta intensità assistenziale).

Personale coinvolto: infermieri professionali ospedalieri e del territorio, medici ospedalieri, caposala coordinatori, medico dirigente distrettuale, medici di medicina generale.

2) Incremento al domicilio delle consulenze specialistiche attraverso le prestazioni di alcuni medici specialisti di supporto, che saranno attivati dal medico responsabile del Modulo Organizzativo Assistenza Domiciliare Integrata, per pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata di 2°-3° livello: al fine di evitare dispendiosi trasporti e disagi per il paziente e la famiglia.

Personale coinvolto: infermieri professionali territoriali, medico dirigente distrettuale, medici specialisti, medici di medicina generale.

3) Incremento dell'erogazione diretta a domicilio dei farmaci ai pazienti assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata per tutti i livelli assistenziali, prevedendo oltre alla consegna a domicilio, una educazione sanitaria al corretto uso del farmaco e la verifica della programmata somministrazione. Personale coinvolto: infermieri professionali del territorio, associazioni del volontariato, medici di medicina generale, farmacista ospedaliero, medico dirigente distrettuale.

4) Miglioramento e qualificazione dell'Assistenza Domiciliare attraverso:

- a) revisione del protocollo, già validato dalla Commissione per le Prestazioni Domiciliari aziendale e utilizzato dalle équipes professionali domiciliari, relativo alla prevenzione e cura delle lesioni da pressione (ulcere da decubito), alla luce delle indicazioni contenute nelle linee guida regionali;
partecipazione dei medici di continuità assistenziale (guardia medica) grazie a particolari percorsi informativi e operativi che renderanno più attiva la presenza del medico. Di continuità assistenziale nel governo clinico del paziente, con particolari criticità o complessità cliniche, anche durante le notti e nei giorni festivi e prefestivi;
- b) maggiore sorveglianza e verifica a domicilio del rispetto dei parametri standard di qualità assistenziale da parte del medico dirigente aziendale Responsabile del Modulo Organizzativo per l'assistenza domiciliare.

Personale coinvolto: infermieri professionali territoriali, medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medico dirigente distrettuale, assistente sociale, caposala coordinatore, medici specialisti.

5) Miglioramento della copertura assistenziale dell'Assistenza Domiciliare Integrata attraverso:

- a) Migliore comunicazione interna ed esterna: costituzione di un box e-mail per ogni sede operativa per comunicare informaticamente notizie cliniche e referti dei pazienti in tempi rapidi, la disponibilità di telefono cellulare da parte di ogni infermiere in assistenza attiva sul territorio.
- b) Migliore integrazione tra i medici di medicina generale, consulente specialista e personale Infermieristico grazie alla presenza dell'infermiere in alcuni audit (riunioni specifiche per la discussione di casi clinici e l'apprendimento formativo) dei medici di medicina generale e durante alcune consulenze specialistiche.
- c) Maggiore sensibilizzazione dei medici di medicina generale sulla necessità di predisporre correttamente il piano assistenziale individuale e la successiva compilazione della cartella clinica.

Personale coinvolto: infermieri professionali territoriali, medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medico dirigente distrettuale, assistente sociale, caposala coordinatore, medici specialisti.

TABELLA RIASSUNTIVA OBIETTIVI 2005

| Numero obiettivo | Titolo | Tipo di obiettivo |
|------------------|--|--|
| 1 | Miglioramento dei percorsi delle dimissioni protette con la collaborazione dei reparti di Lungodegenza; in modo da garantire alla famiglia del paziente quanto necessario per la corretta prosecuzione assistenziale, senza demandare a terzi la predisposizione dell'occorrente in tempo utile. | Trasversale e inserito nei Piani per la Salute (PPS) |
| 2 | Incremento al domicilio delle consulenze specialistiche attraverso le prestazioni di alcuni medici specialisti di supporto, che saranno attivati dal Medico Responsabile del Modulo organizzativo Assistenza Domiciliare Integrata, per pazienti in ADI di 2°-3° livello al fine di evitare dispendiosi trasporti e disagi per il paziente e la famiglia. | Trasversale |
| 3 | Incremento dell'erogazione diretta a domicilio dei farmaci ai pazienti assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata. | Trasversale |
| 4 | Miglioramento e qualificazione dell'assistenza domiciliare attraverso la revisione del protocollo, già validato dalla Commissione aziendale per le Prestazioni Domiciliari e utilizzato dalle équipes professionali domiciliari e la partecipazione dei medici di continuità assistenziale, la maggiore sorveglianza e verifica a domicilio del rispetto dei parametri standard di qualità assistenziale.). | Trasversale |
| 5 | Miglioramento della copertura assistenziale dell'Assistenza Domiciliare Integrata attraverso migliore comunicazione interna ed esterna, migliore integrazione tra medici di medicina generale, consulente specialista e personale infermieristico, grazie alla presenza dell'infermiere in alcuni audit, maggiore sensibilizzazione del medico di medicina generale sulla necessità di predisporre correttamente il piano assistenziale individuale e la successiva compilazione della cartella clinica. | Trasversale |

5.1.3. Le Cure Palliative

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

Nel 2005 si prevede l'ultima fase per l'attivazione, presso l'ex ospedale di Codigoro, di un Hospice a valenza territoriale dotato di tredici posti letto.

5.1.4. Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Nel nuovo modello organizzativo del Dipartimento delle 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 sia presso gli ambulatori ospedalieri. Per quanto riguarda l'organizzazione infermieristica nel Distretto Sud Est, il coordinamento di tutti gli infermieri che operano nell'attività specialistica, sia ospedalieri che territoriali è affidato a tre Coordinatori Infermieristici. Tale modello garantisce una maggiore efficienza nella gestione ambulatoriale.

Il Responsabile del Modello 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.

Finalità del Servizio

La Regione Emilia-Romagna attraverso le aziende sanitarie locali da anni ha ritenuto fondamentale intervenire attraverso linee guida di riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale a garanzia del diritto di salute del cittadino.

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

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

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

- 7 giorni per le prestazioni urgenti;
- 30 giorni per le visite specialistiche;
- 60 giorni per le prestazioni strumentali.

All'appropriatezza delle prescrizioni erogate, alla adozione di linee guida o protocolli clinico – assistenziali standardizzati e riproducibili, alla facilitazione all'accesso per l'utente verso le strutture ambulatoriali attraverso "Percorsi Facilitati" diffusi e omogenei a livello distrettuale.

Sedi dell'attività

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

In ogni sede sono presenti molteplici branche specialistiche per le quali sono erogate prestazioni prenotabili nei Centri Unificati di Prenotazione (CUP), ma anche prestazioni con accesso prenotabile direttamente presso l'ambulatorio, affidate in "autogestione".

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

| POLIAMBULATORIO DELL'OSPEDALE DEL DELTA | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------|---------------------------------|
| ATTIVITÀ MENSILE | | | | | |
| Branca Specialistica | Ore di attività a CUP | Prestazioni a CUP | Prestazioni autogestie | TOTALE | Tempi di attesa (giorni) |
| Allergologia Pediatrica | 16 | 20 | - | 20 | 101 |
| Anestesia | 9 | 36 | . | 36 | |
| Audiologia | 20 | 54 | - | 54 | 54 |
| Cardiologia visita | 16 | 44 | 104 | 148 | 82 |
| Cardiologia strumentale | 18 | 40 | 180 | 220 | da 54 a 89 |
| Chirurgia generale | 46 | 168 | 181 | 349 | 5 |
| Chirurgia endoscopica | 72 | 108 | . | 108 | da 6 a 15 |
| Chirurgia vascolare | 12 | 48 | 28 | 76 | 106 |
| Dermatologia | 46 | 112 | 55 | 167 | 70 |
| Diabetologia | - | 60 | - | - | 4 |
| Dietologia | - | 12 | - | - | 74 |
| Endocrinologia | 32 | 72 | 19 | 91 | 126 |
| Fisiatria e Riabilitazione | 20 | 192 | - | 192 | 24 |
| Medicina generale | 16 | 40 | 5 | 45 | da 23 a 69 |
| Med. gastroenterologica | 42 | 84 | 24 | 108 | 53 |
| Med. endoscopica | 13 | 46 | - | 46 | 12 |
| Med. pneumologica | 18 | 32 | 10 | 42 | 81 |
| Medicina dello sport | - | - | - | - | - |
| Nefrologia | 7 | 14 | 1 | 15 | 31 |
| Neurologia visite | 50 | 104 | - | 104 | 50 |
| Neurologia strumentale | 52 | 132 | - | 132 | 11 |
| ORL | 52 | 184 | 35 | 219 | 26 |
| Oculistica | 108 | 172 | 96 | 268 | da 136 a 150 |
| Odontoiatria | 36 | 36 | 26 | 62 | 80 |
| Oncologia | 28 | 56 | 46 | 102 | 27 |
| Ortopedia | 46 | 168 | 4 | 172 | 65 a 134 |
| Pediatria | | | 31 | 31 | |
| Reumatologia | 24 | 44 | 15 | 59 | 58 |
| Urologia | 52 | 112 | 100 | 212 | 84 |
| Laboratorio analisi | | 1.680 | - | 1.680 | 2 a 14 |
| Radiologia contrastografici | 44 | 72 | - | 72 | 7 |
| Radiologia diagnostica | 319 | 2.300 | - | 2.300 | da 4 a 10 |
| Radiologia TAC | 104 | 360 | - | 360 | da 3 a 9 |
| Ecografie | 90 | 650 | - | 650 | 43 |
| RNM | 195 | 380 | - | 380 | da 53 a 73 |
| Ginecologia | 20 | 42 | 167 | 203 | - |

| POLIAMBULATORIO DELL'OSPEDALE DI COMACCHIO | | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------|---------------------------------|
| ATTIVITÀ MENSILE | | | | | |
| Branca Specialistica | Ore di attività a CUP | Prestazioni a CUP | Prestazioni autogestie | TOTALE | Tempi di attesa (giorni) |
| Cardiologia | 68 | 220 | 121 | 341 | 60 |
| Chirurgia generale | 16 | 104 | 80 | 184 | da 4 a 18 |
| Chirurgia plastica | 12 | 32 | 33 | 65 | 34 |
| Chirurgia vascolare | 12 | 48 | 7 | 55 | 99 |
| Dermatologia | 36 | 120 | 19 | 139 | 40 |
| Diabetologia | 4 | 60 | - | 60 | 4 |
| Ecocardiografia | - | - | - | - | - |
| Fisiatria | - | - | - | - | no |
| Gastroenterologia | 12 | 36 | 5 | 41 | 52 |
| Gastroenterologia endos. | 24 | 32 | - | 32 | 21 |
| Ginecologia | 10 | 45 | 31 | 76 | da 89 a 103 |
| Medicina generale | 12 | 24 | 2 | 26 | 11 |
| Medicina dello sport | - | - | 39 | 39 | - |
| Nefrologia | 3.30 | 7 | - | 7 | 40 |
| Neurologia | 24 | 44 | 3 | 47 | da 50 a 84 |
| ORL | 32 | 88 | 38 | 126 | 24 |
| Oculistica | 80 | 240 | 124 | 364 | da 66 a 154 |
| Odontoiatria | 40 | 44 | 58 | 102 | da 87 a 107 |
| Ortopedia | 19 | 68 | 184 | 252 | 47 |
| Pediatria | - | - | - | - | - |
| Pneumologia | 22 | 56 | 11 | 67 | 52 |
| Reumatologia | 16 | 24 | 15 | 39 | 145 |
| Urologia | 16 | 48 | 14 | 62 | 81 |
| Laboratorio analisi | | 1.600 | - | 1.600 | 3 |
| Radiologia contrastografica | 12 | 24 | - | 24 | 7 |
| Radiologia Tac | 80 | 240 | - | 240 | 2 |
| Ecografie | 84 | 356 | - | 356 | 45 |
| Radiologia varie | 136 | 816 | - | 816 | 8 |

| POLIAMBULATORIO DELL'OSPEDALE DI ARGENTA | | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------|---------------------------------|
| ATTIVITÀ MENSILE | | | | | |
| Branca Specialistica | Ore di attività a CUP | Prestazioni a CUP | Prestazioni autogestite | TOTALE | Tempi di attesa (giorni) |
| Cardiologia | 58 | 132 (+112 Ecg) | 69 | 313 | da 93 a 113 |
| Chirurgia | 8 | 44 | 107 | 151 | 29 |
| Endoscopia chirurgica | 20 | 52 | 18 | 70 | 36 |
| Dermatologia | 48 | 124 | 7 | 131 | 40 |
| Fisiatria e riabilitazione | 32 | 96 | - | 96 | 29 |
| Diabetologia | - | - | - | - | 9 |
| Dietologia | 18 | 24 | - | 24 | 73 |
| Ginecologia | 16 | 32 | 16 | 48 | 94 |
| Medicina generale | - | - | - | - | - |
| Medicina endoscopica | 29 | 68 | 45 | 113 | 21 |
| Medicina dello sport | - | - | - | - | - |
| Nefrologia | 8 | 16 | - | 16 | 30 |
| Neurologia visite | 20 | 28 | 51 | 79 | 55 |
| Neurologia EMG | 60 | 120 | - | 120 | 60 |
| ORL | 20 | 60 | - | 60 | 38 |
| Oculistica | 88 | 224 | - | 224 | 67 |
| Odontoiatria | 40 | 32 | 37 | 69 | 55 |
| Oncologia | 12 | 48 | - | - | 7 |
| Ortopedia | 72 | 416 | 875 (sala gessi) | 1.291 | 88 |
| Pneumologia | 18 | 40 | 54 | 94 | 74 |
| Reumatologia | 16 | 36 | 27 | 63 | 61 |
| Urologia | 28 | 60 | 22 | 82 | 94 |
| Laboratorio analisi | - | - | - | - | 1 |
| Radiologia ecografie | 124 | 428 | - | 428 | 45 |
| Radiologia mammografia | 56 | 156 | - | 156 | - |
| Radiologia diagnostica | 160 | 960 | - | 960 | da 5 a 15 |
| Radiologia TAC | 120 | 360 | - | 360 | 4 |

| POLIAMBULATORIO DELL'OSPEDALE DI PORTOMAGGIORE | | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------|---------------------------------|
| ATTIVITÀ MENSILE | | | | | |
| Branca Specialistica | Ore di attività a CUP | Prestazioni a CUP | Prestazioni autogestie | TOTALE | Tempi di attesa (giorni) |
| Cardiologia | 82 | 216 | 242 | 458 | da 37 a 73 |
| Chirurgia | 18 | 76 | 147 | 223 | 13 |
| Dermatologia | 46 | 140 | 61 | 201 | 41 |
| Diabetologia | - | - | - | - | 15 |
| Dietologia | 14 | 16 | - | 16 | 77 |
| Ecocolordopplercardiograf.10 | | 20 | - | 20 | 113 |
| Fisiatria e riabilitazione | 48 | 100 | - | 100 | 47 |
| Ginecologia e ost. | 16 | 24 | 397 | 421 | 111 |
| Medicina dello sport | - | - | - | - | - |
| Neurologia | 12 | 24 | 11 | 35 | 52 |
| ORL | 20 | 68 | 12 | 80 | 29 |
| Oculistica | 100 | 280 | 49 | 329 | da 64 a 97 |
| Odontoiatria | 41 | 32 | 44 | 76 | 28 |
| Oncologia ginecologica | - | - | - | - | 0 |
| Ortopedia | 10 | 44 | - | 44 | 69 |
| Reumatologia | 16 | 32 | 52 | 84 | 57 |
| Urologia | 20 | 64 | - | 64 | 43 |
| Laboratorio analisi | - | - | - | - | 1 |
| Radiologia diagnostica | 128 | 720 | - | 720 | 4 |
| Radiologia ecografica | 53 | 240 | - | 240 | 44 |

| POLIAMBULATORIO DELL'OSPEDALE DI MESOLA | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------|---------------------------------|
| ATTIVITÀ MENSILE | | | | | |
| Branca Specialistica | Ore di attività a CUP | Prestazioni a CUP | Prestazioni autogestie | TOTALE | Tempi di attesa (giorni) |
| Cardiologia territoriale | 18 | 56 | - | 56 | 34 |
| Chirurgia generale | 8 | 44 | - | 44 | 3 |
| Dermatologia | 14 | 48 | - | 48 | 35 |
| Ecografie | 14 | 40 | - | 40 | 36 |
| Fisiatria e riabilitazione | 24 | 52 | - | 52 | - |
| Oculistica | 24 | 76 | - | 76 | 52 |
| ORL | 20 | 68 | - | 68 | 11 |
| Ortopedia | 14 | 60 | - | 60 | 46 |

| POLIAMBULATORIO DELL'OSPEDALE DI MIGLIARINO | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|
| ATTIVITÀ MENSILE | | | | |
| Branca Specialistica | Ore di attività a CUP | Prestazioni a CUP | TOTALE | Tempi di attesa (giorni) |
| Cardiologia | 12 | 40 | 40 | 57 |
| Dermatologia | 24 | 84 | 84 | 55 |
| ORL | 12 | 44 | 44 | 16 |
| Oculistica | 110 | 304 | 304 | 59 |
| Odontoiatria | 20 | 20 | 20 | 106 |
| Reumatologia | 16 | 40 | 40 | 50 |

CONSIDERAZIONI SUI RISULTATI 2004, AREE DI MIGLIORAMENTO E OBIETTIVI 2005

Percorso ambulatoriale facilitato per il paziente cardiologico territoriale

Il progetto prevedeva una maggior efficacia del governo della domanda e relativa offerta di prestazioni cardiologiche, inoltre presupponeva per il paziente affetto da patologie che richiedevano ulteriori approfondimenti clinici una "presa in carico" da parte del cardiologo, che fissava direttamente gli accertamenti di 2° livello previsti a integrazione della diagnosi collaborando con gli Specialisti Cardiologi dell'Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale del Delta; al termine dell'iter diagnostico il paziente veniva rimandato alle cure del medico di medicina generale. Lo scopo precipuo dell'obiettivo era quello di evitare l'inappropriatezza di alcuni accertamenti, la ripetizione di esami già effettuati, mantenendo una visione clinica chiara che permettesse una diagnosi conclusiva e pertinente nel più breve tempo possibile; inoltre la presa in carico del paziente avrebbe evitato la mobilità extraprovinciale, particolarmente evidente nei comuni di Mesola e Goro.

L'obiettivo è decollato solo nel secondo semestre, permettendo un raggiungimento parziale dei risultati e una risposta inferiore alle aspettative.

Il progetto sarà riproposto nel 2005 con un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale e degli specialisti cardiologi dell'Unità Operativa.

Percorsi ad accesso facilitato paziente iperteso territoriale

L'accordo aziendale siglato con i medici di medicina generale prevede la gestione diretta del paziente iperteso; il progetto è stato integrato, prevedendo nei casi in cui siano necessari ulteriori approfondimenti diagnostici, nei percorsi di accesso facilitato alle strutture di 2° livello diagnostico.

Questa organizzazione avrebbe garantito un iter più snello con la possibilità di superare la criticità dei lunghi tempi di attesa.

L'obiettivo, applicato in modo sporadico grazie alla collaborazione di alcuni Medici Specialisti Cardiologi, dimostra la necessità di intervenire sull'assetto organizzativo, coinvolgendo un maggior numero di specialisti e medici di medicina generale risulta

comunque incoraggiante l'apprezzamento degli utenti che si sono avvalsi dei percorsi facilitati.

L'obiettivo per il 2005 viene riproposto e implementato.

Ambulatorio fisioterapico di Mesola

L'apertura dell'attività fisioterapica in regime libero professionale convenzionato con l'Azienda USL presso il poliambulatorio di Mesola ha permesso di garantire una attività fino ad allora non presente in quella sede, rendendo omogenea l'offerta di prestazioni fisioterapiche distrettuali e superando inoltre la difficoltà di ottenere, in tempi ragionevolmente brevi, appuntamenti per trattamenti di riabilitazione, che risultano tanto più efficaci quanto prima intrapresi. Questo progetto ha permesso un notevole contenimento della mobilità extraprovinciale, garantendo con soddisfazione dell'utenza trattamenti tempestivi e appropriati in loco.

Alla luce del riscontro positivo dell'obiettivo, il progetto verrà mantenuto e implementato nel 2005, prevedendo percorsi facilitati postchirurgici alla dimissione dall'Unità Operativa di Ortopedia dell'Ospedale del Delta.

Day Service Oculistico

Si è proseguito anche nel 2004 il progetto dedicato ai pazienti affetti da cataratta chirurgica.

In collaborazione con i medici specialisti dell'Unità Operativa di Oculistica dell'Università di Ferrara una équipe di professionisti è dedicata presso gli Ospedali del Delta e di Comacchio ad attività chirurgica per due sedute settimanali, in concerto con medici specialisti convenzionati che garantiscono la preparazione prechirurgica del paziente e i successivi controlli post operatori.

L'iniziativa interaziendale ha senza dubbio prodotto risultati positivi, avendo drasticamente ridotto lo spostamento dell'utenza verso altre strutture provinciali ed extraprovinciali, e sarà pertanto proseguita nel prossimo anno.

Criticità e azioni di miglioramento

Punti di Forza

Dagli incontri effettuati tra medici specialisti, medici di medicina generale e coordinatori infermieristici è emersa una comune volontà di miglioramento dei percorsi offerti ai pazienti con patologie croniche, in modo da concludere l'iter diagnostico in un tempo ragionevole per il medico e per il paziente, consentendo la prescrizione di terapie mirate e maggiormente efficaci.

Per l'anno 2005 si prevede la formulazione di procedure condivise per alcune tipologie di pazienti affetti da patologie che dal punto di vista epidemiologico risultano maggiormente incidenti.

La rimodulazione delle agende, in particolare di quelle che presentano tempi di attesa non in linea con le direttive regionali, dovrebbe garantire un'offerta più congrua alle esigenze territoriali.

I risultati positivi offerti dall'integrazione pubblico-privato presso l'ambulatorio fisiatrico di Mesola verranno mantenuti grazie a una riorganizzazione e a un ampliamento degli spazi, che dovrebbe garantire un maggior numero di utenti presi in carico nell'arco dell'anno.

Criticità

Nonostante alcune manovre correttive, i tempi di attesa mantengono notevoli criticità, in particolare sulle branche specialistiche maggiormente richieste; altre azioni verranno intraprese nel prossimo 2005 allo scopo di ridurre ulteriormente i tempi di prenotazione.

Le non chiare procedure di attivazione di Percorsi Ambulatoriali Facilitati per pazienti diabetici o ipertesi non hanno permesso di garantire una presa in carico omogenea di questi pazienti da parte degli specialisti; si auspica che la maggior condivisione e diffusione dell'informazione possa dare maggiori risultati nel prossimo 2005.

Prospettive

Si prevede un contenimento delle liste di attesa grazie a un potenziamento di attività specialistica:

- Fisiopatologia digestiva ed Epatologia presso l'Ospedale del Delta.
- Attivazione dell'ambulatorio per la cardiopatia ischemica ad accesso diretto nel territorio Goro – Mesola, strategico per evitare mobilità passiva.
- Creazione di un ambulatorio infermieristico autogestito nel Distretto Sud Est per la cura del paziente cardiovascolare scompensato.
- Applicazione del Sistema Overbooking per offrire disponibilità aggiuntiva di posti prenotabili nei CUP.
- Potenziamento dell'attività fisiatrica presso il poliambulatorio di Mesola.
- Rimodulazione dell'offerta specialistica odontoiatrica, con potenziamento dell'offerta distrettuale come previsto dal DRG 2678 /04.

Principali obiettivi per il 2005

1) Semplificare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali presso gli ambulatori ospedalieri e territoriali attraverso Percorsi Ambulatoriali Facilitati e Percorsi Ambulatoriali Complessi, che favoriscono la presa in carico del paziente, fornendo diagnosi e non solo singole prestazioni. Sono coinvolti i Dipartimenti Ospedalieri di Medicina e Chirurgia. L'obiettivo ha una valenza Aziendale.

- Come previsto dalla D.G.R. 2142 l'utilizzo di una modulistica omogenea a tutti gli ambulatori specialistici di "richiesta – referto" facilita il percorso di presa in carico del paziente, agevolando attraverso il modello la prenotazione nei CUP. Si prevede di implementare l'utilizzo di questo modulo in tutti gli ambulatori distrettuali.

2) Migliorare il governo delle liste di attesa

- Attraverso una revisione delle agende dei CUP delle branche specialistiche che presentano maggiori criticità relativamente ai tempi di attesa, si prevede di mi-

glierarli, favorendo un maggior numero di prime visite pari 70% dell'orario prenotabile e riducendo i controlli attraverso una maggiore appropriatezza prescrittiva.

- Valutazione condivisa con il personale medico e infermieristiche delle agende di branche specialistiche che più frequentemente presentano assenze dell'utente prenotato al fine di prevedere la possibilità di applicazione di overbooking.

L'obiettivo ha valenza aziendale, ma prevede una forte caratterizzazione Distrettuale. Sono coinvolti tutti gli specialisti territoriali e tutte le unità operative ospedaliere che effettuano attività ambulatoriale divisionale.

3) Facilitazione all'accesso dell'utente agli ambulatori territoriali e ospedalieri attraverso la costituzione di procedure di presa in carico del paziente condivise da tutti gli operatori sanitari.

Istituzione di PAF (percorso ambulatoriale facilitato) per i seguenti pazienti:

- **Per il Paziente cardiologico** con particolari problematiche cardio-vascolari: presa in carico del paziente da parte dello specialista fino al completamento dell'iter diagnostico-terapeutico.
- **Per il paziente ortopedico** dopo intervento chirurgico ortopedico presso l'Ospedale del Delta: il paziente, residente nei Comuni che insistono sul territorio di Mesola, è indirizzato direttamente al Centro Riabilitativo del poliambulatorio di Mesola dove potrà iniziare intervento riabilitativo senza soluzione di continuità.
- **Per il paziente affetto da cataratta:** prosecuzione del progetto avviato nel 2002 in collaborazione con il personale medico specialista dell'Unità Operativa di Oculistica dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara. Il progetto prevede la presa in carico del paziente affetto da questa patologia, presso gli Ospedali del Delta e di Comacchio, garantendo i controlli pre e postoperatori, nonché l'intervento chirurgico presso i due presidi ospedalieri. Solo in casi di particolare gravità, valutata precedentemente dallo Specialista, l'esecuzione dell'intervento avverrà presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara.

Questo obiettivo ha una valenza distrettuale in quanto risponde ad alcune criticità locali, coinvolgendo le Unità Operative di Cardiologia e Ortopedia del Delta e la Clinica Oculistica dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, che invia specialisti per l'attività chirurgica ambulatoriale.

4) Presa in carico del paziente all'interno dei poliambulatori implementando l'adozione di Percorsi Accesso Facilitato preliminari alla costituzione di PAC (prevalentemente per patologie croniche) allo scopo di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e l'utilizzo dei Day Hospital.

- **Per il paziente diabetico:** programmazione di un'analisi organizzativa distrettuale finalizzata alla costituzione di una banca dati provinciale dei pazienti diabetici in carico ai medici di medicina generale e ai Centri Anti Diabete, costituzione di una procedura condivisa tra gli attori dell'assistenza di questo particolare paziente al fine di facilitare l'applicazione del protocollo aziendale, che prevede periodici esami specialistici di controllo.
- **Per il paziente broncopneuropatico:** produzione di una procedura omogenea per

il Distretto, di presa in carico del paziente da parte dello specialista pneumologo, con accesso diretto a eventuali esami di controllo.

- **Per paziente prechirurgico:** ai pazienti che devono subire intervento chirurgico presso l'Ospedale del Delta vengono, di norma, prescritti una serie di esami e visite finalizzati all'intervento. La procedura prevede la presa in carico del paziente da parte del poliambulatorio del Delta, all'interno del quale verranno effettuati, in unica giornata (Day Service), tutti gli esami indispensabili all'intervento, senza gravare l'utente con attese legate alle prenotazioni nei CUP.
- **Per il paziente cardiologico:** creazione di un ambulatorio autogestito per la stratificazione del rischio cardiovascolare nell'Unità Operativa di Cardiologia del Delta con invio diretto da parte dei medici di medicina generale.

Questo obiettivo ha valenza aziendale per le patologie croniche, diabete e broncopneumopatia, e valenza distrettuale per la preparazione del paziente chirurgico e per il paziente cardiologico.

5) Mappatura dell'attività odontoiatrica distrettuale

- Avvio del rapporto conoscitivo sullo stato dei servizi odontoiatrici del Distretto, individuazione delle risorse medico specialistiche e della tipologia di attività erogata, al fine di rispondere alla DGR sull'implementazione dell'attività odontoiatrica agli utenti con particolare disagio economico e sociale. Questo obiettivo ha valenza aziendale, e le azioni distrettuali sono declinate in un "progetto aziendale complessivo".

TABELLA RIASSUNTIVA OBIETTIVI 2005

| Numero obiettivo | Titolo | Tipo di obiettivo |
|------------------|---|-------------------|
| 1 | Semplificare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. | Trasversale |
| 2 | Migliorare il governo delle liste di attesa. | Trasversale |
| 3 | Facilitazione all'accesso dell'utente agli ambulatori territoriali e ospedalieri attraverso la costituzione di procedure di presa in carico del paziente condivise da tutti gli operatori sanitari. | Trasversale |
| 4 | Presa in carico del paziente all'interno dei poliambulatori implementando l'adozione di Percorsi Accesso Facilitato preliminari alla costituzione di PAC. | Trasversale |
| 5 | Mappatura dell'attività odontoiatrica distrettuale. | Trasversale |

5.1.5. L'assistenza Farmaceutica

Premessa

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

d. Azioni di formazione ai cittadini sul corretto uso dei farmaci, sia capillare per utente, in ambito di erogazione diretta, mediante informazione sulla tipologia dei farmaci prescritti, sulle loro corrette modalità di assunzione, posologia, tipo di farmaco, effetti collaterali, interazioni, eventuali incompatibilità, rimborsabilità, eventuali limitazioni di utilizzo rispetto alle note AIFA, sia mediante un progetto di Educazione Sanitaria Aziendale, divulgato alla popolazione dalla 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 Sud Est l'Assistenza Farmaceutica Territoriale (Farmaceutica convenzionata) viene erogata da trentasette farmacie convenzionate, cinque succursali e un dispensario presenti nel territorio del Distretto costituito dai comuni di Argenta, Codigoro, Comacchio, Goro, Lagosanto, Massafiscaglia, Mesola, Migliarino, Migliaro, Ostellato, Portomaggiore.

Nell'anno 2004 la spesa media netta pro capite nel Distretto Sud Est è risultata di 210,14 euro, + 2,28% rispetto alla media aziendale di 205,36 euro, (nel Distretto Centro Nord tale spesa è stata di pari a 216,61 euro, +5,19%, rispetto alla media aziendale e nel Distretto Ovest di 170,81 euro, con una variazione aziendale pari a - 20,73%). La variazione percentuale della spesa netta aziendale dell'anno 2004 contro il 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 fra 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 attribuitole dalla Regione Emilia-Romagna di 195 euro di spesa netta pro capite pesata, portandola a 191,51 euro.

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

La variazione percentuale della spesa aziendale lorda dell'anno 2004 contro il 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 101.868.

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

Azioni

L'appropriatezza prescrittiva è stata perseguita con la predisposizione da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti di linee guida, 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;
- il rispetto delle note AIFA;
- la presenza del Piano Terapeutico e la verifica della stesura corretta;
- le associazioni di farmaci particolari;
- la terapia a breve termine.

Erogazione Diretta

Nel Distretto Sud Est sono presenti otto punti di distribuzione diretta di farmaci presso la Farmacia dell'Ospedale di Argenta, la Farmacia dell'Ospedale del Delta, i Poliambulatori Medicina di Base di Migliarino, di Mesola, il Poliambulatorio dell'Ospedale di Comacchio e l'Ambulatorio Emofilici dell'Ospedale di Comacchio.

Anche nelle sedi in cui non è presente la Farmacia Interna, provvede all'erogazione il personale farmacista assegnato alle Farmacie dell'Ospedale di Argenta e del Delta.

Nell'anno 2004 sono state intraprese le seguenti azioni:

- **incremento dell'erogazione diretta farmaci, in ottemperanza alla legge 405/2001.**

L'erogazione diretta è stata effettuata relativamente ai farmaci prescritti dopo l'accesso in Day Hospital, le dimissioni da ricovero ospedaliero, a seguito di visita specialistica ambulatoriale, nonché ai farmaci dell'Allegato 2 della su citata legge 405/2001 oltre che a pazienti residenti in strutture residenziali e semiresidenziali, a pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata 1 e 2, ai pazienti affetti da patologie croniche in terapia con farmaci soggetti a Piano Terapeutico. In particolare si evidenzia l'erogazione di farmaci a pazienti emofilici, progetto attivato nell'anno 2003, in stretta collaborazione con il Dipartimento delle Cure Primarie, in questo Distretto per la presenza di numerosi casi soprattutto nell'ambito del Comune di Comacchio.

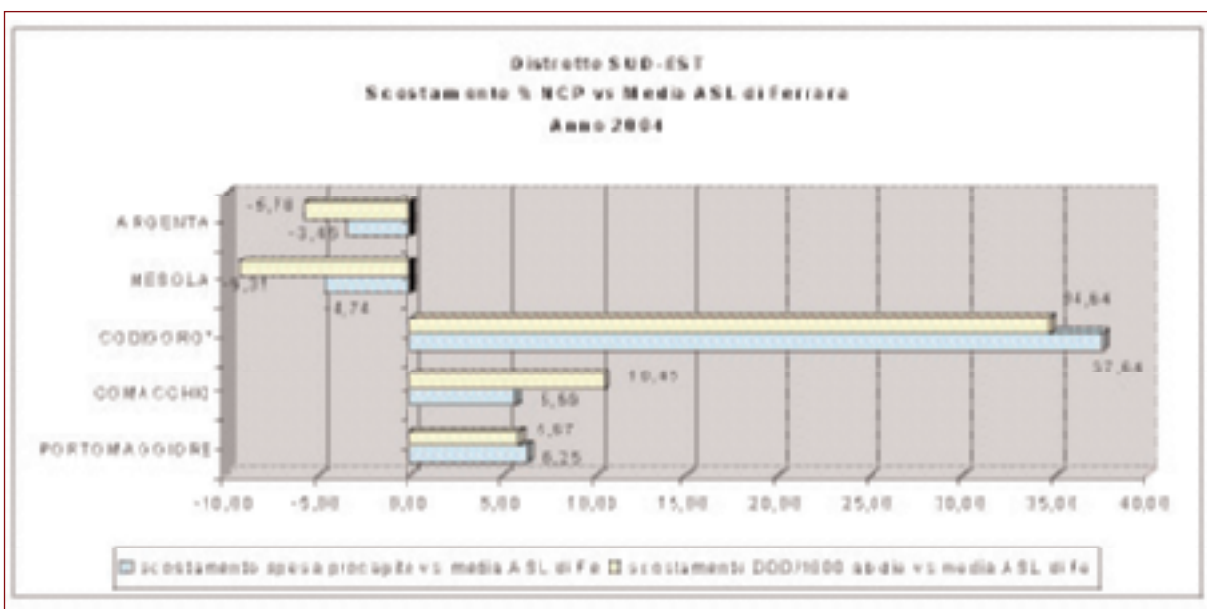
Nel Distretto Sud Est l'erogazione diretta ha consentito un risparmio sulla farmaceutica convenzionata pari a 5.039.672,25 euro pari al 25,2% del risparmio provinciale (19.965.816 euro). È comunque necessario considerare che al risparmio provinciale ha contribuito in maniera determinante (10.233.472 euro, pari al 51,2% del risparmio provinciale) l'Azienda Ospedaliera, che eroga farmaci a cittadini residenti principalmente nel Distretto Centro Nord, ma anche in altri Distretti della provincia.

Per una dettagliata consultazione si allega la relativa tabella 1.

Nel 2004 è stata attivata nel Distretto Sud Est la distribuzione diretta dell'Assistenza Domiciliare Integrata 1, che insieme all'Assistenza Domiciliare Integrata 2 viene erogata dalle Farmacie Interne agli Ospedali di Argenta e del Delta.

| Erogazione Diretta 2004 - CVentri di costo Azienda USL Distretto SUD-EST | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------------|
| | Erogato 2004 Azienda USL Risparmio Farmaceutico Convenzionato | Risparmio netto 2004 | Percentuale Risparmio 2004 |
| Costi comuni Medicina di Base Portomaggiore | 978.409,13 | 423.837,23 | 43,32 |
| Farmaci erogati dalla Farmacia Ospedaliera | 1.402.977,86 | 368.450,92 | 26,26 |
| Farmaci distribuiti alla dimissione | 623.956,96 | 464.560,03 | 74,45 |
| Farmaci distribuiti a seguito di visita specialistica | 1.804.057,74 | 944.408,07 | 52,35 |
| Distribuzione diretta farmaci Assistenza Domiciliare Integrata II livello | 31.010,58 | 20.301,39 | 65,47 |
| Distribuzione diretta farmaci Assistenza Domiciliare Integrata I livello | 48.499,63 | 30.598,76 | 63,09 |
| Farmaci distribuiti alle strutture residenziali | 150.760,35 | 101.691,63 | 67,45 |
| Totale | 5.039.672,25 | 2.353.848,03 | 46,71 |

Fig.1 Dall'istogramma si evidenzia il notevole scostamento (>30%) sia rispetto alla spesa pro capite che per dosi prescritte rispetto alla media distrettuale; Comacchio presenta pure uno scostamento positivo, ma in misura inferiore; Portomaggiore si attesta su un valore medio per spesa, mentre ha un leggero scostamento positivo rispetto alle dosi prescritte; i nuclei di Argenta e Mesola presentano uno scostamento negativo di spesa media pro capite lorda collegato a un minor numero di DDD.



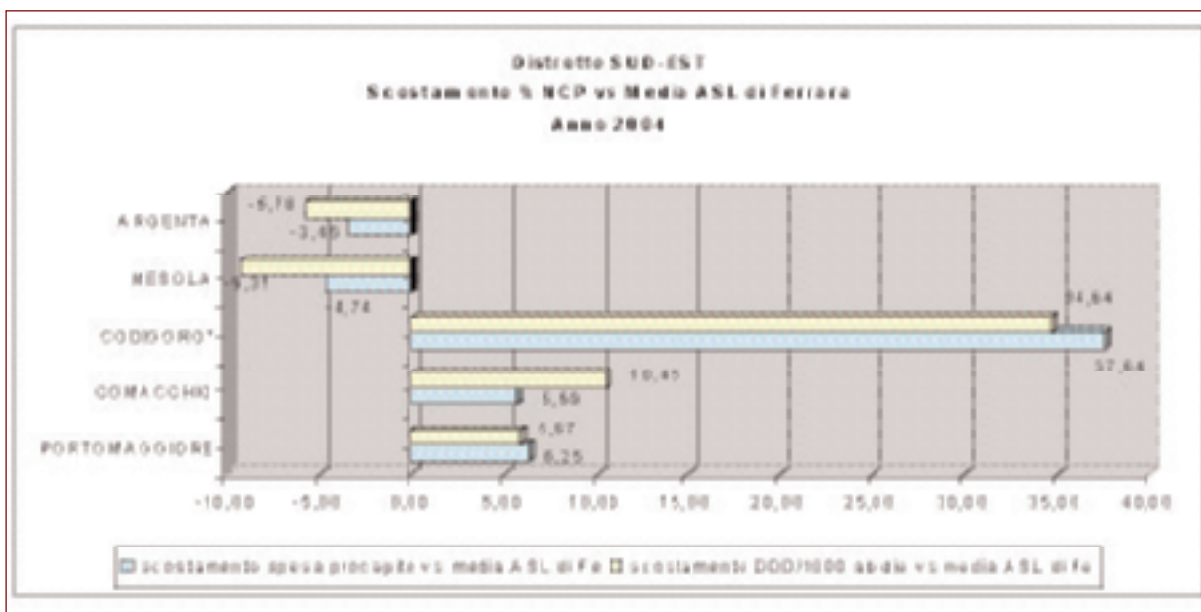
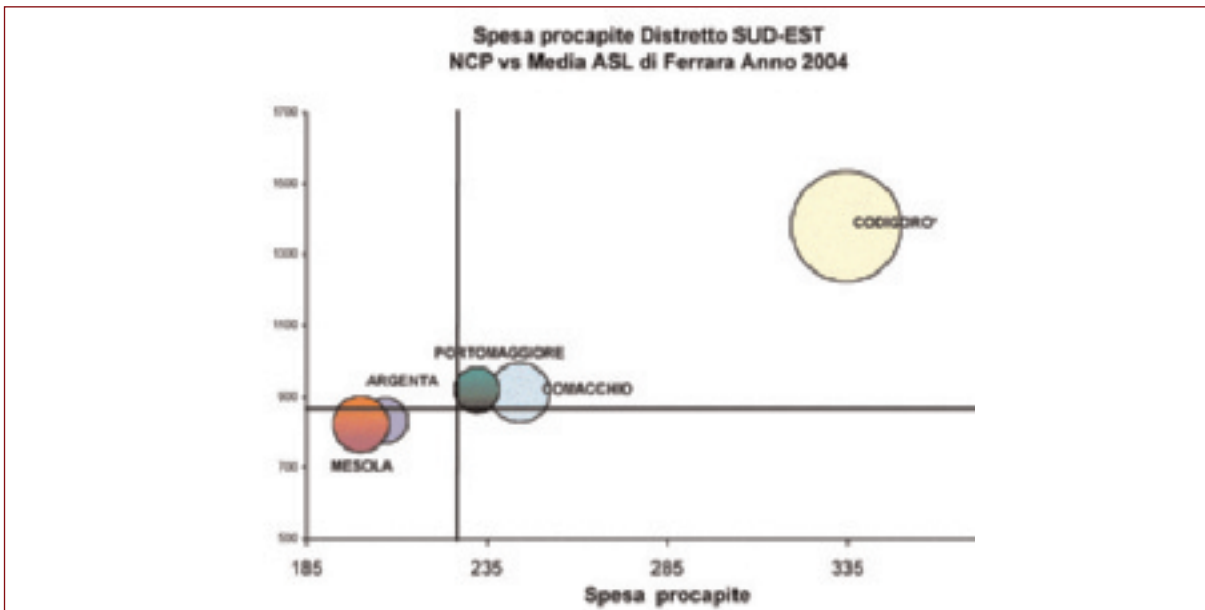


Fig.2 Al pari della figura 1, anche in questo istogramma si evidenzia il notevole scostamento (>30%) sia rispetto alla spesa pro capite che per dosi prescritte rispetto alla media distrettuale; Comacchio presenta pure uno scostamento positivo, ma in misura inferiore; Portomaggiore si attesta su un valore medio per spesa, mentre ha un leggero scostamento positivo rispetto alle dosi prescritte; i nuclei di Argenta e Mesola presentano uno scostamento negativo di spesa media pro capite lorda collegato a un minor numero di dosi definite al giorno prescritte.



La Figure 3 rappresenta graficamente l'andamento diverso della spesa media lorda pro capite e del consumo farmaci espresso in DDD/1.000 ab. Die 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 OBIETTIVI 2005

| Numero obiettivo | Titolo | Tipo di obiettivo |
|------------------|--|-------------------|
| 1 | <p>Costituzione della 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 anche raccomandazioni d'impiego per aree terapeutiche con notevole impatto economico.</p> | Trasversale |
| 2 | <p>Rafforzamento della collaborazione tra Azienda Ospedaliera e Azienda USL per mantenere e, ove, possibile potenziare, l'erogazione diretta di farmaci (E.D.) sia dopo le dimissioni ospedaliere che dopo le prestazioni specialistiche ambulatoriali al fine di favorire la continuità terapeutica tra Ospedale e territorio in ambito farmaceutico, migliorare l'appropriatezza prescrittiva e annullare i comportamenti dissociati tra medicina ospedaliera e territoriale.</p> | Trasversale |
| 3 | <p>L'appropriatezza prescrittiva è stata perseguita con la predisposizione da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti di linee guida, 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.</p> | Trasversale |
| 4 | <p>L'erogazione diretta è stata effettuata relativamente ai farmaci prescritti dopo l'accesso in Day Hospital, la dimissione da ricovero ospedaliero, a seguito di visita specialistica ambulatoriale, i farmaci dell'Allegato 2 della legge 405/2001 oltre che a pazienti residenti in strutture residenziali e semiresidenziali, a pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata 1 e 2, a pazienti affetti da patologie croniche in terapia con farmaci soggetti a Piano Terapeutico, in particolare si evidenzia l'erogazione di farmaci a pazienti emofilici, progetto attivato nell'anno 2003, in stretta collaborazione con il Dipartimento delle Cure Primarie in questo Distretto per la presenza di numerosi casi soprattutto nell'ambito del Comune di Comacchio.</p> | Trasversale |

5.1.6. Il Consultorio Familiare

Popolazione target donne comprese tra i 18 e i 75 anni: 32.000 donne.

Dati epidemiologici:

- Percentuale di donne che allattano esclusivamente al seno al terzo mese: circa **42,35%** (dati 2004)
- Percentuale adesione screening tumori collo uterino: Portomaggiore **67,4%**, Codigoro **63,6%**, Azienda USL **65,5%**. (dati 2003-2004)
- Ore d'apertura settimanali/popolazione target x 1.000: 3,9; Regione Emilia Romagna **3,9**.

Finalità del Servizio

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

LA RETE DEI SERVIZI DISTRETTUALI

I programmi trasversali

- **Percorso nascita:** in attuazione della legge regionale 26/98 sono presenti procedure per l'integrazione tra i Consultori familiari materno-infantile e le unità operative ospedaliere di Ostetricia, al fine di garantire la tutela delle donne in gravidanza e la continuità assistenziale post partum della madre e del bambino. Sono previste collaborazioni con la Pediatria di Comunità all'interno dei corsi di preparazione al parto e per le consulenze post partum, al fine di garantire un'aumento delle donne che allattano esclusivamente al seno e per garantire la corretta cura del neonato. È in corso un progetto congiunto tra Salute Donna e Pediatria di Comunità, Chi ben comincia, che si propone di raggiungere telefonicamente tutte le puerpere a pochi giorni dal parto, al fine di cogliere sul nascere difficoltà all'allattamento al seno, per fornire consulenze telefoniche, ambulatoriali e domiciliari. È prevista la collaborazione con le Divisioni Ospedaliere di Ostetricia al fine di garantire alla donna gravida servizi di secondo livello, che comprendono consulenze, ecografie, cardiocografie fino alla conclusione del parto. Tutte le aziende sono tenute a garantire l'attuazione del percorso nascita, attribuendo le specifiche responsabilità e strumenti di monitoraggio. È prevista una collaborazione con il Ser.T. nella prevenzione dei rischi di iposviluppo fetale nelle donne in gravidanza fumatrici, favorendo una campagna di disassuefazione al fumo all'interno del nucleo familiare, cercando di evitare anche i danni da fumo passivo nei confronti del nuovo nato.
- **Screening oncologico:** i Consultori familiari rappresentano la sede d'esecuzione dei pap-test all'interno del progetto provinciale di screening dei tumori del collo uterino, mentre gli eventuali accertamenti successivi, secondo protocolli condivisi, sono concentrati presso le Divisioni Ospedaliere di Ginecologia, che garantiscono i controlli colposcopici, le biopsie della portio e gli interventi chirurgici radicali in caso di patologia tumorale grave. Il Dipartimento di Sanità Pubblica garantisce un'importante funzione di coordinamento tra Consultori familiari, il Centro di Citodiagnostica, le divisioni ospedaliere, gli enti pubblici e gli utenti.

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

- Per quanto riguarda i **Piani per la Salute**, la priorità è caduta sul “**sostegno alla genitorialità: gravidanza e primo anno di vita**”; la scelta non ci coglie impreparati, poiché le azioni principali del Servizio (percorso nascita, educazione dell'allattamento al seno, consulenze in puerperio ed eventualmente puerperio domiciliare) sono fortemente allineate con questo obiettivo; dovranno essere previste azioni di miglioramento che valorizzino la tutela della donna in gravidanza, della madre e del neonato.
- Per quanto riguarda i **Piani di Zona**, integrazioni socio-sanitarie sono auspicabili sugli obiettivi di “socializzazione famiglie e bambini”, in cui si propone di valorizzare e sostenere le responsabilità familiari e le capacità genitoriali e di “inclusione sociale”, in cui è previsto un potenziamento degli interventi d'integrazione sociale degli

immigrati. In questo momento sono previste azioni dei Servizi sui soggetti interessati a questi obiettivi, ma non esiste un percorso integrato socio-sanitario.

Dati di sintesi dell'attività 2004 del Servizio Salute Donna

| Utenti e Nuovi Utenti distinti per età e provenienza geografica | | | | | | | |
|---|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------|
| Utenza | <19 anni | 20-29 anni | 30-39 anni | 40-49 anni | 50-64 anni | > 65 anni | Totale |
| Totale utenti nell'anno | 86 | 785 | 797 | 701 | 859 | 410 | 3638 |
| Nuovi utenti | 61 | 410 | 290 | 180 | 170 | 76 | 1207 |
| Utenti extracomunitari | 18 | 192 | 147 | 95 | 46 | 4 | 502 |

Si nota una modesta riduzione degli utenti totali, con un incremento significativo dei nuovi utenti prese in carico dal Servizio; si registra un notevole incremento (250%) delle donne extracomunitarie.

| Principali attività, suddivisa per tipologia di presentazioni (2003 e 2004) | | |
|---|------------------|--------------------|
| ATTIVITÀ | PRESTAZIONI 2003 | PRESTAZIONI 2004 |
| Specialistica ginecologica | 1.609 | 1.695 |
| Visite senologiche | 1.861 | 1.635 |
| Assistenza ostetrica | 856 | 908 |
| Sostegno allattamento al seno | 360 | 394 |
| Percorso IVG | 148 | 172 (32 immigrate) |
| Pap-test screening | 6.358 | 5.957 |
| Percorso menopausa | 545 | 571 |
| Rieducazione pavimento pelvico | 90 | 100 |
| Controllo della fertilità | 701 | 556 |
| RIEPILOGO | 12.528 | 11.988 |

Le prestazioni del servizio sono state sostanzialmente mantenute: la riduzione delle visite senologiche può essere imputata alla maggiore efficienza del programma di screening provinciale nella presa in carico degli utenti, la riduzione dei pap-test è un fenomeno che si ripete ciclicamente in rapporto alla fase dello screening con ciclicità triennale, la riduzione delle utenti per problemi contraccettivi è dovuta all'attività dei medici di medicina generale nei Nuclei delle Cure Primarie con la consulenza delle ostetriche territoriali.

| Rivelazione della prevalenza dell'allattamento al seno materno (2004) | | |
|---|-----------|-----------|
| Allattamento | Dati 2003 | Dati 2004 |
| Esclusivo | 32,6 | 42,35 |
| Predominante | 15,3 | 8,82 |
| Complementare | 16,4 | 16,17 |
| Artificiale | 35,5 | 32,64 |

I dati 2004 evidenziano un incremento percentuale di 10 punti per l'allattamento esclusivo al seno e una riduzione di 3 punti percentuali dell'allattamento artificiale, con un'inflexione dell'allattamento predominante a vantaggio di quello esclusivo. Le madri contattate telefonicamente dopo il parto con il progetto Chi ben comincia sono state l'84,17%.

Valutazione della percentuale di non adesioni allo screening dei tumori del collo uterino:

Si nota una buona risposta dei comuni del Distretto di Portomaggiore, con una percentuale di non adesioni del 42,6%. La risposta inferiore alla media provinciale (44,48%) nei comuni del Distretto di Codigoro, con una percentuale di non adesioni del 46,42%.

| Percentuale di non adesione allo screening dei tumori al collo dell'utero | | | |
|---|--|--|-------------------------|
| Classi di età | Percentuale di non adesioni Comuni dell'area di Codigoro | Percentuale di non adesioni Comuni Portomaggiore | Percentuale Azienda USL |
| 25-29 | 51,38 | 50,41 | 53,73 |
| 30-34 | 47,5 | 44,15 | 48,82 |
| 35-39 | 44,88 | 42,29 | 45 |
| 40-44 | 43,68 | 38,75 | 43,4 |
| 45-49 | 42,01 | 38,66 | 42,26 |
| 50-54 | 42,64 | 38,59 | 39,35 |
| 55-59 | 45,62 | 40,41 | 39,03 |
| 60-64 | 53,44 | 46,96 | 43,19 |

Nel Distretto Sud Est la percentuale di adesioni al pap-test è superiore alla media provinciale nelle classi di età che vanno dai 25 anni ai 50 anni, è inferiore nelle classi di età 50-64 anni. Questa percentuale non sembra dipendere dalla mancanza di sedi consultoriali che erogano la prestazione, in quanto comuni come Comacchio, Mesola e Migliarino, che prevedono complessivamente cinque aperture settimanali per l'esecuzione dei pap-test, hanno le stesse percentuali di non adesione dei Comuni che non hanno sedi consultoriali.

Le stesse conclusioni sono state tratte per la realtà aziendale complessiva, dove la percentuale di non adesione non sembra essere in relazione alla distribuzione degli ambulatori per pap-test.

In ulteriori lavori, sviluppati in ambito provinciale, la percentuale di non adesioni complessiva sembra molto bassa (5-10%), in quanto gli utenti donna effettuano comunque il pap-test durante il controllo ginecologico in strutture pubbliche e private.

Considerazioni sui risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

Incremento del 5% del Percorso Nascita con azioni finalizzate all'umanizzazione del parto, all'incremento dei parti fisiologici, alla dimissione precoce di madre e neonato. Parole chiave del progetto sono prevenzione, demedicalizzazione, assistenza orientata ai bisogni dell'utenza, attraverso l'incremento dei corsi di preparazione al parto e il numero di gravidanze fisiologiche seguite nei Consultori con particolare attenzione alle donne in gravidanza extracomunitarie. Inoltre, attivando nuovi corsi di pre-parto nel Consultorio di Argenta, al fine di ridurre la mobilità extraprovinciale (61%) delle donne in gravidanza di quel Comune (obiettivo compreso nei Piani Per la Salute e nei PAT).

Gli indicatori di realizzazione sono stati parzialmente raggiunti, con incremento dei corsi pre-parto attivati e incremento delle donne in gravidanza seguite nei Consultori, lieve riduzione delle donne in gravidanza che hanno partecipato ai corsi, nel Consultorio di Argenta; i corsi di preparazione al parto sono stati attivati in ottobre 2004 per la difficoltà di reperire una sede idonea e le attrezzature necessarie. La risposta è stata comunque inferiore alle risorse impegnate nel progetto.

Incremento del 10% delle azioni atte a favorire l'allattamento al seno materno e prolungarlo oltre il terzo mese di puerperio, attraverso il progetto Chi ben comincia in collaborazione con la Pediatria di Comunità. Il progetto prevede il contatto telefonico con tutte le puerpere del nostro Distretto, entro 15 giorni dal parto, fornendo loro consulenze sull'allattamento telefoniche, ambulatoriali e domiciliari in caso di necessità (obiettivo compreso nei Piani Per la Salute e nei Programmi delle Attività Territoriali). Tutti gli indicatori rivelano il raggiungimento dell'obiettivo e incoraggiano nel persistere sull'iniziativa.

Progetto menopausa, con particolare attenzione alle donne affette da incontinenza urinaria da sforzo, attraverso l'incremento di attività dell'ambulatorio di "riabilitazione del pavimento pelvico" che si effettua nel Consultorio di Portomaggiore. I cicli riabilitativi sono tenuti da ostetriche appositamente formate. Oltre alla riabilitazione fisica il progetto prevede il completamento, con l'introduzione della riabilitazione strumentale, attraverso l'elettrostimolatore computerizzato."

Gli indicatori dimostrano un incremento dell'attività riabilitativa; non è stato possibile acquisire l'attrezzatura computerizzata, per cui l'obiettivo verrà riproposto nel 2005.

Implementare il primo livello consultoriale, dopo l'assegnazione nominale delle Ostetriche territoriali ai Nuclei delle Cure Primarie, rafforzando i rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, al fine di risolvere direttamente alcune tipologie di consulenza preventivamente concordate. L'obiettivo si prefigge, attraverso la collaborazione tra professionisti, di ridurre le liste di attesa e scoraggiare gli invii impropri al Pronto Soccorso.

Il numero di consulenze attivate dai medici di medicina generale è incoraggiante anche se è auspicabile una maggiore integrazione dei professionisti all'interno del Nuclei Per la Salute.

Implementare l'attività consultoriale fornendo la possibilità di ecografie ostetrico-ginecologiche di 1° livello contemporaneamente alla visita. Il fine è quello di ridurre i tempi di attesa per le indagini ecografiche, garantendo più prestazioni in un'unica se-

duta ambulatoriale consultoriale. Contemporaneamente il Consultorio si appropria del 1° livello diagnostico, ottimizzando l'attività degli ambulatori ecografici divisionali, che si possono concentrare su un 2° livello di qualità.

L'obiettivo è stato ampiamente raggiunto in quelle sedi consultoriali in cui è possibile eseguire ecografie ed è diventato attività di routine.

Criticità e azioni di miglioramento

- **Punti di forza:** buona risposta complessiva agli screening di prevenzione sul collo uterino e sulla mammella. Abitudini condivise con la Divisione Ospedaliera, che facilitano il ricovero ospedaliero in caso di necessità per patologie ginecologiche. Mantenimento di un ambulatorio ostetrico e C.T.G. per tutte le donne in gravidanza a termine nel Consultorio di Portomaggiore. Discreto livello di gravidanze fisiologiche seguite nei Consultori. Aumento del numero di coppie extracomunitarie (250%) che accedono al servizio, sia per prestazioni ostetriche che ginecologiche, soprattutto nei Consultori di Portomaggiore e Argenta. Buona risposta allo screening dei tumori del collo uterino nella fascia di età 25-50 anni, con la percentuale di non risposta più bassa della Provincia. Incremento del 10% di allattamento esclusivo al seno dopo il terzo mese di puerperio (42,35%).
- **Elementi di criticità:** ridotto numero di donne in gravidanza che partecipano ai corsi di preparazione al parto, sia provenienti dagli ambulatori consultoriali che divisionali. Percentuale di non adesione allo screening dei tumori del collo uterino superiore alla media aziendale nella fascia di età 50-64 anni.
- **Prospettive:** aumentare le gravidanze fisiologiche seguite nei Consultori e nei corsi di preparazione al parto con particolare attenzione alle donne extracomunitarie, favorendo i percorsi d'umanizzazione del parto e l'educazione dell'allattamento al seno materno. Aumentare il numero di puerpere che dopo il terzo mese allattano esclusivamente al seno, grazie al progetto Chi ben comincia, in stretta collaborazione con il Servizio Pediatria di Comunità. Completare la riforma dei Consultori all'interno del Dipartimento delle Cure Primarie, riconoscendogli funzioni di secondo livello distrettuale in collegamento con il primo livello dei Nuclei delle Cure Primarie, attraverso i quali favorire una maggiore integrazione con medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Obiettivi 2005

- 1) **Incremento del 10% delle azioni tese a favorire l'allattamento al seno materno e prolungarlo oltre il terzo mese di puerperio, attraverso il progetto Chi ben comincia in collaborazione con la Pediatria di Comunità.** Il progetto prevede il contatto telefonico con tutte le puerpere del nostro Distretto, entro 15 gironi dal parto, fornendo loro consulenze sull'allattamento al seno: telefoniche, ambulatoriali e domiciliari.

Questo obiettivo viene trascinato dal 2004, in quanto inserito in un progetto dei Piani per la Salute.

Personale coinvolto: Operatori del Servizio Salute Donna, della Pediatria di Comunità e della Divisione di Ostetricia e Ginecologia degli Ospedali del Delta e di Comacchio.

2) **Progetto menopausa con particolare attenzione alle donne affette da incontinenza urinaria da sforzo**, attraverso l'incremento di attività dell'ambulatorio di "rieducazione del pavimento pelvico" che si effettua nel Consultorio di Portomaggiore. I cicli rieducativi sono tenuti da un'ostetrica appositamente formata. Oltre alla riabilitazione fisica, il progetto prevede il completamento con l'introduzione della riabilitazione strumentale, attraverso l'utilizzo di un'elettrostimolatore computerizzato. Questo obiettivo viene riproposto dal 2004 in quanto non è stato ancora possibile acquisire la strumentazione necessaria, che completerebbe in senso qualitativo un importante servizio rivolto alle donne incontinenti, come richiesto dalla Regione.

Personale coinvolto: operatori del Servizio Salute Donna.

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

Le ore lavoro necessarie sono ricavate dalla dismissione dell'ambulatorio di densitometria ossea, uscito dai Livelli Essenziali di Assistenza.

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

4) **Nuova apertura di un ambulatorio consultoriale per le donne immigrate e i loro bambini nel Consultorio di Portomaggiore** e in collaborazione con la Pediatria di Comunità, che si farà carico degli aspetti pediatrici di urgenza. Le ostetriche territoriali effettueranno consulenze ostetrico-ginecologiche di primo livello, garantendo la presa in carico nei servizi consultoriali e di cura primaria, con la collaborazione delle Rappresentanti delle comunità di donne immigrate che aiuteranno nella mediazione culturale. Con la presenza di un ginecologo territoriale del Servizio Salute Donna, anche la presa in carico di secondo livello sarà garantita. Il progetto si completa sul piano sociale con l'inserimento nei Piani di Zona; inoltre l'obiettivo, condiviso con gli altri Distretti, è stato inserito nella nuova programmazione dei Piani per la Salute.

Le ore lavoro, nel nostro Distretto, sono recuperate dal passaggio del Consultorio di Voghiera al Distretto Centro Nord.

Personale coinvolto: operatori del Servizio Salute Donna, della Pediatria di Comunità, l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Portomaggiore, i Rappresentanti delle Comunità di immigrati e le associazioni di volontariato.

5) **Gestione dei Consultori con ginecologi dedicati**; passaggio di due ginecologi in "isorisorse" dalla Divisione di Ginecologia del Delta al Servizio Salute Donna del Distretto Sud Est.

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

Personale coinvolto: Servizio Salute Donna e Divisione di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale del Delta.

TABELLA RIASSUNTIVA OBIETTIVI 2005

| Numero obiettivo | Titolo | Tipo di obiettivo |
|------------------|---|--|
| 1 | Incremento del 10% delle azioni tese a favorire l'allattamento al seno materno e prolungarlo oltre il terzo mese di puerperio, attraverso il progetto Chi ben comincia in collaborazione con la Pediatria di Comunità. | Trasversale e inserito nei Piani Per la Salute |
| 2 | Progetto menopausa con particolare attenzione alle donne affette da incontinenza urinaria da sforzo. | Trasversale |
| 3 | Nuova apertura di uno spazio consultoriale di primo livello rivolto agli adolescenti nel Consultorio di Codigoro. | Trasversale |
| 4 | Nuova apertura di un ambulatorio consultoriale per le donne immigrate e i loro bambini nel Consultorio di Portomaggiore e in collaborazione con la Pediatria di Comunità, che si farà carico degli aspetti pediatrici di urgenza. | Trasversale e inserito nei Piani Per la Salute |
| 5 | Gestione dei Consultori con ginecologi dedicati. | Trasversale |

5.1.7. La Pediatria di Comunità

Popolazione target

Minori da 0 a 17 anni al 31/12/2004

| | |
|--------------------------|---------------|
| Area di Portomaggiore | 3.919 |
| Area di Codigoro | 8.047 |
| Totale Distretto Sud Est | 11.966 |

Fonte: Dati dell'ufficio statistico della Camera di Commercio di Ferrara

Da Gennaio 2005 il Comune di Voghiera fa parte del Distretto Centro Nord, pertanto il territorio di Portomaggiore si è ridotto di 436 unità.

Finalità del Servizio

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

DATI DI ATTIVITÀ NEL 2004

| N° nati di 24 mesi al 31/12/2004 | N° vaccinati | Percentuale 2004 | Anno 2003 |
|----------------------------------|--------------|------------------|-----------|
| 683 | 679 | 99,41 | 99,03% |

Le percentuali dei vaccinati sono sempre superiori al 95%.

Vaccinazioni facoltative MPR (morbillo, parotite, rosolia).

| N° nati di 24 mesi al 31/12/2004 | N° vaccinati | Percentuale | Anno 2003 |
|----------------------------------|--------------|-------------|-----------|
| 683 | 667 | 97,65 | 98% |

Le percentuali dei vaccinati sono sempre superiori al 95%.

Prestazioni a minori extracomunitari e migranti

| | Anno 2004 | | Anno 2003 |
|--------------------|------------------|-----------------------|------------------|
| | Numero di minori | Numero di prestazioni | Numero di minori |
| Area Portomaggiore | 92 | 194 | 37 |
| Area Codigoro | 86 | 122 | 99 |
| Totale | 178 | 316 | 136 |

La tabella relativa all'anno 2004 evidenzia un consistente aumento di soggetti extracomunitari, in particolare nell'area di Portomaggiore.

Patologie croniche

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

Nella tabella dell'anno 2004, il numero dei soggetti riportato si riferisce solo ai soggetti affetti da patologia cronica segnalati e per i quali sono stati attivati gli interventi riportati in tabella.

| Anno 2004 | Minori segnalati | Interventi |
|--------------------|------------------|------------|
| Area Portomaggiore | 18 | 58 |
| Area Codigoro | 30 | 226 |
| Totale | 48 | 284 |

Nella tabella relativa all'anno 2003 il numero dei minori riportato si riferisce a tutti i minori identificati dal nostro servizio come affetti da patologia cronica; per alcuni dei quali sono stati attivati gli interventi riportati in tabella.

| Anno 2003 | Soggetti conosciuti | Interventi |
|--------------------|---------------------|------------|
| Area Portomaggiore | 63 | 37 |
| Area Codigoro | 120 | 271 |
| Totale | 183 | 308 |

Controlli in comunità a seguito di malattia infettiva

| | Interventi Anno 2004 | Interventi Anno 2003 |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| Area Portomaggiore | 52 | 49 |
| Area Codigoro | 84 | 52 |
| Totale | 136 | 101 |

Considerazioni sui risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005**• Nati per leggere** (inserito nei Piani Per la Salute)

Il progetto è stato attivato nel territorio dell'ex Distretto di Portomaggiore per informare e sensibilizzare i genitori dei bimbi di età da zero a cinque anni sull'importanza della lettura ad alta voce nello sviluppo di relazioni positive tra genitori e figli e per facilitare l'apprendimento della letto-scrittura. Nati per leggere è inserito nel progetto di tutela della genitorialità dei Piani Per la Salute.

Criterio di verifica: costituzione di un gruppo di coordinamento interistituzionale e istituzione di un angolo lettura nelle sale d'attesa.

L'obiettivo è stato raggiunto; infatti si è costituito un gruppo di coordinamento interistituzionale (Biblioteche, Pediatri di Libera Scelta, Pediatri di Comunità, coordinatrici pedagogiche) che ha curato a livello locale la realizzazione del progetto, attraverso la distribuzione di materiale informativo negli ambulatori vaccinali pediatrici di Argenta e Portomaggiore e l'istituzione di un angolo lettura nelle sale di attesa degli stessi ambulatori.

• Chi ben comincia, progetto triennale (inserito nei Piani Per la Salute)

Il progetto attivato nel 2003 e operativamente integrato con il Servizio Salute Donna distrettuale, si proponeva di sostenere l'allattamento materno attraverso la promozione di consulenze telefoniche precoci e/o ambulatoriali alle mamme dei bimbi nati e residenti nel nostro Distretto, segnalati dai Punti Nascita dell'Ospedale del Delta e di quello di Comacchio.

Le telefonate/consulenze erano mirate all'individuazione delle modalità di alimentazione del neonato e alla rimozione di eventuali criticità insorte nell'allattamento al seno con valutazione di efficacia degli interventi, effettuata dal Pediatra di Comunità, al 3° mese di vita in occasione delle prime dosi vaccinali.

Nel 2004 l'intervento è stato esteso alle mamme dei bimbi residenti nel Distretto, ma nati anche negli altri Punti Nascita della provincia (Ospedale di Cento e Azienda Ospedaliera di Ferrara).

Criterio di verifica: il numero di famiglie contattate superiore è stato al 70% dei nati residenti nel Distretto Sud Est e segnalati dai Punti Nascita della Provincia di Ferrara.

L'obiettivo è stato raggiunto: infatti, su 416 neonati segnalati sono state contattate 350 mamme, pari all'84,1%.

• I Cento Passi, progetto triennale.

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

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

Criterio di verifica: 10 nuovi progetti personalizzati per minori segnalati con patologia cronica.

L'obiettivo è stato raggiunto; infatti sono stati elaborati e attuati in totale 12 nuovi pro-

toccolli personalizzati: 8 per nuovi casi segnalati (2 nuovi nati e 6 bambini all'esordio di patologie croniche), 4 per casi già conosciuti ma con nuove necessità.

• **Progetto Foniatria**

Per rispondere alle esigenze dell'utenza distrettuale che, in precedenza, doveva accedere a Ferrara o presso altre strutture non idonee, nell'anno 2004 è stato attivato un servizio specialistico di Foniatria per 4 ore settimanali, nelle sedi di Portomaggiore e Comacchio e di Logopedia per 22 ore settimanali, nelle sedi di Portomaggiore, Codigoro e Comacchio, orientato all'infanzia con funzioni diagnostico-terapeutiche per i disturbi non neuropsicologici, ma specifici di voce, parola, linguaggio e deglutizione. Criterio di verifica: attivazione di almeno un servizio logopedico per i minori residenti, entro l'anno in corso.

L'obiettivo è stato raggiunto; infatti l'attività specialistica, iniziata nel secondo semestre 2004, ha prodotto visite foniatriche e trattamenti logopedici con esaurimento della lista di attesa dei bambini che erano impropriamente inseriti in quella presso il Servizio di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva.

• **Ricerca sull'allattamento al seno**, inserita nei Piani Per la Salute.

Nel Progetto Sostegno ai genitori nella cura dei figli, individuato come progetto per la priorità di salute nei Piani Per la Salute, è inserito l'obiettivo specifico "individuazione dei momenti di criticità che determinano l'abbandono dell'allattamento al seno e definizione di azioni di contrasto mirate nelle varie realtà aziendali".

L'azione principale di questo è rappresentata da un'indagine multicentrica, proposta dalla Regione Emilia-Romagna attraverso il CeVEAS (Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria) di Modena, che è stata condotta nell'ambito della Provincia di Ferrara.

Nel nostro Distretto la ricerca, molto complessa, è stata realizzata anche grazie all'attiva collaborazione degli operatori della Pediatria di Comunità e del Servizio Salute Donna, già responsabili del progetto distrettuale Chi ben comincia.

Principali obiettivi per il 2005

1) Nati per leggere, progetto triennale - 2° anno. Inserito nei Piani per la Salute.

Nel 2005 si pone come obiettivo l'implementazione del progetto Nati per leggere attraverso l'aumento (pari al 50%) del numero delle sedute con le lettrici nelle sale di attesa degli ambulatori di Argenta e Portomaggiore e la diffusione della conoscenza del progetto stesso attraverso la partecipazione a incontri formativo/informativi sulla lettura ad alta voce, rivolti ai genitori dei bambini da 0 a 3 anni di Portomaggiore e Argenta (almeno due incontri annuali).

Questo obiettivo, poiché inserito nei Piani Per la Salute, ha valenza aziendale.

2) Chi ben comincia, progetto triennale sull'educazione all'allattamento al seno - 3° anno. Inserito nei Piani Per la Salute.

Nel 2005 ci si propone il consolidamento dell'attività di promozione e di sostegno dell'allattamento materno attraverso il raggiungimento telefonico precoce delle mamme dei nati segnalati dai Punti Nascita provinciali e residenti nel Distretto Sud Est (>70% delle puerpere) e il rafforzamento dell'intervento attraverso l'incremento dell'offerta

attiva di consulenze, successive al primo contatto, telefoniche e/o ambulatoriali.

Questo progetto ha valenza Distrettuale e prevede la collaborazione del Servizio Salute Donna e della Divisione di Ostetricia dell'Ospedale del Delta.

3) I Cento Passi, progetto triennale sulla gestione dei bambini con patologia cronica – 2° anno.

Nel 2005 sono stati posti come obiettivi l'elaborazione di protocolli personalizzati di assistenza dei nuovi casi e l'aggiornamento dei protocolli dei casi già noti di bambini affetti da patologia cronica, in integrazione con i pediatri di libera scelta, per la sperimentazione funzionale dell'Unità Pediatrica di Distretto. I percorsi sono condivisi con lo staff degli insegnanti/educatori, qualora i bambini siano inseriti in comunità.

4) Progetto Foniatria, rivolto ai bambini con patologie audiologiche.

Nel 2005 ci si propone di contenere le liste di attesa, di creare occasioni di incontro/confronto con i pediatri di libera scelta per favorire invii sempre più congrui alle patologie in carico al servizio specialistico e di verificare periodicamente l'attività per eventuali modifiche organizzative. Il fine è quello di ottimizzare la presa in carico di questi bambini con patologia prevalentemente cronica, e di garantire una risposta riabilitativa in ambito distrettuale.

5) Ricerca sull'allattamento al seno, CeVEAS, inserito nei Piani per la Salute.

La ricerca si è conclusa nel 2004 e i dati relativi alla Provincia di Ferrara, elaborati dal CeVEAS, saranno parzialmente restituiti entro il primo semestre del 2005. Parallelamente si è costituito un gruppo aziendale che elabora gli stessi dati scomposti per singolo Punto Nascita, cercando di proporre soluzioni distrettuali all'implementazione dell'allattamento al seno materno.

6) Progetto donne immigrate e loro bambini; su questo obiettivo la Pediatria di Comunità si impegna con le seguenti azioni:

- a. Progetto obiettivo Integrare il nuovo Centro per Donne Immigrate e loro bambini con interventi di competenza pediatrica: apertura di uno spazio di accoglienza a Portomaggiore per le segnalazioni di minori provenienti dal Centro Donne Immigrate. L'iniziativa, da considerarsi come ulteriore occasione di presa in carico delle famiglie di immigrati e dei loro bambini, prevede l'offerta di informazioni e di percorsi facilitati per favorire l'accesso ai servizi socio-sanitari e l'inserimento dei minori nelle comunità infantili e/o scolastiche del nostro territorio.
- b. Collaborazione con l'Unità Operativa Nuclei delle Cure Primarie e con i pediatri di libera scelta alla costruzione dell'Unità Pediatrica Distrettuale attraverso la definizione di ruoli e funzioni da svilupparsi nella linea progettuale "monitoraggio dell'immigrazione infantile con fragilità sociale e definizione di una rete per la presa in carico sanitaria (preventiva e assistenziale)".

Questo obiettivo, inserito nella nuova programmazione dei Piani Per la Salute, vede la collaborazione con il servizio Salute Donna, con il Comune di Portomaggiore nei Piani di Zona, con le associazioni di volontariato e con le Comunità di Immigrati.

| TABELLA RIASSUNTIVA OBIETTIVI 2005 | | |
|------------------------------------|---|--|
| Numero obiettivo | Titolo | Tipo di obiettivo |
| 1 | Nati per leggere, progetto triennale - 2° anno. | trasversale e inserito nei Piani Per la Salute |
| 2 | Chi ben comincia, progetto triennale sull'educazione all'allattamento al seno - 3° anno. | trasversale e inserito nei Piani Per la Salute |
| 3 | I Cento Passi, progetto triennale sulla gestione dei bambini con patologia cronica - 2° anno. | distrettuale |
| 4 | Progetto Foniatria, rivolto ai bambini con patologia audiologiche. | distrettuale |
| 5 | Ricerca sull'allattamento al seno. | trasversale e inserito nei Piani Per la Salute |
| 6 | Progetto donne immigrate e loro bambini. | trasversale e inserito nei Piani Per la Salute |

5.1.8. Le Dipendenze Patologiche

Sedi dell'Attività

Il Centro di ascolto adolescenti e famiglie attivato a Comacchio è stato spostato, nel corso del 2004, da Via Marina in Piazza XX Settembre 45. I restanti presidi o punti operativi del Ser.T. mantengono la medesima collocazione indicata nel Programma delle Attività Territoriali 2004.

Popolazione target

| POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1/12/2004 | Tossicodipendenti 15-44 anni | Alcolisti 15-64 anni |
|---|---|---------------------------------|
| Argenta | 7.841 | 13.796 |
| Codigoro | 4.628 | 8.328 |
| Comacchio | 9.080 | 15.580 |
| Goro | 1.629 | 2.841 |
| Lagosanto | 1.682 | 2.952 |
| Massafiscaglia | 1.275 | 2.358 |
| Mesola | 2.677 | 4.736 |
| Migliarino | 1.327 | 2.442 |
| Migliaro | 923 | 1.545 |
| Ostellato | 2.506 | 4.450 |
| Portomaggiore | 4.343 | 7.621 |
| Distretto | 37.911 | 66.649 |

Finalità del Servizio

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

Gli ambiti di attività possono essere così sintetizzati:

- **Sanitario:** diagnosi tossicologica, controllo dello stato di salute, consulenza psichiatrica, trattamenti di disintossicazione in regime ambulatoriale e in struttura residenziale, trattamenti farmacologici con farmaci sostitutivi e/o antagonisti integrati, auricoloterapia, counseling, interventi di educazione sanitaria e di prevenzione alle patologie correlate.
- **Psicologico:** psicodiagnosi, psicoterapia individuale, familiare, di gruppo, counseling.
- **Socio-Educativo:** interventi educativi, segretariato sociale, interventi economici, inserimenti in strutture riabilitative convenzionate, inserimenti lavorativi, affiancamento nella ricerca del lavoro, sostegno in area giudiziaria.
- **Preventivo:** prevenzione primaria e secondaria (scuole, luoghi di unione, spazi del tempo libero), prevenzione delle patologie correlate (HIV, epatiti), attività informative, educative, formative e prevenzione terziaria finalizzata alla riduzione del danno.

AREE D'INTERVENTO SPECIALISTICHE

Ser.T.

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

Centro di Alcologia

Offre un punto di riferimento in grado di accogliere e orientare i bisogni di salute e cura a coloro che hanno problemi legati all'abuso di alcol. In particolare propone trattamenti terapeutici farmacologici individuali e di gruppo, counseling e psicoterapie. Realizza interventi di promozione della salute e di prevenzione. A Codigoro è stato adottato un protocollo con l'Ospedale del Delta per la gestione integrata tra Ser.T. e Ospedale dei pazienti ricoverati ed è attivo, all'interno dell'Ospedale stesso, un Punto Informativo Alcol, gestito, a frequenza bisettimanale, da personale medico e infermieristico del Ser.T.

Entro il 2005 si dovrà stilare un protocollo con l'Ospedale di Argenta per la presa in carico congiunta, tra Ospedale e Ser.T. dei pazienti alcolisti e alcolcorrelati.

Centro Antifumo

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

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

È attivo, sia a Codigoro sia a Portomaggiore, il progetto di prevenzione al tabagismo e cura dello stesso alle donne in stato di gravidanza: è prevista la presenza di consulenza informativa psicologica all'interno dei corsi per donne in gravidanza e la loro eventuale presa in carico. Importante sembra essere l'azione rivolta alla prevenzione del fumo passivo. Nel 2005 sarà effettuata una capillare informazione sui servizi di cura per i consumatori di tabacco nei luoghi di lavoro del Distretto Sud Est.

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

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

Centro di ascolto adolescenti e famiglie

Il Servizio, attivato nel Comune di Comacchio, ha lo scopo di fornire informazioni sulle nuove droghe e sulle conseguenze del loro utilizzo agli adolescenti che frequentano il centro, e alle loro famiglie. Prende in carico le persone segnalate dalla Prefettura in violazione della normativa sugli stupefacenti. Svolge inoltre attività di consulenza sui problemi connessi all'adolescenza e alle relazioni adulti-adolescenti, genitori-figli. L'apertura di questo punto ambulatoriale risulta essere molto gradito sia ai giovani pazienti segnalati dalla Prefettura che ai familiari dei pazienti residenti a Comacchio per la facile accessibilità.

Interventi di riduzione del danno: *Ai lidi con il camper*

Tale attività ha lo scopo di raggiungere persone con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive e alcol che però non sono in contatto con i servizi, offrendo loro informazioni, consulenze e materiale sanitario per prevenire i comportamenti a rischio conseguenti all'uso di sostanze stupefacenti e alcol con particolare riferimento alle malattie sessualmente trasmesse e agli incidenti stradali. Si realizza con l'utilizzo di un'unità mobile attrezzata che staziona, durante i mesi estivi, nei pressi dei locali di aggregazione e divertimento dei Lidi comacchiesi. È distribuito materiale informativo e sono eseguiti test con l'etilometro. L'attività è riconfermata per il 2005 e l'accordo con i Comuni è di rifinanziamento tramite il contributo regionale dei Piani di Zona 2004.

Prevenzione alcol, nuove droghe e incidenti stradali

È una funzione del Ser.T. Distretto Sud Est che, in stretta collaborazione con i Comuni, opera nel campo della prevenzione delle dipendenze, del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio con progetti sperimentali finanziati dai Piani di Zona. È svolta all'interno degli Istituti scolastici superiori e in collaborazione con le Autoscuole. È stata prodotta una mostra itinerante sull'alcol e sui danni provocati dal suo abuso già esposta in tutti i poli scolastici del Distretto e nei prossimi mesi sarà esposta nelle sedi dei Comuni che ne faranno richiesta.

FORME D'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

- Équipe multiprofessionali integrate;
- formazione congiunta tra Ser.T. e tra Ser.T. e sistema dei servizi del privato-sociale;
- incontri periodici del sistema dei servizi per la pianificazione annuale;
- protocolli operativi con servizi aziendali (Salute Mentale, Salute Donna, Salute Infanzia);
- protocollo operativo con l'Ospedale del Delta per i ricoveri di alcolisti e presa in carico post-dimissione;
- piani di prevenzione primaria e riduzione del danno in collaborazione con Comune, Scuole e Provincia;
- formazione congiunta tra Ser.T. e medici di medicina generale per prevenzione e cura della dipendenza da tabacco.

STATO DELLE NUOVE AREE D'INTERVENTO ATTIVATE NEL 2003

Centri Antifumo di Portomaggiore e Codigoro

I due Centri antifumo attivati nel corso del 2003 hanno superato la fase della sperimentality. Si continua a mantenere il contatto per una costante azione informativa e divulgativa con i medici di medicina generale e le strutture sociali e sanitarie dell'intera Azienda USL. Nel corso del 2004 è stata attivata una giornata seminariale formativa sulle tecniche motivazionali per un più efficace coinvolgimento dei medici di medicina generale. La partecipazione dei medici di medicina generale è stata più che significativa. Nel Corso del 2005 sarà attivato il primo modulo formativo motivazionale per i medici di medicina generale del Distretto Sud Est.

Gioco d'azzardo patologico (GAP)

Questo nuovo settore è molto significativo per la costante e forte espansione del fenomeno: recenti ricerche hanno dimostrato che oltre l'80% della popolazione dedica attenzione alle diverse forme di gioco d'azzardo e si stima che dall'1% al 3% della popolazione possa soffrire di una specifica forma di dipendenza, con grave disagio personale e familiare.

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

Punto Informativo Alcol

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

DATI DI ATTIVITÀ 2004

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

In particolare si distinguono **Goro**, per una **prevalenza** del 14,12‰ e **Massafiscaglia** con 12,55 soggetti tossicodipendenti ogni 1.000 residenti di età compresa tra i 14 e i 44 anni, nettamente superiori al valore distrettuale che si attesta sull'8,82 e quello provinciale che si attesta sul 7‰. Seguono **Mesola** (11,95) e **Comacchio** (11,45).

| UTENTI TOSSICODIPENDENTI | Residenti 2004 | Residenti 2003 | Nuovi utenti Residenti 2004 | Nuovi utenti Residenti 2003 |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--|--|
| Argenta | 47 | 45 | 5 | 14 |
| Portomaggiore | 37 | 36 | 6 | 8 |
| Ostellato | 18 | 22 | 3 | 4 |
| Migliarino | 6 | 10 | 1 | 2 |
| Migliaro | 10 | 12 | 1 | 0 |
| Massafiscaglia | 16 | 15 | 0 | 4 |
| Comacchio | 104 | 102 | 21 | 16 |
| Lagosanto | 15 | 15 | 3 | 4 |
| Codigoro | 42 | 31 | 14 | 6 |
| Mesola | 32 | 22 | 12 | 5 |
| Goro | 23 | 27 | 1 | 7 |
| Distretto | 350 | 337 | 67 | 70 |

Ai 350 pazienti residenti in carico nel 2004 se ne devono aggiungere ulteriori 22 provenienti da fuori Provincia: 2 da Alfonsine, 5 da Ferrara, 6 da Voghiera, 2 da Berra, 6 da fuori Provincia.

| UTENTI TOSSICODIPENDENTI | Tasso di Prevalenza *1.000 2004 | Tasso di Prevalenza *1.000 2003 | Tasso di Incidenza *1.000 2004 | Tasso di Incidenza *1.000 2003 |
|-------------------------------------|--|--|---|---|
| Argenta | 5,99 | 5,75 | 0,64 | 1,79 |
| Portomaggiore | 8,52 | 8,39 | 1,38 | 1,86 |
| Ostellato | 7,18 | 8,52 | 1,20 | 1,55 |
| Migliarino | 4,52 | 7,43 | 0,75 | 1,49 |
| Migliaro | 10,83 | 13,00 | 1,08 | - |
| Massafiscaglia | 12,55 | 11,67 | - | 3,11 |
| Comacchio | 11,45 | 11,21 | 2,31 | 1,76 |
| Lagosanto | 8,92 | 8,79 | 1,78 | 2,34 |
| Codigoro | 9,08 | 6,53 | 3,03 | 1,26 |
| Mesola | 11,95 | 8,01 | 4,48 | 1,82 |
| Goro | 14,12 | 16,39 | 0,61 | 4,25 |
| Distretto | 9,23 | 8,82 | 1,77 | 1,83 |

I tassi sono calcolati ogni 1.000 abitanti

Dall'apertura dei primi Centri Alcologici 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 16 soggetti nel 1993, a 91 nel 2003, a 106 nel 2004. La pre-

valenza mette in luce dati alti nei Comuni di Migliarino (4,10‰), Portomaggiore (2,62‰) e Codigoro(1,80‰), in rapporto a un tasso distrettuale dell'1,59, spiegabile da una lato con il consolidamento delle strategie di attrazione dei servizi e dall'altro dell'efficacia dell'intervento di rete tra servizi pubblici e iniziative di volontariato. A conferma, pure il tasso di incidenza si presenta superiore al tasso distrettuale, pari allo 0,45‰, nei Comuni di Migliarino (0,82), Ostellato (0,90), Codigoro (0,84).

| UTENTI ALCOLDIPENDENTI | Residenti 2004 | Residenti 2003 | Nuovi utenti Residenti 2004 | Nuovi utenti Residenti 2003 |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|--|--|
| Argenta | 23 | 26 | 3 | 7 |
| Portomaggiore | 20 | 17 | 5 | 6 |
| Ostellato | 7 | 4 | 4 | 1 |
| Migliarino | 10 | 7 | 2 | 2 |
| Migliaro | 2 | 3 | 1 | 0 |
| Massafiscaglia | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Comacchio | 16 | 12 | 4 | 7 |
| Lagosanto | 4 | 2 | 2 | 1 |
| Codigoro | 15 | 11 | 7 | 3 |
| Mesola | 5 | 4 | 1 | 2 |
| Goro | 3 | 4 | 1 | 0 |
| Distretto | 106 | 91 | 30 | 30 |

Ai 106 pazienti residenti con problemi alcolcorrelati, se ne devono aggiungere ulteriori 19 provenienti da fuori Distretto: 1 da Ferrara, 11 da Voghiera, 1 da Milano, 2 da Mesagne (Br), 1 da Isola del Liri (Fr).

| UTENTI ALCOLDIPENDENTI | Tasso di Prevalenza *1.000 2004 | Tasso di Prevalenza *1.000 2003 | Tasso di Incidenza *1.000 2004 | Tasso di Incidenza *1.000 2003 |
|-----------------------------------|--|--|---|---|
| Argenta | 1,67 | 1,89 | 0,22 | 0,51 |
| Portomaggiore | 2,62 | 2,24 | 0,66 | 0,79 |
| Ostellato | 1,57 | 0,88 | 0,90 | 0,22 |
| Migliarino | 4,10 | 2,87 | 0,82 | 0,82 |
| Migliaro | 1,29 | 1,96 | 0,65 | - |
| Massafiscaglia | 0,42 | 0,42 | 0,00 | 0,42 |
| Comacchio | 1,03 | 0,78 | 0,26 | 0,45 |
| Lagosanto | 1,36 | 0,68 | 0,68 | 0,34 |
| Codigoro | 1,80 | 1,31 | 0,84 | 0,36 |
| Mesola | 1,06 | 0,83 | 0,21 | 0,42 |
| Goro | 1,06 | 1,40 | 0,35 | - |
| Distretto | 1,59 | 1,36 | 0,45 | 0,45 |

| UTENZA TOTALE | Portomaggiore | | Codigoro | | Totale Distretto | |
|--------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------------|------------|
| | 2003 | 2004 | 2003 | 2004 | 2003 | 2004 |
| Utenti Tossicodipendenti | 119 | 109 | 223 | 247 | 342 | 356 |
| nuovi utenti | 26 | 16 | 40 | 49 | 66 | 65 |
| utenti già in carico | 93 | 93 | 183 | 198 | 276 | 291 |
| Utenti Alcolisti | 55 | 56 | 46 | 53 | 101 | 109 |
| nuovi utenti | 17 | 13 | 16 | 16 | 33 | 29 |
| utenti già in carico | 38 | 43 | 30 | 37 | 68 | 80 |
| Tabagisti | 26 | 36 | 32 | 46 | 58 | 82 |
| Totale utenti | 200 | 201 | 301 | 346 | 501 | 540 |

Nel corso del 2004 i Centri Antifumo del Distretto Sud Est hanno attivato 23 corsi per smettere di fumare che hanno visto la partecipazione di 82 soggetti. Ai pazienti che si rivolgono ai Centri è stato proposto un colloquio iniziale di valutazione con lo psicologo e una successiva visita medica corredata di esami strumentali (prove di funzionalità respiratoria, misurazione del monossido di carbonio).

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

Dal 2004 nelle verifiche periodiche dell'astensione dal fumo programmate a 2-5-8-12 mesi si utilizza, come ulteriore riconferma dell'astinenza da tabacco, anche l'analisi del CO (monossido di carbonio) nell'aria espirata, tramite apposito strumento che abbiamo acquisito (carbossimetro).

È attivo anche un servizio di consulenza per persone che vogliono smettere di fumare in modo autonomo (sono stati svolti 42 colloqui di consulenza).

Nel 2004 i centri antifumo del Distretto Sud Est hanno seguito 139 utenti, dei quali 82 sono soggetti che si sono rivolti per la prima volta ai centri, e 57 hanno proseguito trattamenti già iniziati nel 2003.

Nel Distretto Sud Est si rileva una leggera prevalenza di utenza maschile (i nuovi utenti sono 54; gli utenti già in carico sono 32).

Complessivamente i Centri Antifumo del Distretto Sud Est hanno avuto un incremento di nuovi utenti del 43,8% rispetto al 2003.

Dal punto di vista socio-anagrafico gli utenti di Portomaggiore sono leggermente più giovani (l'età media degli iscritti ai corsi è pari a 51,05) di quelli di Codigoro (l'età media iscritti ai corsi è pari a 52,29). Il livello culturale è medio-basso: il 76,8% dei pazienti non supera la licenza di scuola media inferiore, a Codigoro ci sono due persone che hanno conseguito la laurea, mentre a Portomaggiore nessun laureato.

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

L'attività di prevenzione è indirizzata sulle seguenti aree:

- **Prevenzione alcol:** scuole medie inferiori (classi terze) e scuole medie superiori (biennio) dei distretti scolastici di Codigoro, Lido degli Estensi, Argenta, Portomaggiore, Ostellato. Nel 2004 hanno aderito al progetto 22 classi, per un totale di 30 incontri e 165 ragazzi interessati.
- **Prevenzione alcol nelle autoscuole:** nel 2004 è proseguita l'attività di prevenzione alcol e incidenti stradali attuata all'interno delle scuole guida. Le autoscuole che hanno continuato il progetto sono state 14, per complessivi 51 incontri, coinvolgendo 547 ragazzi o giovani adulti.
- **Progetto Ai lidi con il camper.** Nell'estate del 2004 l'unità di strada si è posizionata nei pressi di disco-pub e stabilimenti balneari prendendo contatto con 3.355 persone, effettuando 3.052 test con l'etilometro, 1.190 colloqui di counseling distribuendo materiale informativo sulle sostanze illegali e legali e sulle malattie sessualmente trasmissibili; a quanti risultavano positivi, o comunque superiori al limite consentito che per legge è dello 0,50 (1.331 persone con tasso alcolemico superiore allo 0,50). Attraverso la relazione diretta tra gli operatori di strada e i ragazzi, in questo caso stabilita attraverso l'informazione, il counseling e l'approccio educativo, li si incoraggia ad adottare comportamenti responsabili per la propria salute e quella degli altri.

Considerazioni sui risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

- **Diminuzione del tasso di prevalenza tossicodipendenti nel Comune di Goro,** anche se resta il Comune con il tasso più alto riconfermando la necessità di approfondimento attraverso la ricerca attualmente in corso al fine di comprendere le cause di tale fenomeno. A questo progetto di ricerca hanno aderito tutti i Comuni del Distretto ponendolo come obiettivo prioritario nel Piano di Zona 2004 e richiedendo un finanziamento ad hoc regionale che è stato concesso.
- **Incremento del 15% dei soggetti con problemi di alcoldipendenza che si sono rivolti al Ser.T.**

Tale incremento è sicuramente frutto dell'integrazione dei servizi di rete territoriale e ospedaliera. Importante è anche la stabilità del personale medico sanitario, che diviene un punto di riferimento per il riconoscimento del servizio.

- **Stabilizzazione e incremento dell'attività di cura dei Centri Antifumo** con un aumento del 43,8% di tabagisti in carico rispetto al 2003.
- **I Progetti prevenzione alcol nelle scuole, autoscuole e sui Lidi** si sono consolidati nei rispettivi contesti e sono visibili e riconoscibili. Le scuole e le autoscuole hanno dato un'adesione totale, condivisa e integrata. L'attività Ai Lidi con il Camper, con l'obiettivo di ulteriore diminuzione degli incidenti stradali, ha un riscontro estremamente positivo sulla popolazione estiva in vacanza: è riconosciuto, ricercato e apprezzato.

Criticità e azioni di miglioramento

- **Punti di forza:** è ritenuta buona la capacità di ritenzione del servizio per l'utenza tossicodipendente, alcoldipendente e tabagista. Ottima risposta della rete integrata di

servizi sia territoriali sia ospedalieri (pubblici e privati). Ottimo il livello di collaborazione per la programmazione e la gestione di progetti con i Comuni del Distretto, attraverso l'articolazione dei Piani di Zona e Piani Per la Salute.

- **Elementi di criticità:** si rileva una differenza di risposta nell'accesso ai Centri Antifumo tra quello di Portomaggiore e quello di Codigoro. Portomaggiore presenta un numero inferiore di accessi. Maggior livello di collaborazione con i medici di medicina generale dell'ex Distretto di Codigoro.
- **Prospettive:** incrementare la visibilità dei Centri Antifumo, in particolare quello di Portomaggiore. Aumentare l'integrazione tra Servizio e medici di medicina generale. Attuare la formazione di base dei medici di medicina generale sul colloquio motivazionale rivolto ai tabagismi, come previsto nel piano formativo aziendale. Perfezionare il protocollo operativo tra Ser.T. e rete ospedaliera territoriale Distrettuale.

Obiettivi 2005

1) Prevenzione alcol nelle scuole e autoscuole: proseguiranno tutti i progetti sulla prevenzione che contemporaneamente sono obiettivi dei Piani di Zona, e obiettivi dei Piani per la Salute. Proseguirà l'attività di prevenzione alcol nelle scuole e autoscuole. Nelle scuole l'area d'intervento è allargata oltre che all'alcol anche alle altre sostanze (ecstasy), e ai comportamenti di bullismo, in particolare nei due Poli scolastici di Portomaggiore e Porto Garibaldi.

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

2) Ai Lidi con il Camper: gli obiettivi strategici per il 2005 restano la prevenzione del consumo di sostanze alcoliche tra la popolazione giovanile frequentatrice dei locali del divertimento del Litorale Comacchiese con particolare attenzione alla prevenzione degli incidenti stradali dovuti all'abuso di alcol e altre sostanze psicotrope. Il progetto del 2005 avrà come slogan Passa la chiave a Bob.

3) Tabagismo: prioritario e trasversale a tutti i Centri Antifumo aziendali è l'obiettivo di informazione e sensibilizzazione nei luoghi di lavoro; informare e sensibilizzare sia le Direzioni sia i dipendenti sui Centri Antifumo e su possibili accordi che agevolino l'accesso ai corsi. Sul versante della **prevenzione primaria**, nella scuola proseguiranno gli interventi su richiesta da parte delle scuole come previsto dai Piani per la Salute. Sul versante della prevenzione secondaria si prosegue con l'intervento, in collaborazione con il Servizio Salute Donna, all'interno dei corsi di preparazione pre-parto per le donne in stato di gravidanza.

Si continua inoltre il progetto formativo rivolto ai medici di medicina generale sulle tecniche motivazionali da usare con il paziente tabagista. Rientra nel piano formativo aziendale un primo modulo di 20 ore da svolgersi nelle giornate del 2-3-4 Novembre a cura del Dr. Gianpaolo Guelfi. In questo caso trattasi quindi di obiettivo a valenza aziendale in tutte e tre le sue articolazioni, e i servizi coinvolti in rete sono i Ser.T. Aziendali, l'agenzia Promeco del Comune di Ferrara, i Comuni, i Servizi di Salute Donna, il Dipartimento delle Cure primarie, i medici di medicina generale del Distretto Sud Est. Quest'obiettivo rientra tra gli obiettivi inseriti nei Piani Per la Salute 2005.

4) Accredimento-Sistema Qualità: le attività pianificate dal gruppo qualità Ser.T. per il 2005 sono il rinnovo della certificazione UNI EN 9001 e le revisione del Sistema gestione di qualità certificato secondo i requisiti precisi dell'accredimento. Trattasi di un obiettivo a valenza aziendale che vede coinvolti i Ser.T. di tutta la Provincia, l'Ufficio Qualità Aziendale e l'Osservatorio delle Dipendenze Patologiche Aziendale.

5) Tossicodipendenza: strategica e prioritaria dei servizi del Distretto Sud Est resta la ricerca territoriale mirata al Comune di **Goro** sulla quale c'è l'adesione e coinvolgimento di tutti i Comuni al fine di conoscere e meglio comprendere gli anomali tassi di prevalenza e incidenza. È il proseguimento dell'obiettivo già presente nell'anno 2004. La sua valenza è distrettuale e i servizi coinvolti in rete sono, oltre al Ser.T., il Comune di Goro con tutte le sue principali istituzioni, il Servizio Sociale e il servizio di Salute Mentale di Codigoro, la Scuola Media Inferiore, i medici di medicina generale, le istituzioni culturali e produttive, il Comando dei Carabinieri di zona.

TABELLA RIASSUNTIVA OBIETTIVI 2005

| Numero obiettivo | Titolo | Tipo di obiettivo |
|------------------|--|--|
| 1 | Prevenzione del consumo di alcol nelle scuole e autoscuole. | Trasversale e inserito nei Piani Per la Salute |
| 2 | Ai Lidi con il Camper: gli obiettivi strategici per il 2005 restano la prevenzione del consumo di sostanze alcoliche tra la popolazione giovanile. | distrettuale |
| 3 | Tabagismo: prioritario e trasversale a tutti i Centri Antifumo aziendali è l'obiettivo di informazione e sensibilizzazione nei luoghi di lavoro: informare e sensibilizzare sia le Direzioni sia i dipendenti sui Centri Antifumo e su possibili accordi che agevolino l'accesso ai corsi. Sul versante della prevenzione primaria, nella scuola proseguiranno gli interventi su richiesta da parte delle scuole come previsto dai Piani per la salute. Sul versante della prevenzione secondaria si prosegue con l'intervento, in collaborazione con il Servizio Salute Donna, all'interno dei corsi di preparazione pre-parto per le donne in stato di gravidanza. | trasversale e inserito nei Piani per la Salute |
| 4 | Accreditamento-Sistema Qualità. | Trasversale |
| 5 | Tossicodipendenza: strategico e prioritario dei servizi del Distretto Sud Est permane la ricerca territoriale mirata al Comune di Goro, sulla quale c'è l'adesione e coinvolgimento di tutti i Comuni al fine di conoscere e meglio comprendere gli anomali tassi di prevalenza e incidenza. | distrettuale |

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 fra Azienda USL e Comuni.

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

Finalità del Servizio

Le principali finalità degli interventi sanitari e socio-sanitari integrati rivolti alla popolazione anziana sono:

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

Popolazione target

Distretto Sud Est

| | |
|---------------------|----------------|
| > 65 anni | 25.362 (24,9%) |
| > 75 anni | 11.779 (11,6%) |
| indice di vecchiaia | 257,3% |

Area di Portomaggiore

(comprendente i Comuni di Argenta, Ostellato, Portomaggiore)

| | |
|---------------------|----------------|
| > 65 anni | 11.185 (13,5%) |
| > 75 anni | 5.512 |
| indice di vecchiaia | 291,3% |

Area di Codigoro

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

| | |
|---------------------|----------------|
| > 65 anni | 14.177 (23,2%) |
| > 75 anni | 6.267 (10,3%) |
| indice di vecchiaia | 235,6% |

Ambiti di attività e sedi di erogazione:

Sono state mantenute tutte le sedi, le tipologie e le modalità di erogazione dei servizi descritti nel PAT 2004. Inoltre sono stati attivati 2 nuovi servizi presso il Modello Organizzativo Anziani di Portomaggiore (ex-ospedale), nell'ambito dell'attività del Centro delegato Unità Valutativa Alzheimer (U.V.A.):

- 1) un punto di **counseling**: aperto il lunedì dalle 9 alle 13, dedicato ai *care giver* di anziani con demenza, con accesso libero senza prenotazione, per le problematiche sanitarie e psicologiche, problemi assistenziali che richiedono urgente risoluzione, controlli brevi dei pazienti. Il personale coinvolto è costituito dai medici geriatri e dai 2 infermieri del Modello Organizzativo Anziani. L'attivazione è avvenuta a gennaio 2004.
- 2) **Attività di approfondimento diagnostico (con valutazione neuro-psicologica)** di pazienti afferiti all'ambulatorio U.V.A. e sostegno psicologico ai *care giver*, è aperto il lunedì, mattino e pomeriggio, con appuntamenti erogati dall'ambulatorio U.V.A. L'attività è fornita da una psicologa ed è iniziata a settembre 2004.

Interazioni

- Con il Servizio delle Attività Socio-Sanitarie Integrate (ex SAA) per:
 - a- erogazione dell'assegno di cura;
 - b- coordinamento sanitario delle strutture, per la verifica dell'applicazione delle convenzioni e supporto nel governo clinico;
 - c- sostegno ai familiari e addestramento all'assistenza al domicilio.
- Con il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata per:
 - a- erogazione di prestazioni specialistiche geriatriche domiciliari;
 - b- erogazione di assegni di cura a pazienti in fase critica;
 - c- prescrizione appropriata di presidi-ausili.
- Con i Presidi ospedalieri di Argenta, Comacchio e Lagosanto per le dimissioni protette.
- Con l'UVA dell'Azienda Ospedaliera per il progetto Demenze per la diagnosi e il trattamento della malattia di Alzheimer.
- Con l'Unità Operativa per Acuti di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera per la cogestione di casi di particolare impegno clinico, nonché per la collaborazione tecnico-scientifica.
- Con l'Ufficio Formazione Aziendale per la formazione di tutte le figure professionali coinvolte nell'attività del Servizio.

| Attività specialistica e valutativa geriatrica | | | | | | |
|--|----------|---------|---------------|------|-------------------|-------|
| | Codigoro | | Portomaggiore | | Distretto Sud Est | |
| | 2003 | 2004 | 2003 | 2004 | 2003 | 2004 |
| Consulenza geriatrica ambulatoriale + domiciliare + strutture protette | 478 | 280 | 581 | 444 | 1.059 | 724 |
| Prescrizione ausili - protesica | (1) | 53 | 128 | 124 | 128 | 177 |
| Consulenza specialistica c/o ambulatorio demenze (UVA) | (2) | (2) | 314 | 470 | 314 | 470 |
| Totale prestazioni specialistiche | 478 | 333 (3) | 1023 | 1038 | 1.501 | 1.371 |
| Valutazioni UVG | 608 | 462 (3) | 432 | 424 | 1.040 | 886 |

(1) Incluse nelle consulenze geriatriche.

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

(3) La riduzione delle prestazioni ambulatoriali e delle valutazioni UVG nella zona di Codigoro nel 2004 deriva da un miglior definizione dei casi da valutare e da maggior appropriatezza dell'utilizzo dell'ambulatorio geriatrico.

| Dati di attività Strutture Protette e Centri Diurni Convenzionati 2004 | | | | | | |
|--|--------------------|--------------|-----------------------|------------|-------------------|--------------|
| | Zona Codigoro | | Zona di Portomaggiore | | Distretto Sud Est | |
| | Strutture Protette | 5 | 5 | 5 | 5 | 10 |
| Posti letto | 154 | 154 | 170 | 170* | 324 | 324 |
| Ospiti totali | 184 | 134 | 212 | 211 | 396 | 345 |
| Nuovi ingressi | 30 | 50 | 44 | 41 | 74 | 91 |
| Ospiti dimessi | 3 | 4 | 0 | 2 | 3 | 6 |
| Ospiti deceduti | 27 | 46 | 42 | 40 | 69 | 86 |
| Totale giorni degenza | 55.058 | 54.930 | 60.957 | 61.348 | 116.015 | 116.378 |
| Centri Diurni | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Posti | 10 | 10 | 10 | 10 | 20 | 20 |
| Nuovi ingressi | 8 | 6 | 5 | 10 | 13 | 16 |
| Totale giorni di presenza | 2.644 | 2.648 | 501 | 724 | 3.145 | 3.372 |

* Da maggio 2005 è prevista l'attivazione di ulteriori posti di Casa Protetta Convenzionata:

- 22 per la zona sociale di Portomaggiore

- 14 per la zona sociale di Codigoro

- mentre i 13 posti già occupati da cittadini di Voghiera andranno a esaurimento.

Si rileva basso utilizzo del Centro Diurno della Casa Accoglienza Don Minzoni, nonostante il numero di proposte di inserimento in centro diurno formulate dall'UVG sia in linea con quello della zona di Codigoro.

| Dati di attività Residenze Sanitarie Assistenziali | | | | | | |
|---|----------------------|-------------|-----------------|-------------|--------------------------|-------------|
| | Portomaggiore | | Codigoro | | Distretto Sud Est | |
| | 2003 | 2004 | 2003 | 2004 | 2003 | 2004 |
| Posti letto effettivi/attivati | 40 (*) | 40 | 30 (°) | 30 | 70 | 70 |
| Nuovi ingressi | 99 | 91 | 118 | 105 | 217 | 196 |
| Totale giornate di degenza | 14.211 | 14.368 | 10.431 | 10.632 | 24.642 | 25.000 |
| Pazienti totali | 134 | 131 | 148 | 134 | 282 | 265 |
| Pazienti dimessi | 83 | 84 | 97 | 87 | 180 | 171 |
| Pazienti deceduti | 11 | 7 | 23 | 17 | 34 | 24 |
| Indice di occupazione posto letto | 97.3 % | 98.2 % | 95.3 % | 96.8 % | 96.3 % | 97.5 % |

(*) 40 di cui 9 e (°) 30 di cui 2 occupati per ricovero definitivo da utenti con grave handicap psichico. Il turnover pertanto è relativo all'effettiva disponibilità complessiva di 59 posti letto per ricoveri temporanei di utenti anziani.

La riduzione del numero di ricoveri in Residenze Sanitarie Assistenziali Portomaggiore nel 2004 ha visto quali cause principali le lunghe lista di attesa e il bassissimo numero di nuovi ingressi nelle Strutture Protette di Portomaggiore. Alcuni ospiti, con gravi problematiche socio-sanitarie e senza soluzioni assistenziali alternative, sono pertanto stati ricoverati in Residenze Sanitarie Assistenziali per un periodo più prolungato.

| Assegni di cura | | |
|---------------------------------|--|--|
| COMUNI | Utenti con Assenso di Cura 2003 | Utenti con Assenso di Cura 2004 |
| Codigoro | 85 | 91 |
| Comacchio | 67 | 61 |
| Goro | 19 | 13 |
| Lagosanto | 26 | 30 |
| Massafiscaglia | 35 | 32 |
| Mesola | 39 | 44 |
| Migliarino | 12 | 18 |
| Migliaro | 10 | 14 |
| Totale Zona Codigoro | 293 | 303 |
| Portomaggiore | 73 | 79 |
| Voghiera | 15 | 15 |
| Argenta | 94 | 94 |
| Ostellato | 10 | 10 |
| Tot. Zona Portomaggiore | 192 | 202 |
| Totale Distretto Sud-Est | 485 | 505 |

Una criticità nell'erogazione dell'assegno di cura continua a essere rappresentata dai tempi di attesa che intercorrono fra il primo approccio della famiglia con il Servizio e la valutazione dell'UVG: il servizio si è sempre avvalso di una sola Assistente Sociale per zona, con doppio ruolo di Responsabile del caso e componente dell'UVG. Solo da ottobre 2004 la zona di Codigoro si avvale di 12 ore settimanali di una Assistente Sociale del Comune di Codigoro.

Considerazioni sui risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005

Gli obiettivi 2004 erano tutti rivolti a favorire la continuità di cura e il sostegno a chi assiste, e in gran parte inseriti nei Piani per la Salute 2003-2005:

- **Sostegno psicologico, formazione e addestramento all'assistenza dei familiari (care giver)** di pazienti severamente disabili e/o affetti da demenza e in dimissione dalla Residenze Sanitarie Assistenziali, con particolare riguardo ai disturbi comportamentali correlati alla demenza, all'assistenza sanitaria necessaria al domicilio, all'inserimento in servizi per anziani di supporto alla domiciliarità.

A questo obiettivo in particolare, ma anche agli altri successivamente citati, si sono associate nel corso dell'anno molteplici e corpose azioni che hanno visto la cooperazione del Modello Organizzativo Anziani - Residenze Sanitarie Assistenziali, del Servizio Sociale dell'area di Portomaggiore, dei 4 Comuni, delle associazioni di volontariato, dei sindacati dei pensionati.

Infatti, parallelamente all'attività riguardante gli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali e i loro familiari, il Servizio Anziani è stato coinvolto dal Servizio Sociale nel progetto **Qualificazione del lavoro di cura domiciliare** a favore della popolazione e soprattutto delle famiglie con un anziano con demenza e/o grave disabilità (si veda "Interazioni" Programma Attività Territoriali 2004).

- Da Incontri e confronti con Assessori dei Comuni, rappresentanti degli Operatori socio sanitari, dei pensionati e delle associazioni di volontariato per la presentazione degli obiettivi, è emersa la volontà di condividere, costruire e promuovere una **guida completa ai servizi per Anziani**, illustrante i servizi socio-sanitari, sanitari, sociali e comunali. Gli obiettivi relativi ai care giver e ai Piani per la Salute, la guida ai servizi e relazioni informative sanitarie su tematiche geriatriche sono poi stati presentati dalle Responsabili del Modello Organizzativo Anziani e del Servizio Sociale alla popolazione di tutti i Comuni, in 3 incontri tenutisi a Portomaggiore (dedicato anche a Voghiera), ad Argenta e a Ostellato. Nell'autunno la guida, prodotta in 11.000 copie, è stata spedita al domicilio di tutti gli ultrasessantacinquenni dai Comuni coinvolti.
- Formazione e sostegno al care giver sono stati rivolti a un **gruppo di 10 familiari** di anziani affetti da demenza, nel corso di 8 incontri. Gli incontri sono stati condotti da operatori del Modello Organizzativo anziani (infermiera e assistente sociale) e da un geriatra dell'Azienda USL formati nel 2004 dalla Fondazione Zancan nell'ambito di uno dei sottoprogetti dei Piani per lo Sviluppo e da una sociologa esperta. La partecipazione è stata costante e attiva; i familiari coinvolti hanno espresso elevato gradimento e coinvolgimento.

- Parallelamente al corso per familiari, è stato organizzato **un corso rivolto alle assistenti familiari** (“badanti”), di formazione e addestramento per migliorare la qualità delle cure domiciliari; l’ampia adesione (48 partecipanti) ha reso necessarie due edizioni del corso. I cinque incontri di ciascun corso sono stati tenuti dall’infermiera del Modulo Operativo Anziani, dalle Assistenti di Base del Servizio Sociale, da una sociologa esperta. Sono state inoltre effettuate 5 **consulenze assistenziali domiciliari** per l’addestramento o il perfezionamento nella mobilitazione di anziani disabili gravi.
- **L’attività di counseling** ai familiari di utenti in carico all’ambulatorio U.V.A. (con particolare riguardo ai disturbi del comportamento ad alto impatto in chi assiste, al corretto utilizzo dei farmaci specifici e antipsicotici) è stata ampiamente utilizzata: da gennaio a dicembre 2004 hanno fruito della consulenza 163 familiari, in 313 incontri diretti e 41 consulenze telefoniche. Da settembre a dicembre la psicologa ha effettuato 21 colloqui a pazienti e care giver.
- **L’attività dell’ambulatorio dedicato alle demenze (U.V.A.)** ha visto un incremento del 49,7% dell’attività rispetto al 2003, per l’erogazione di 470 prestazioni ambulatoriali (+156). A ciò vanno aggiunte le prestazioni specialistiche geriatriche, sia ambulatoriali che domiciliari (ADI) o in Strutture Protette, per un totale di 1.018 visite.
- **I ricoveri di sollievo**, in posti dedicati nelle due Residenze Sanitarie Assistenziali distrettuali, non si sono potuti effettuare nel 2004 secondo le modalità previste nel progetto dei Piani per la Salute, essendo stati deliberati solo a fine anno. Le due UVG hanno comunque sostenuto famiglie con necessità di sollievo, accogliendo o formulando proposte di ricovero breve in Residenze Sanitarie Assistenziali. I ricoveri di sollievo sono stati 15 a Codigoro, per un totale di 544 giorni di degenza, e **18 a Portomaggiore**, per un totale di 668 giorni di degenza.
- **La prescrizione appropriata di farmaci per il trattamento della malattia di Alzheimer e dei correlati disturbi del comportamento**, con la formulazione del piano terapeutico e la distribuzione diretta dei farmaci, sia a pazienti ambulatoriali che ospiti di Case Protette, ha visto la stesura di 405 piani terapeutici e la distribuzione diretta dei farmaci a tutti i pazienti in carico.

Per tutti i pazienti dimessi al domicilio dalle Residenze Sanitarie Assistenziali di Portomaggiore (47), è stata garantita la continuità terapeutica, con **la consegna alla dimissione della terapia farmacologia domiciliare** per un mese circa.

Criticità e azioni di miglioramento

Punti di forza:

- opportunità di stretta collaborazione con i Comuni, gli operatori socio sanitari, i pensionati e associazioni di volontariato per una diffusione capillare alla popolazione ultrasessantacinquenne della zona sociale di Portomaggiore di una guida completa ai servizi per anziani;
- attuazione di una prima serie di incontri con un gruppo di care giver di anziani con demenza per formazione e sostegno;
- opportunità di emersione del fenomeno “assistenti familiari private straniere” e miglioramento della qualità del loro lavoro, con consulenze per addestramento-perfe-

zionamento al domicilio;

- marcato incremento dell'affluenza all'ambulatorio dedicato alle demenze (+49,7%), con conseguente aumento sia dei casi trattati che dei casi che hanno approcciato i servizi per anziani;
- elevato numero di care giver che hanno potuto usufruire del punto di counseling per le più varie problematiche legate alla gestione dell'anziano con demenza, in particolare per quelle a elevato impatto sul nucleo familiare, come i disturbi del comportamento e la perdita dell'autonomia funzionale;
- collaborazione con il Centro Esperto U.V.A. Geriatria dell'Azienda Ospedaliera per l'approfondimento diagnostico e la co-gestione dei casi di maggior complessità clinica;
- appropriatezza della prescrizione farmacologica e controllo dei costi sia attraverso la formulazione dei piani terapeutici, che attraverso l'erogazione diretta dei farmaci (ambulatoriale e in dimissione da Residenze Sanitarie Assistenziali).

Elementi di criticità:

- numero relativamente basso di care giver addestrati per pazienti dimessi dalla Residenze Sanitarie Assistenziali, in parte conseguente al turnover lievemente ridotto rispetto all'anno precedente (si vedano note in calce alla tabella riferita all'attività delle Residenze Sanitarie Assistenziali);
- per la tardiva attivazione (settembre 2005) delle consulenze psicologiche da parte di una figura professionale esperta (psicologa), si registra basso numero di prese in carico di care giver con problematiche psicologiche secondarie alla presenza di familiare anziano con demenza;
- difficoltà a raggiungere elevato numero di care giver disposti a frequentare incontri di formazione e sostegno.

Prospettive:

- prosecuzione delle iniziative di formazione e sostegno dei care giver con aumento del numero dei partecipanti;
- incremento del numero di casi dimessi dalla Residenze Sanitarie Assistenziali dopo l'addestramento e il sostegno del care giver;
- piena attivazione dei ricoveri di sollievo secondo le modalità previste da relativa delibera di fine 2004.

Obiettivi 2005

Gli obiettivi legati ai Piani per la Salute (triennio 2003-2005) sono perseguiti anche nell'anno in corso. Pertanto, particolare attenzione continuerà a essere posta a:

- 1) Continuità di cura: sostegno e formazione al care giver di anziani con demenza e/o grave disabilità e ricoveri di sollievo. Sostegno, formazione e addestramento del care giver di ospiti in Residenze Sanitarie Assistenziali in dimissione al domicilio e counseling presso l'ambulatorio UVA.**

Nell'ambito dell'attività ambulatoriale (perciò sia nell'ambulatorio del Centro delega-

to U.V.A. che nell'ambulatorio geriatrico) e nell'ambito dell'attività UVG e dell'assistenza sociale, coloro che si prendono cura di anziani con demenza e/o grave disabilità (in particolare coloro che vivono situazioni di elevato stress o di bisogno educativo legato alla presenza di disturbi del comportamento del paziente) verranno indirizzati alle articolazioni del servizio destinate al sostegno e alla formazione e supportati dalle molteplici figure professionali coinvolte, anche attraverso cicli strutturati di incontri per gruppi.

- 2) Prescrizione appropriata e distribuzione diretta di inibitori dell'acetilcolinesterasi a pazienti affetti da demenza presso l'ambulatorio delegato UVA di Portomaggiore:** farmaci specifici per la demenza di Alzheimer prescritti ed erogati dall'ambulatorio U.V.A., continueranno a essere elemento che favorisce la continuità di cura, permettendo il diretto monitoraggio dell'efficacia terapeutica, il mantenimento dello stretto rapporto fra servizio, utente e familiare, nonché il controllo della spesa.
- 3) Fruizione dell'ambulatorio ecodoppler e cardiologico di Portomaggiore da parte di utenti del Centro delegato UVA e di ospiti della Residenze Sanitarie Assistenziali,** con riduzione dei tempi di attesa per la diagnosi per entrambe le tipologie di pazienti e una riduzione della spesa per i trasporti verso l'Ospedale di Argenta per i secondi.
- 4) Appropriata prescrizione di presidi e ausili a pazienti in dimissione al domicilio dalla Residenze Sanitarie Assistenziali o in carico per assegno di cura:** finalizzata sia alla tempestività che al monitoraggio dell'erogazione, in stretta collaborazione con gli specifici referenti dell'Unità Operativa Cure Primarie.

TABELLA RIASSUNTIVA OBIETTIVI 2005

| Numero obiettivo | Titolo | Tipo di obiettivo |
|------------------|--|--|
| 1 | Continuità di cura: sostegno e formazione al care giver di anziani con demenza e/o grave disabilità e ricoveri di sollievo. Sostegno, formazione e addestramento del care giver di ospiti in Residenze Sanitarie Assistenziali in dimissione al domicilio e counseling presso l'ambulatorio UVA. | Trasversale e inserito nei Piani per la Salute |
| 2 | Prescrizione appropriata e distribuzione diretta di inibitori dell'acetilcolinesterasi a pazienti affetti da demenza presso l'ambulatorio delegato UVA di Portomaggiore. | Distrettuale |
| 3 | Fruizione dell'ambulatorio ecodoppler e cardiologico di Portomaggiore da parte degli utenti del Centro delegato UVA e degli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali. | Distrettuale |
| 4 | Appropriatezza prescrittiva di presidi e ausili a pazienti in dimissione al domicilio dalle Residenze Sanitarie Assistenziali o in carico per assegno di cura. | Trasversale |

5.1.10. I Disabili Adulti

La programmazione in Area Disabili sta continuando anche per l'anno 2005 attraverso il Gruppo Provinciale per l'integrazione socio-sanitaria in Area Disabili.

In particolare, sono state individuate quattro aree tematiche di approfondimento e quattro relativi gruppi tecnici di lavoro che stanno ultimando l'attività.

Le tematiche presidiate sono relative a:

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

Dati attività:

| aree del distretto | Sedute | | Valutazioni | | Verifiche | | Verifiche | | Inseriti | | Utenti | | Casi valutati | |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|--------------|-------------------|--------------|------------------------|--------------|
| | UVAR | | totali | | Anno | | nuovi casi | | diurno/ residenza | | dimessi diurno | | per assegno di cura | |
| Sud Est | Anno 2003 | Anno 2004 | Anno 2003 | Anno 2004 | Anno 2003 | Anno 2004 | Anno 2003 | Anno 2004 | Anno 2003 | Anno 2004 | Anno 2003 | Anno 2004 | Anno 2003 | Anno 2004 |
| Codigoro | 29 | 24 | 51 | 47 | 26 | 59 | 25 | 19 | 2+1 | 2+0 | 1 | 1 | 23 | 31 |
| Portomaggiore | 35 | 18 | 32 | 32 | 23 | 15 | 12 | 6 | 1+1 | 1+0 | 1 | 1 | 14 | 8 |

| Distretto di Codigoro | 2003 | | 2004 | |
|--|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| | Il Faro Resid. | Il Faro SemiResid. | Il Faro Resid. | Il Faro SemiResid. |
| Posti Convenzionati | 6 | 20 | 6 | 20 |
| Numero Posti effettivamente utilizzati | 6 | 22 | 5 | 20 |
| Giorni di apertura dichiarate | 365 | 239 | 366 | 239 |
| Giorni teoriche (n. Posti * giorni apertura media =365giorni res; 240 semi-res) | 2190 | 4800 | 2196 | 4800 |
| Giorni apertura dichiarate (n. Frequentanti * giorni apertura) | 2190 | 5338 | 1830 | 4780 |
| Giorni presenza | 1557 | 3968 | 1715 | 4148 |
| Giorni assenza | 178 | 705 | 115 | 793 |
| Assenze/presenze | 11,44% | 17,77% | 6,71% | 19,12% |
| Giorni pres. Eff./giorni teoriche(=365 res.; 240 semi-res.) | 71,10% | 82,67% | 78,10% | 86,42% |
| Giorni pres. Effettive./giorni apertura dichiarate | 71,10% | 74,34% | 93,72% | 86,78% |

| Distretto di Portomaggiore Centri Semi Residenziale "Le rose" | | |
|---|------------------|------------------|
| | Anno 2003 | Anno 2004 |
| Posti Convenzionati | 14 | 14 |
| Numero frequentanti | 14 | 14 |
| Giorni teoriche(n. Posti * giorni apertura media =240 giorni) | 3360 | 3360 |
| Giorni apertura dichiarate (n. Frequentanti * giorni apertura) = 233 | 3262 | 3318 |
| Giorni presenza | 3053 | 3031 |
| Giorni assenza | 199 | 241 |
| Assenze/presenze | 6,52% | 7,95% |
| Giorni di presenza effettive/giorni teoriche(=240) | 90,86% | 90,21% |
| Giorni di presenza effettive/giorni apertura dichiarate | 93,59% | 91,35% |

Criticità

Si rileva che la costituzione di un Gruppo Tecnico Aziendale per la verifica dell'appropriatezza dei servizi resi nei Centri Socio-Riabilitativi Diurni e Residenziali a gestione diretta dell'Azienda USL e convenzionati non è stato, per quanto attiene al territorio distrettuale, ancora attivato.

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

5.1.11. Il Servizio Sociale nelle zone di Portomaggiore e Codigoro

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

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

Finalità del Servizio

- Promuovere il benessere della persona, in particolare prevenire o rimuovere le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da limitazioni personali e sociali, da condizioni di non autosufficienza, da difficoltà economiche.
- Rispettare la dignità della persona, con particolare attenzione alla globalità del bisogno dell'individuo anche attraverso un approccio multidimensionale soprattutto nelle aree a forte valenza socio-sanitaria, tramite progetti personalizzati, diversificati e flessibili.
- Favorire l'universalità di accesso ai servizi anche tramite l'informazione e l'orientamento al cittadino.

Il Servizio Sociale svolge le proprie funzioni in tre aree:

- **Minori/genitorialità;**
- **Adulti/disabili;**
- **Anziani.**

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

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

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

- tutela, integrazione e assistenza a persone adulte (19-64 anni) che presentino una

condizione di disabilità e/o di disagio sociale;

- sostegno alla domiciliarità attraverso azioni di aiuto ai care giver anche tramite l'erogazione dell'assegno di cura e sostegno e ricoveri di sollievo;
- favorire il recupero delle persone escluse e/o a rischio di esclusione sociale.

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

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

| Confronto dati di Attività del servizio anni 2003-2004 | | | | |
|--|----------------------|------------------|------------------|------------------|
| | Portomaggiore | | Codigoro | |
| Attività svolte | Anno 2003 | Anno 2004 | Anno 2003 | Anno 2004 |
| Area minori/genitorialità | | | | |
| Numero di minori in carico | 294 | 292 | 217 | 288 |
| Di cui stranieri | 101 | 85 | 29 | 55 |
| Numero di nuclei familiari seguiti | 211 | 216 | 154 | 215 |
| Di cui numero minori in affidamento familiare | 5 | 6 | 9 | 8 |
| Di cui numero minori che hanno subito abusi | 9 | 8 | 6 | 3 |
| Numero di istruttorie per adozioni nazionali e internazionali | 4 | 2 | 1 | 1 |
| Di cui numero minori in strutture residenziali | 13 | 20 | 17 | 23 |
| Area Adulti/Disabili | | | | |
| Numero di utenti in carico | 88 | 98 | 96 | 104 |
| Numero di utenti per inserimenti lavorativi protetti | 13 | 23 | 21 | 22 |
| Numero di utenti per inserimenti in strutture residenziali | 7 | 7 | 12+1 emergenza | 12+2 |
| emergenza | | | | |
| Numero di utenti per inserimenti in Centri Diurni | 14 + 1 | | | |
| minore | 14+1 | | | |
| minore | 27 (CSR) | 25 | | |
| Numero di utenti con assegno di cura e sostegno | 14 | 18 | 23 | 30 |
| Numero di utenti seguiti dal Servizio Assistenza Domiciliare | 15 | 19 | 16 | 8 |
| Numero di utenti seguiti dal Sostegno alla Persona. | 0 | 0 | 11 | 10 |
| Area Adulti in situazione di disagio | | | | |
| Numero di utenti in carico di cui: | 37 | 32 | 87 | 93 |
| Numero di utenti per inserimenti lavorativi protetti | 6 | 12 | 83 | 77 |
| Numero di sussidi economici per ex detenuti | 0 | 0 | 5 | 2 |
| Numero di utenti collocati in struttura | 0 | 0 | 1 | 10 |
| Numero di ex detenuti collocati in struttura | 0 | 0 | 2 | 8 |
| Numero di utenti seguiti dal Servizio Assistenza Domiciliare | 1 | 0 | 4 | 13 |
| Numero di utenti per segretariato sociale | 21 | 7 | 1 | 8 |
| Area anziani | | | | |
| Numero di utenti in carico al Servizio Assistenza Domiciliare di cui | 186 | 191 | 169 | 159 |
| Numero di prestazioni Servizio Assistenza Domiciliare | 21.884 | 21.889 | 19.588 | 18.100 |
| Numero di utenti seguiti con pasto domiciliare | 83 | 87 | 57 | 40 |
| Numero di utenti che usufruiscono della lavanderia | 21 | 29 | 5 | 5 |
| Numero di utenti seguiti con Telesoccorso | 15 | 13 | 0 | 0 |
| Numero di utenti beneficiari di trasporto | 0 | | 22 | 28 |
| Numero di utenti con assegno di cura | 192 | 202 | 293 | 303 |

Considerazioni sui risultati 2004, aree di miglioramento e obiettivi 2005**MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALE DELEGATA DAI COMUNI**

Sono realizzate le seguenti azioni:

1. predisposizione di una convenzione fra l'Azienda USL e i Comuni del Distretto Sud Est per la gestione integrata delle funzioni socio-assistenziali, approvata con Delibera del Direttore Generale n. 365 dell'11/05/2004;
2. Realizzazione di incontri con i Comuni del Distretto Sud Est suddivisi per le due zone sociali per la preparazione del Bilancio Preventivo gestione sociale anno 2004, a cui hanno fatto seguito relativi verbali inviati ai Sindaci e Assessori ai Servizi Sociali e Coordinatore del Servizio Sociale;
3. Predisposizione del Bilancio Sociale 2004 e relazione di accompagnamento inviata ai Comuni del Distretto, da cui si evincono i livelli essenziali, le risorse umane ed economiche;
4. Realizzazione di riunioni con i Comuni per la verifica dell'andamento dell'attività delegata e report dei primi sei mesi anno 2004.

Iniziative per favorire la domiciliarità di persone anziane e/o disabili attraverso una equa compartecipazione al costo dei servizi.

Sono realizzate le seguenti azioni:

1. incontri interni al Servizio, per la predisposizione di un nuovo regolamento del Servizio Assistenza Domiciliare;
2. raccolta di attestazione ISEE agli utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare e dei servizi collaterali.

Implementazione interventi di integrazione sociale in area disabili con soggetti del territorio**Zona sociale di Portomaggiore**

Sono stati realizzati 83 incontri con persone della rete dei servizi per la realizzazione dei seguenti sottoprogetti:

- Progetto Riciclabili;
- Progetto Parchi Puliti;
- Progetto Modulo H;
- Progetto legge 68;
- Progetto Gruppo Multidisciplinare;
- Progetto Gruppi Famiglie;
- Progetto Città del Ragazzo;

Numero di utenti complessivamente coinvolti nei progetti: 50.

Zona Codigoro

In particolare sono stati avviati:

1. Attività di "Velaterapia" in collaborazione con il Comune di Codigoro e il Circolo Nautico di Codigoro nel periodo da giugno a settembre 2004, che ha visto la parte-

- cipazione, per 6 giornate, di 2 persone disabili e di utenti del progetto S.A.P. (Servizio di Aiuto alla Persona, di cui alla legge regionale 29/97), gestito dalla Coop. Sociale "Girogirotondo" di Volania (FE), nonché di 3 persone disabili del Centro Semi-Residenziale di S. Martino di Ferrara per 3 giornate e di 4 persone disabili del Centro Semi-Residenziale Il Faro di Codigoro per 8 giornate;
2. Presso il Consorzio Provinciale Formazione di Codigoro, il progetto di ortoflorovivai-sta denominato Rainbow, che ha visto la partecipazione di 7 persone disabili del Centro Semi-Residenziale Il Faro di Codigoro da gennaio ad aprile 2004 per 5 giorni la settimana;
 3. Un gruppo di auto-mutuo-aiuto per genitori di bambini disabili in collaborazione con il Comune di Massafiscaglia, il Gruppo auto-aiuto Lo specchio di Ferrara e il Centro Servizi Volontariato (C.S.V.) di Ferrara.

Sensibilizzazione del miglioramento metodologico e procedurale in ambito provinciale in tema di tutela dei minori

La strategia utilizzata è stata quella di lavorare e individuare i percorsi a livello provinciale in appositi "tavoli tematici" coordinati dall'Amministrazione Provinciale al fine di omogeneizzare gli approcci metodologici e procedurali.

In particolare, si è lavorato ai seguenti progetti:

- Contrasto alle forme di abuso e maltrattamento in danno ai minori;
- Promozione/estensione e qualificazione dell'affido familiare;
- L'adozione nazionale e internazionale.

Favorire l'accesso del cittadino alla rete di servizi

Il Servizio Sociale ha provveduto alla realizzazione del progetto collaborando con i funzionari dei Comuni che svolgono attività di "Sportelli Sociali o P.U.A. Punti unitari di Accesso" al fine di trovare strategie metodologiche e operative per un corretto filtro e invio dei cittadini ai servizi destinate alla presa in carico.

In particolare si è inoltre operato per l'Area Anziani, dove è stato possibile realizzare progetti specifici ("Qualificazione del lavoro di cura domiciliare") con finanziamenti regionali integrati con un progetto dei Piani per la Salute. Si sono tenuti numerosi incontri con i funzionari dei Comuni, le associazioni di volontariato, i sindacati pensionati, i medici di medicina generale; inoltre sono state realizzate iniziative pubbliche con la cittadinanza nei vari Comuni per dare informazioni sulla rete dei servizi per le persone anziane.

È stata predisposta per la zona di Portomaggiore, così come già era stato fatto nel 2003 per Codigoro, una guida informativa per i cittadini anziani che è stata inviata a tutte le persone ultrasessantacinquenni.

Si continuano gli incontri tra i funzionari degli undici Comuni del Distretto e i referenti delle due zone sociali della Azienda USL per la realizzazione del progetto **Sperimentazione dello sportello sociale**.

Criticità

Nell'anno 2005 andrà maggiormente presidiata **l'area minori/famiglie**, che appare la più critica per un malessere diffuso delle famiglie che purtroppo si esplica sempre più spesso in situazione di pregiudizio, di disagio e/o di maltrattamento/abuso nei confronti di minori, e che il Servizio Sociale rileva in termini di incremento dei ricoveri dei minori in Comunità Educative e conseguentemente in un aumento considerevole degli oneri derivanti dal pagamento delle rette. È da segnalare inoltre che la legge 149/01 impone entro l'anno 2006 la chiusura degli istituti per minori, pertanto nei nostri territori le strutture si sono già attivate per una riconversione in comunità adeguando i parametri, aumentando la qualità educativa/assistenziale e il conseguente costo delle rette. È da segnalare che nella zona sociale di Portomaggiore si è verificata una diminuzione delle ore di Assistente Sociale area minori per gravidanza non sostituita e la riduzione delle ore per permessi per cariche elettive per almeno ventiquattro ore mensili e per partecipazione al Gruppo Sovradistrettuale sull'Affido per dieci ore mensili nell'anno 2004.

A tal fine è necessario operare su più fronti, attraverso:

- interventi di informazione e sensibilizzazione diffusa alla cultura dell'infanzia e dell'adolescenza (prevenzione primaria);
- formazione e supervisione degli operatori addetti alla presa in carico, anche tramite una formazione anche integrata tra servizi sociali, scuola, servizi sanitari, medici, ecc. per la rilevazione precoce della situazione di rischio;
- la prosecuzione del monitoraggio e della raccolta dei dati attraverso il sistema informativo SISA per conoscere precisamente il fenomeno del disagio nel nostro territorio e in confronto con i dati regionali;
- il coordinamento istituzionale della rete dei servizi pubblici e privati in una logica di interconnessione e di interdisciplinarietà;
- l'istituzione di servizi socio-educativi, anche attraverso i centri per le famiglie, di servizi per il sostegno della genitorialità e delle famiglie con bambini;
- il potenziamento delle risorse umane ed economiche del servizio delegato in area minori.

Per concludere: per ridurre o prevenire il disagio e/o il maltrattamento infantile è necessario un percorso lento e faticoso, che non riguarda solo il Servizio Sociale ma anche la comunità allargata, e deve essere obiettivo principale delle Amministrazioni locali operare in questa direzione per un interesse preminente della società.

Per l'area disabili si rileva, relativamente al Centro Socio Riabilitativo Diurno Il Faro, la necessità di aumentare la capacità ricettiva (da 20 posti a 25 posti), visto che attualmente non si riesce a far fronte alle richieste di inserimento avanzate dalle famiglie. Per quanto riguarda gli inserimenti lavorativi in area disabili/disagio sociale si rileva in tutto il Distretto un incremento delle attività, anche se va evidenziato che nella zona di Codigoro alcune richieste avanzate dai Comuni non sempre si connotano come risposte terapeutico/riabilitative/assistenziali, se non altro per la limitata durata nel tempo dei progetti.

Anche gli assegni di cura e sostegno ai disabili hanno visto su tutto il territorio distrettuale un aumento delle richieste e dei casi presi in carico, tuttavia data l'esiguità delle risorse assegnate dalla Regione, minori rispetto all'anno precedente, non tutte le richieste vengono soddisfatte. Per l'anno 2005 si ritiene necessario trasferire parte delle risorse dei bilanci sociali destinate all'assegno di cura per anziani in area disabili nella misura del 30%.

È emersa negli anni, con sempre più forza, la necessità di sostenere i familiari che assistono persone disabili; già nell'anno 2004 si sono attivate iniziative di mutuo-aiuto che andranno sostenute e maggiormente diffuse su tutto il territorio. Andranno programmate inoltre attività e/o servizi di ricoveri di sollievo al fine di sostenere il carico assistenziale ed emotivo dei care giver.

Per **l'area anziani** si rileva nel Distretto una rete articolata e diffusa di servizi per gli anziani, sia per quanto attiene la domiciliarità che la residenzialità.

È da evidenziare per la zona di Portomaggiore, nell'ambito del Servizio di Assistenza Domiciliare, la presenza di personale Assistenza di Base inadeguato o parzialmente idoneo allo svolgimento della mansione.

Si ritiene necessario comunque potenziare iniziative già attivate sperimentalmente nell'anno 2004 sia per il sostegno ai care giver che per la qualificazione del lavoro di cura a domicilio di assistenti familiari straniere.

Obiettivi previsti per l'anno 2005

1) Favorire la domiciliarità e il sostegno al care giver di anziani e disabili. Il progetto prevede l'attuazione del programma di iniziativa regionale Area Anziani e Disabili che fissa, come obiettivi generali, finalizzati alla diminuzione del livello di stress del care giver:

a) nell'Area Anziani:

- un maggiore utilizzo di assegni relativi al livello assistenziale più elevato (A);
- una maggiore garanzia di continuità degli interventi per i soggetti che mantengono le condizioni che hanno motivato l'intervento di sostegno economico;

b) nell'Area Disabili:

- la continuazione e l'ampliamento della sperimentazione avviata con delibera della Giunta regionale n. 1122/02 "Direttiva per la promozione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave (assegno di cura e di sostegno)".

Personale coinvolto: responsabili dei Servizi Sociali, personale sanitario (educatori professionali), tecnico (assistenti sociali) e amministrativo delle Zone Sociali di Codigoro e Portomaggiore.

2) Tavolo di coordinamento del Piano di Zona del Distretto Sud Est – Zone Sociali di Codigoro e Portomaggiore.

Questo obiettivo prevede la realizzazione di integrazione delle attività delle differenti aree di intervento con le altre politiche di settore e collegamento e coordinamento dei due Uffici di Piano sub-zonali, finalizzata al rafforzamento dell'identità delle Zone del Distretto Sud Est e della collaborazione tra i Comuni e l'Azienda USL in un'ottica di pia-

nificazione partecipata e integrata.

Personale coinvolto: responsabili dei servizi sociali, personale sanitario (educatori professionali) e amministrativo delle Zone Sociali di Codigoro e Portomaggiore.

3) Sviluppo del Sistema Informatico regionale dei Servizi Amministrativi, sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza.

L'obiettivo prevede la partecipazione a corsi di formazione per la trasformazione del Sistema Informatico dei Servizi Amministrativi in web per consentire l'autonomizzazione di ogni operatore dei Servizi Sociali del Distretto Sud Est nell'inserimento dei dati, nella loro visualizzazione e nel loro trattamento, anche in relazione al rispetto delle norme sulla privacy.

Personale coinvolto: personale tecnico (assistenti sociali) e amministrativo delle Zone Sociali di Codigoro e Portomaggiore.

4) Nuovi percorsi per la tutela dei minori.

L'obiettivo prevede:

- a) la qualificazione e sensibilizzazione dei percorsi di affidamento familiare, attraverso incontri con le famiglie e la comunità al fine di maggiore coinvolgimento e consapevolezza del problema dei minori e dell'affido;
- b) il contrasto alle forme di abuso e maltrattamento contro dei minori, mediante incontri con le persone coinvolti per l'elaborazione di protocolli d'intesa interistituzionali in materia di affido e di abuso.

Personale coinvolto: Responsabili dei Servizi Sociali, Personale Tecnico (Assistenti Sociali dell'Area Minori) e Amministrativo delle Zone Sociali di Codigoro e Portomaggiore.

5) Promozione di percorsi per favorire l'integrazione lavorativa di persone in situazione di handicap e svantaggio sociale.

Questo obiettivo prevede la progettazione e realizzazione di percorsi integrati e progettati di inserimento lavorativo di persone in situazione di particolare svantaggio sociale, attraverso incontri con soggetti interessati, per favorire una maggiore integrazione sociale e lavorativa di persone disabili e con svantaggio sociale.

Personale coinvolto: personale sanitario (educatori professionali) e amministrativo della Zona Sociale di Portomaggiore.

6) Laboratorio di formazione al teatro per operatori sociali e persone disabili.

L'obiettivo prevede la realizzazione di un gruppo di "teatranti" costituito da operatori e ospiti del Centro Socio-Riabilitativo Il Faro di Codigoro al fine di:

- a) per gli ospiti: migliorare l'autostima, svolgere attività di socializzazione al di fuori dell'ambiente protetto del Centro Socio-Riabilitativo, affinare le abilità fino-grosso motorie e stimolare le capacità di prestare attenzione e di apprendimento;
- b) per gli operatori: apprendere tecniche spendibili all'interno del Centro Socio-Riabilitativo, aumentare il grado di empatia con gli ospiti e aumento dell'autostima.

Personale coinvolto: personale sanitario (educatori professionali), personale tecnico (operatori socio sanitari e autisti) del Centro Socio-Riabilitativo Il Faro di Codigoro.

7) Applicazione della documentazione sanitaria e non, per gli ospiti del Centro Socio-Riabilitativo Il Faro di Codigoro e gestione delle emergenze cliniche.

L'obiettivo prevede l'utilizzo della cartella sanitaria mediante la compilazione delle schede per ogni ospite del Centro Socio-Riabilitativo al fine di semplificare e migliorare la lettura dei dati anamnestici sanitari di ogni singolo ospite, in particolare nelle emergenze.

Personale coinvolto: personale sanitario (educatori professionali), personale tecnico (operatori socio sanitari e autisti) del Centro Socio-Riabilitativo Il Faro di Codigoro.

8) Gestione parco macchine Centro Socio-Riabilitativo "Il Faro" e Servizio Sociale Zona socio-sanitaria di Codigoro.

L'obiettivo prevede, attraverso piccole manutenzioni, compresi i controlli periodici e pulizia interna dei mezzi, un minore ricorso a interventi presso Officina specializzata convenzionata e anche una migliore efficienza e affidabilità degli automezzi in dotazione e un migliore "aspetto" degli stessi che si traduce in una migliore immagine del Servizio.

Personale coinvolto: Personale Tecnico (Autisti) del Centro Socio-Riabilitativo "Il Faro" di Codigoro e Amministrativo del Servizio Sociale di Codigoro.

9) Sperimentazione di un laboratorio di Vela-Therapy per gli ospiti del Centro Socio-Riabilitativo "Il Faro" di Codigoro.

L'obiettivo prevede, attraverso la collaborazione di specifica organizzazione sul territorio, diverse uscite in mare con catamarano di almeno un ospite del Centro Socio-Riabilitativo Il Faro di Codigoro, per affinare le abilità fino-grosso motorie, stimolare le capacità di apprendimento, sviluppare la socializzazione al di fuori dell'ambiente protetto, migliorare l'autostima di ogni partecipante e allenare lo sviluppo di determinate sequenze temporali attraverso il rispetto delle diverse fasi di acquisizione della tecnica.

Personale coinvolto: personale sanitario (educatori professionali), personale tecnico (operatori socio sanitari e autisti) del Centro Socio-Riabilitativo Il Faro di Codigoro.

TABELLA RIASSUNTIVA OBIETTIVI 2005

| Numero obiettivo | Titolo | Tipo di obiettivo |
|------------------|--|--|
| 1 | Favorire la domiciliarità e il sostegno al caregiver di anziani e disabili. | Trasversale e inserito nei Piani per la Salute |
| 2 | Tavolo di coordinamento del Piano di Zona del Distretto Sud Est – Zone Sociali di Codigoro e Portomaggiore. | Distrettuale |
| 3 | Sviluppo del Sistema Informatico dei Servizi Amministrativi regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza. | Distrettuale |
| 4 | Nuovi percorsi per la tutela dei minori: la qualificazione e sensibilizzazione dei percorsi di affidamento familiare, il contrasto alle forme di abuso e maltrattamento in | Distrettuale |
| 5 | Promozione di percorsi per favorire l'integrazione lavorativa di persone in situazione di handicap e svantaggio sociale. | Distrettuale |
| 6 | Laboratorio di formazione al teatro per operatori sociali e persone disabili. | Distrettuale |
| 7 | Applicazione della documentazione sanitaria e non, per gli ospiti del Centro Socio-Riabilitativo Il Faro di Codigoro e gestione delle emergenze cliniche. | Distrettuale |
| 8 | Gestione parco macchine del Centro Socio-Riabilitativo Il Faro e Servizio Sociale Zona socio-sanitaria di Codigoro. | Distrettuale |
| 9 | Sperimentazione di un laboratorio di Vela-Therapy per gli ospiti del del Centro Socio-Riabilitativo Il Faro di Codigoro. | Distrettuale |

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 nel Piano di Zona 2005-2007 e la parte attuativa del Piano per il 2005.

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

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

Gli obiettivi strategici e le priorità del Piano di Zona 2005-2007

Tutela dell'infanzia e dell'adolescenza

- Facilitazione dei percorsi familiari/comunicazione e informazione alle famiglie;
- sostegno e valorizzazione delle capacità genitoriali;
- prevenzione del disagio adolescenziale tramite l'aggregazione e il counseling;
- sostegno ai minori e ai nuclei famigliari in difficoltà;
- ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili;
- integrazione degli interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

Autonomia: anziani e disabili

- Comunicazione e facilitazione dell'accesso ai servizi;
- sostegno alla domiciliarità;
- miglioramento e potenziamento dei servizi residenziali;
- inclusione tramite l'accesso ai servizi educativi, scolastici e riabilitativi (disabili);
- inclusione tramite l'avviamento al lavoro (disabili).

Inclusione sociale

- Contrasto alla povertà;
- integrazione sociale degli immigrati.

Dipendenze

- Prevenzione di tutte le forme di dipendenza;
- integrazione e reinserimento di chi ha avuto una dipendenza e degli utenti con problematicità multiple.

PROGRAMMA ATTUATIVO 2005

Infanzia e adolescenza

- Progetto adolescenti area di Portomaggiore;
- interventi domiciliari a sostegno delle famiglie;

- fondo di solidarietà per le rette di minori in struttura d'accoglienza;
- centri di aggregazione area di Codigoro;
- coordinamento degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza;
- sviluppo e qualificazione dei Centri per le famiglie:
 - 1) Comune capofila: Portomaggiore;
 - 2) Comune capofila: Lagosanto.

Giovani

- Avvio, consolidamento e qualificazione delle attività dei centri di aggregazione giovanile: aree di Codigoro e Portomaggiore.

Integrazione sociale dei cittadini stranieri

- Consolidamento e decentramento dell'attività di:
 - Centro servizi integrati per l'immigrazione;
 - rete informativa per cittadini stranieri;
 - REMEDIA: repertorio dei mediatori linguistico-culturali.

Povertà e inclusione sociale

- Indagine sul fenomeno della povertà nel Distretto Sud Est;
- costituzione di una "Unità operativa inclusione sociale";
- sperimentazione del reddito minimo di inserimento/Progetti di microreddito;
- inserimenti lavorativi/Pronta accoglienza/Banco alimenti "last-minute".

Dipendenze e utenza multiproblematica

- Ai Lidi con il camper;
- prevenzione alcol e droghe ricreative sulla popolazione scolastica e all'interno delle scuole guida;
- Il filo d'Arianna (inserimenti lavorativi e azioni di sostegno al lavoro, quale evoluzione del percorso terapeutico di disintossicazione dalle sostanze legali e illegali).

Autonomia: anziani e disabili

- Implementazione, monitoraggio e verifica dell'assegno di cura agli anziani;
- continuazione della sperimentazione dell'assegno di cura e sostegno ai cittadini in condizione di disabilità grave;
- contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico (disabili);
- coordinamento per l'integrazione lavorativa di persone disabili o con svantaggio sociale.

Altri progetti a carattere trasversale tra le aree e i settori di intervento e su Bandi di Provincia e Regione

- Providenze economiche agli invalidi civili;
- stabilizzazione dell'attività dell'Ufficio di Piano;
- riqualificazione del personale OTA/ADB;
- sostegno all'estensione, sperimentazione, gestione, qualificazione di servizi educa-

- tivi per la prima infanzia;
- adozione nazionale e internazionale;
- affidamento familiare e in comunità;
- protocollo d'intesa tra Comuni, Azienda USL, Provincia, Associazione Famiglie affidatarie (dicembre 2004);
- sostegno alle politiche di tutela dei minori (abuso e maltrattamento);
- protocollo tra Provincia, Azienda USL, Comuni per la prevenzione e la tutela del maltrattamento e dell'abuso (ottobre 2003);
- piano provinciale per l'integrazione sociale degli stranieri;
- fondo di solidarietà per il ricovero in struttura di minori;
- progetto del Centro Donne e Giustizia Uscire dalla violenza;
- progetto Cerniere sul territorio. Minori, animali e musica: percorsi educativo-riabilitativi del Distretto Sud Est.

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 Sanitari Nazionali), Regionali (Piani Sanitari Regionali) e con gli indirizzi programmatici aziendali. Le attività che hanno riscontrato significative differenze rispetto agli anni precedenti sono costituite da:

• Campagna vaccinale antinfluenzale

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

| Campagna vaccinale | Dosi somministrate a >64 | > 64 vaccinati |
|--------------------|--------------------------|----------------|
| 2001/2002 | 53.863 | 63,1% |
| 2002/2003 | 57.579 | 66,7% |
| 2003/2004 | 60.657 | 69,5% |
| 2004/2005 | 61.975 | 71% |

Sono stati utilizzati vaccini privi di residui organo-mercuriali: sub virionico e adiuvato con MF59.

Quest'ultimo, scelto per le persone di età superiore ai 75 anni in considerazione della maggiore risposta anticorpale (per livello e durata) rispetto ai vaccini convenzionali, ha confermato sul campo la sua efficacia condizionando, negli stessi, una minore incidenza della malattia.

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

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

L'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita rappresentano un'azione prioritaria di prevenzione vaccinale, come indicato dallo specifico Piano Nazionale 2003/07 e dall'Organizzazione Mondiale per la 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 dell'idoneità della abitazione occupata a ospitare altri congiunti**. A tal proposito si ritiene opportuno mettere in rilievo la problematica complessiva costituita dal crescente numero di cittadini extracomunitari e il conseguente rilevante impegno, composto, 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 DGR 327/2004 e 2520/2004, consistente in verifiche documentali e sopralluoghi.
- Verifiche sulla nuova normativa inerente il **divieto di fumo** nei locali chiusi (legge 3/2003 e DPR 23/12/2003) in collaborazione con il SIAN .

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 Centro Nord.

| Prestazioni medico - legali | anno 2004 |
|---|------------------|
| Certificati monocratici (idoneità alla guida, porto d'armi, contrassegni invalidi, esonero cinture di sicurezza, 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 |
| Interventi nell'area di invalidità (commissioni invalidi civili, legge 104/92, ciechi civili e sordomuti, legge 68/99; sia ambulatoriali che domiciliari che valutazioni sugli atti). | 10.385 |
| Istruttoria pratiche legge 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).

Area 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.

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 corretti.

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 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 Assistenza Domiciliare Integrata. In questo caso i medici del SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione), esperti in nutrizione artificiale, affiancano, dietro richiesta specifica, l'équipe territoriale per l'assistenza di pazienti non solo territoriali ma anche ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali e delle case di riposo.

| Sintesi attività 2004 | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Attività | Distretto Centro Nord | Distretto Sud Est | Distretto Ovest |
| corsi Formazione Alimentaristi (attivati il 07/04/2004) | 34 | 22 | 16 |
| Totale persone coinvolte | 837 | | |
| Totale ispezioni per controllo alimenti | 1732 | 1224 | 549 |
| Campioni di alimenti per controlli | 318 | 353 | 108 |
| Sanzioni elevate per violazioni anorme 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 dell'attività programmata per l'anno 2005 | | | |
|---|--------------------------|----------------------|--------------------|
| Attività | Distretto Centro Nord | Distretto Sud Est | Distretto Ovest |
| 90 corsi di Formazione Alimentaristi che coinvolgeranno in totale 1500 persone | 42 | 28 | 20 |
| Totale ispezioni per controllo alimenti | 1.850 | 1.270 | 680 |
| Campioni di alimenti per controlli | 450 | 400 | 150 |
| Campioni di acqua per il controllo delle potabilità | 644 | 288 | 240 |
| Visite dietologiche e controlli dietoterapici | 3.557 | 1.153 | 2.317 |

Organizzazione Oncologica

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

- 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.

- 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%.

- Progettazione dello screening per la diagnosi precoce dei **tumori del colon** retto sulla base delle linee guida e della griglia fornite dalla Regione.
- Progettazione di un nuovo 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 target. 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.
- L'offerta attiva dello screening ha coinvolto 10.160 persone; sono stati inoltre spediti 735 solleciti (dato aggiornato 31 luglio 2005).
- 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 promozione della 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:

Elaborazione di un report aggiornato sugli incidenti stradali e sulle loro conseguenze in termini di salute; partecipazione alle consultazioni periodiche dell'Osservatorio per la predisposizione del piano provinciale di interventi per la sicurezza stradale.

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), inserito nel Piano per la Sa-

lute;

- 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 alla presenza di un radar).

Risultati del 2004:

- I. conclusa la prima fase (descrittiva);
- II. conclusa la prima fase (raccolta dei dati);
- III. conclusa la raccolta dei questionari e la loro informatizzazione;
- IV. analisi conclusa grazie all'aiuto di una laureanda in statistica;
- V. 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 e una nuova attività ovvero la 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:

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

| 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 sperimenterà 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 rap-

presentativa del territorio, che servirà come esempio per tutte le altre aziende del settore.

Inoltre, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, la Regione Emilia-Romagna e l'Azienda USL di Forlì, si realizzerà uno studio sulle modalità di somministrazione dei fitofarmaci e gli effetti sulla salute in un campione di 50 aziende agricole, individuate dalle associazioni provinciali degli imprenditori agricoli.

Conclusione dello studio sul gruppo degli ex esposti a CVM : si elaboreranno i dati emersi dalla sorveglianza epidemiologica e sanitaria della coorte 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 Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro dell'Azienda USL di Ferrara sta partecipando allo studio multicentrico, in particolare con il campionamento di polvere aerodispersa in lavorazioni agricole di motoaratura. Nel corso del 2005 sarà completato lo studio e saranno pubblicate le conclusioni.

Servizio Veterinario

Sanità animale

Anno 2004

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

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

Anche la blue tongue, che è una malattia virale trasmessa da moscerini pungitori e colpisce i ruminanti e 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 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) 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 eliminazione 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 in base ad un 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 al progetto europeo *Po 2005-flood emergency*.

Con la Regione Emilia-Romagna, il Servizio di Protezione Civile, la 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 a elevato rischio idraulico (esondazione del Po).

Il Servizio Veterinario pianificherà ed eseguirà la simulazione di 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:

1. sorveglianza delle zone adibite a molluschicoltura e stabilimenti riconosciuti CEE nel settore dei prodotti della pesca;
2. stabilimenti riconosciuti CEE nel settore carni e prodotti a base di latte;
3. 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 me-

desime zone per conto del Settore Ambiente della Provincia di Ferrara, previa ratifica di una nuova convenzione.

L'attività di monitoraggio eseguita per compiti istituzionali attribuiti all'Azienda USL di Ferrara e quella svolta per conto del Settore Ambiente della Provincia di Ferrara si 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 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 "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 e 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 e settore della trasformazione.

c) Rintracciabilità degli 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'obiettivo prefissato, ci si è avvalsi anche della collaborazione delle singole associazioni di categoria.

Relativamente a questo settore di intervento, ciò che di diverso si è ritenuto di implementare rispetto al 2004 è stato:

- un'attività di ricerca eseguita sui formaggi stagionati, e in particolare Grana Padano e Parmigiano Reggiano, prodotti nel secondo semestre dell'anno 2003, caratterizzato dall'emergenza aflatossina M1 e attualmente in corso di commercializzazione;
- programmazione di un incontro formativo con gli operatori del settore carni (macellai) che si trovano nel Distretto Sud Est.

Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche

Le attività dell'anno 2004

L'attività ha avuto come obiettivo la sicurezza delle produzioni di origine animale (carne, latte, uova, miele) rispetto al rischio della presenza di sostanze chimiche e la tutela del benessere di animali allevati e d'affezione.

I controlli ufficiali sono stati svolti da veterinari e tecnici della prevenzione formati sulla base di una programmazione annuale del lavoro, secondo procedure di controllo condivise e scritte.

Gli ambiti di cui si occupa l'Unità Operativa 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 (secondo il 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 (secondo il Piano Nazionale Residui) negli allevamenti zootecnici e negli impianti di produzione primaria (due macelli avicoli del territorio di Copparo); l'Igiene della produzione del latte, con ispezioni e campionamenti nelle aziende di produzione di latte bovine, bufaline e ovi-caprine e nella centrale del latte di Copparo;
- **il Benessere animale**, con rilascio di pareri preventivi su progetti edilizi e ispezioni per il benessere animale negli allevamenti intensivi, nei luoghi di detenzione degli animali d'affezione quali i canili, i gattili, allevamenti, pensioni e negozi di pet, mostre di animali, circhi, toelettature, negli stabulari di animali oggetto di sperimentazione e, 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 e il gatto, insieme agli insegnanti.

Nell'anno 2004 si sono controllate 889 strutture su 906 esistenti, per un totale di 3.622 controlli, riscontrando 267 irregolarità a cui hanno fatto seguito 270 provvedimenti.

Aree di miglioramento e obiettivi 2005

Per quanto riguarda l'attività programmata per il 2005 sono stati previsti gli stessi volumi per le diverse attività di controllo.

Obiettivi aggiuntivi sono:

- l'attivazione del progetto di sterilizzazione dei gatti delle colonie feline presso l'ambulatorio del gattile municipale di Ferrara;

- la partecipazione al progetto regionale *Sicurezza alimentare*, un percorso di auditing (valutazione interna) su diverse tipologie di controllo ufficiale;
- la partecipazione al progetto di *Pet-Therapy* rivolto a malati di Alzheimer presso la casa di riposo Ripagrande di Ferrara.

In collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale è prevista la partecipazione al progetto di *Pet-Therapy Cerniere sul territorio- minori, animali e musica: percorsi educativo-riabilitativi* da svolgere presso il Canile di Migliaro.

5.4. La Salute Mentale

IL LIVELLO DISTRETTUALE

1) Area Adulti

Popolazione target – uguale/ maggiore 18 anni: 101.458
 uguale/ maggiore 18 anni – uguale/minore 64 anni: 64.546

Osservazioni:

- Il Centro Salute Mentale del Distretto Sud Est ha continuato a presentare, dopo diversi anni di intenso turnover, una buona stabilità del personale. Ciò ha favorito una continuità nell'offerta delle prestazioni che conferma la presenza, la conoscenza e la visibilità di questo servizio nella percezione dei cittadini, come si evince dai tassi d'incidenza (nuovi utenti) e di prevalenza (utenti seguiti) di gran lunga superiori alla media provinciale e sensibilmente superiori al 2003.
- Il tasso di ricovero, che era il più alto a livello provinciale (59,15), si è abbassato di quasi 20 punti (40,18) diventando il più basso a livello dipartimentale soprattutto attraverso una notevole riduzione dei ricoveri presso le Case di Cura private.
- Il tasso dei ricoveri in trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.) resta superiore alla media provinciale.
- All'interno dei progetti per i Piani per la Salute si è attivato un "punto di ascolto per le famiglie", in cui si dà risposta alle domande che i familiari possono avere sulla malattia dei loro congiunti e sui possibili trattamenti.

Integrazioni esistenti

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

- con i **medici di medicina generale**, attraverso una collaborazione sui singoli casi e l'attivazione di un rapporto diretto per i ricoveri presso il Servizio Psichiatrico dell'Ospedale del Delta;
- nel 2005 si darà vita anche nel Distretto Sud Est all'attuazione del **programma regionale G. Leggieri**;
- con il **Dipartimento delle Cure Primarie**: in particolare è in attuazione un protocollo con il **Ser.T.** per la gestione dei pazienti con "doppia diagnosi";

- con l'**Ospedale del Delta** tramite il servizio di consulenza svolto sia dai medici di psichiatria del reparto psichiatrico che da quelli territoriali di guardia;
- con l'**Ospedale di Argenta**, tramite il servizio di consulenza svolto dai Medici di psichiatria territoriali e con la **L.P.A.R.E. di Argenta** tramite un protocollo per ricoveri concordati anche con i medici di medicina generale;
- la struttura complessa del Dipartimento di Salute Mentale che afferisce alla Clinica Psichiatrica ha attivato un **Servizio di Psiconcologia** presso l'Ospedale del Delta che si interconnette anche con il **Dipartimento delle Cure Primarie e l'Associazione Onlus**;
- con il **Dipartimento di Sanità Pubblica** tramite la partecipazione di medici di Psichiatria alle Commissioni di Valutazione per l'Invalidità Civile;

Queste integrazioni avranno ulteriore formalizzazione nelle procedure per l'accredimento del Dipartimento di Salute Mentale.

| Attività territoriale e di ricovero del centro salute mentale | | | | | | |
|---|-----------------|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------|
| | SUD EST 2004 | percentuale sul DSM | DSM nel 2004 | SUD EST 2003 | Differenza % | Voghera |
| PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TERRITORIALE | | | | | | |
| prime visite | 753 | 38,2 | 1.972 | 646 | +16,5 | 20 |
| tasso d'incidenza per 100.000 abitanti | | | | | | |
| Età ≥18 | 840,41 | | 641,7 | 721,0 | | |
| maschi | 274 | 36,3 | 754 | 257 | +6,6 | 11 |
| tasso d'incidenza per 100.000 abitanti | | | | | | |
| Età ≥18 | 636,04 | | 518,57 | 596,6 | | |
| femmine | 479 | 39,3 | 1.218 | 389 | +23,1 | 9 |
| tasso d'incidenza per 100.000 abitanti | | | | | | |
| Età ≥18 | 1029,66 | | 752,27 | 836,2 | | |
| Totale accessi | 28.465 | 32,3 | 88.005 | 27.189 | +4,7 | 893 |
| Totale prestazioni | 37.237 | 26,7 | 139.438 | 40.033 | +7,5 | 1212 |
| Totale pazienti seguiti nel periodo | 1.783 | 33,4 | 5.343 | 1.641 | +8,6 | 63 |
| tasso di prevalenza per 100.000 abitanti | | | | | | |
| Età ≥18 | 1.989,98 | | 1.738,64 | 1.831,5 | | |
| Accessi ambulatoriali | 24.909 | 31,7% | 78.600 | 23.159 | +7,5 | 858 |
| Accessi domiciliari | 1.645 | 38,0% | 4.326 | 1.496 | +10,0 | 6 |
| Accessi in altre sedi | 1.911 | 37,6% | 5.079 | 2.534 | -24,59 | 29 |
| RICOVERI | | | | | | |
| Ricoveri in TSO | 39 | 41,5% | 94 | 38 | 36,2% | 105 |
| tasso d'incidenza per 100.000 abitanti | | | | | | |
| Età ≥18 | 43,53 | | 30,59 | 42,41 | | 34,2 |
| RICOVERI TOTALI | 353 | 32,3% | 1.094 | 422 | 33,3% | 1.266 |
| CASE DI CURA | 36 | 25,9% | 139 | 53 | 33,8% | 157 |
| tasso d'incidenza per 100.000 abitanti | | | | | | |
| Età ≥18 | 40,18 | | 45,23 | 59,15 | | 51,1 |
| Costi per rette n° 12 non ex OP al 31/12 | 260.345 | 29,8% | 872.408 | 184.325 | 36,9% | 499.993 |
| Costi per sussidi al 31/12 | 131.802 | 27,0% | 486.533 | 46.932 | 12,1% | 388.081 |

2) Area Minori

Popolazione target 11.859 persone

Nel 2003-2004 non sono stati fatti cambiamenti per allineare i Servizi alle nuove definizioni dei Distretti. Pertanto tutti i dati riferiti a patologie e prestazioni sono da mettere in relazione all'attuale assetto. È stato possibile ridefinire esclusivamente i parametri epidemiologici di prevalenza e incidenza sui futuri nuovi Distretti.

Utenti su popolazione target (prevalenza)

| Anno 2000 | Anno 2001 | Anno 2002 | Anno 2003 | Anno 2004 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 4,6 | 5,7 | 7,2 | 7,3 | 7,8 |

Nuovi utenti su popolazione target (incidenza)

| Anno 2000 | Anno 2001 | Anno 2002 | Anno 2003 | Anno 2004 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1,9 | 1,9 | 2,4 | 2,3 | 2,4 |

Dati Prestazioni (2000/2003)

| Anno 2000 | Anno 2001 | Anno 2002 | Anno 2003 | Anno 2004 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 10.810 | 12.649 | 14.260 | 14.201 | 13.874 |

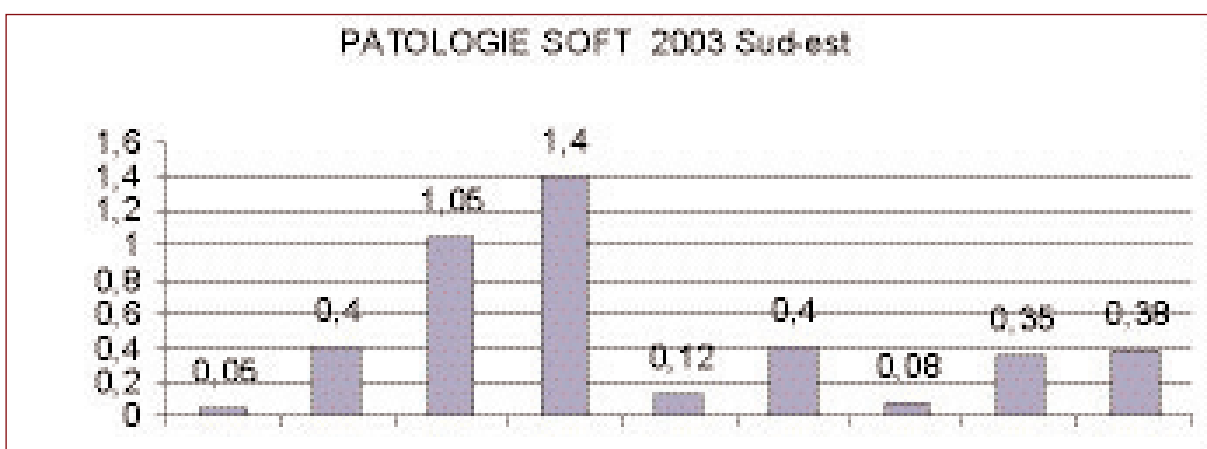
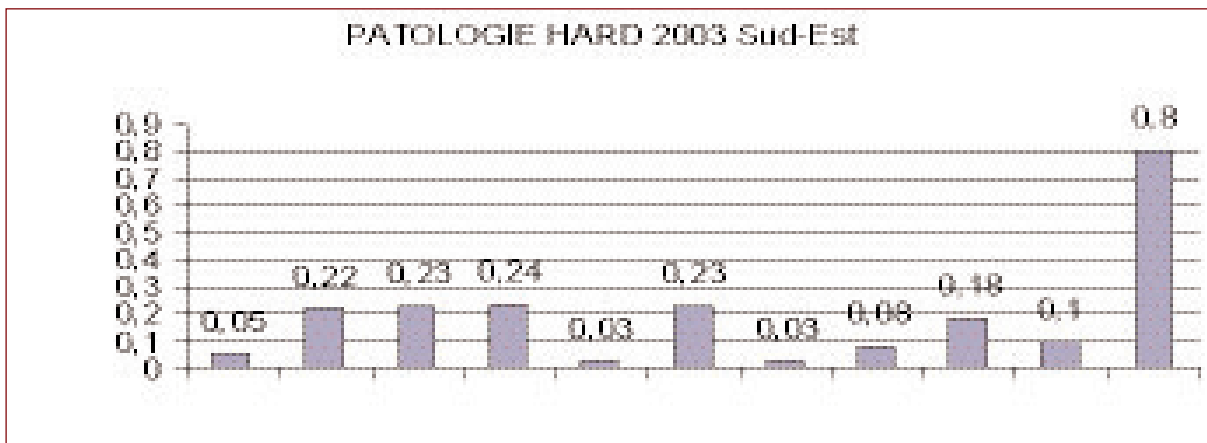
Dalle tabelle precedenti risulta un allineamento della prevalenza e dell'incidenza ai dati aziendali; questo allineamento si ottiene per l'équipe del Distretto Sud Est con un incremento uniforme e costante dei valori dall'anno 2000.

La diminuzione delle prestazioni (meno 327, pari al 2,3% rispetto all'anno precedente) è dovuta all'assenza non sostituita di un operatore, a cui ha comunque fatto riscontro uno sforzo compensativo degli altri operatori a livello distrettuale.

Il confronto con le altre realtà regionali colloca il servizio dell'Azienda Usl Ferrara, in tutte le sue articolazioni distrettuali, tra quelli più richiesti da parte della popolazione, come si evince anche dal rendiconto annuale della Struttura Complessa.

Utenti per tipologia e per target di popolazione

Le due tabelle successive che riassumono le principali categorie diagnostiche, e di cui la prima riguarda tutte le patologie che comportano una permanenza nel servizio per più di cinque anni (hard), mentre la seconda riguarda le altre (soft), non presentano sostanziali differenze rispetto all'anno passato.



Quindi si riconferma il trend di riduzione della disomogeneità dell'indice di prevalenza delle patologie soft nei vari Distretti ottenuta attraverso la stesura di protocolli diagnostici su alcune patologie (disturbi di apprendimento, disturbo da deficit di attenzione e iperattività, disturbi dell'umore, disturbi transitori motori); questo rimane uno degli obiettivi principali anche per i prossimi anni.

Nel Distretto Sud Est risultano certificati per la Legge 104/92 per l'inserimento scolastico 190 bambini per una percentuale su popolazione target pari all'1,6%.

Gli inserimenti in strutture psichiatriche residenziali di minori con patologie severe e non più sostenibili da parte delle famiglie sono quattro, mentre gli inserimenti in strutture per handicap grave risultano sei, di cui due in strutture residenziali e quattro in strutture diurne.

Per le caratteristiche proprie della disciplina, la struttura semplice distrettuale di Salute Mentale Riabilitazione Infanzia e Adolescenza ha consolidato, in questi ultimi anni, i rapporti con le Scuole di ogni ordine e grado basati sia sull'attività di routine, come indicato dalla Legge 104, 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.

Nel Distretto Sud Est l'apertura dell'Unità Operativa di Pediatria dell'Ospedale del Delta ha facilitato lo stabilirsi di una collaborazione basata sulla consulenza e attività specialistica presso l'Ospedale e sulla continuità terapeutica.

PSICOLOGIA CLINICA A TUTELA dell'INFANZIA e dell'ADOLESCENZA**INDICI DI ATTIVITÀ**

| | Anno 2003 | Anno 2004 |
|--------------|-----------|-----------|
| Utenti | 349 | 310 |
| Nuovi utenti | 162 | 182 |
| Prevalenza | 2,8 | 2,6 |
| Incidenza | 1,3 | 1,5 |

ANDAMENTO

| | Anno 2001 | Anno 2002 | Anno 2003 | Anno 2004 |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Prevalenza | 2,9 | 3,0 | 3,0 | 2,61 |
| Incidenza | 1,2 | 0,86 | 2,5 | 1,53 |

TIPOLOGIA DELLE RAGIONI DEGLI INTERVENTI

| I Categoria | | | II Categoria | | |
|-------------|------|-------|--------------|------|-------|
| 2002 | 2003 | 2004* | 2002 | 2003 | 2004* |
| 72,1 | 72,4 | | 27,9 | 27,6 | |

* I dati 2004 sono in elaborazione; è comunque prevedibile che non vi siano particolari difformità.

Nota- I Categoria: interventi per gli abusi, maltrattamenti e i casi inviati dal Tribunale e dalla Procura Minorile. II Categoria: tutela preventiva, adozioni e affidi.

Commento

Nel Distretto Sud Est si continua a registrare la più alta incidenza e prevalenza provinciale i patologie legate ai problemi dell'infanzia e dell'adolescenza.

Come per gli altri Distretti, la parte riparativa e curativa è molto preponderante su quella preventiva e costituisce i 3/4 dell'intera attività; se ne nota inoltre un lieve aumento nel 2003 e una stabilizzazione nel 2004.

Aree di miglioramento e 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 e appropriatezza:

a) implementazione della sperimentazione scaturita al Tavolo della Provincia per affido – abusi – adozione: integrazione SMRIA , servizi sociali, enti autorizzati;

b) 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 e omogeneizzazione dei comportamenti clinici

- Miglioramento dei trattamenti terapeutici dei pazienti ricoverati nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC):
 1. introduzione tecniche terapeutiche di gruppo;
 2. riduzione contenzioni;
- introduzione nel Servizio Psichiatrico dell'attività Gruppo cinema gestita dal

personale infermieristico formato, una volta alla settimana, con visione di un film e discussione dello stesso con i pazienti;

- introduzione 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 di un percorso dedicato per i genitori di figli con malformazioni congenite:
 1. progetto di assistenza personalizzato;
 2. costruzione di un percorso personalizzato per l'invio ai servizi di cura;
- monitoraggio dei pazienti con diagnosi di disturbo di personalità in trattamento nel Distretto Sud Est: costruzione di una modalità di ricerca per l'identificazione dei pazienti con diagnosi di disturbo di personalità e monitoraggio dei trattamenti;
- perfezionamento delle 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 del Dipartimento di Salute Mentale, del Pronto Soccorso, del 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 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 Unità Operativa di Emergenza -Urgenza per pazienti adolescenti:
 1. integrazione ospedaliera concordata tra SPOD e SMRIA per definire la reciproca integrazione a favore di adolescenti che necessitano di ricovero Ospedaliero;
 2. integrazione ospedaliera concordata tra Centro di Salute Mentale Sud Est e SMRIA per definire la reciproca integrazione a favore di adolescenti che necessitano di un trattamento integrato.
- Perfezionamento delle procedure di ricovero in emergenza urgenza (Dipartimento di Salute Mentale, Pronto Soccorso, 118):
 1. definizione nuove procedure interne al Dipartimento di Salute Mentale;
 2. definizione nuove procedure Dipartimento di Salute Mentale, Pronto Soccorso, 118.
- Implementazione linee guida, monitoraggio protocolli diagnostici:
 1. linee Guida per l’autismo;
 2. linee guida per 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 SUD EST

La qualità dell’assistenza e l’efficienza gestionale: le strategie dell’appropriatezza e dell’integrazione.

Nel Dipartimento di Salute Mentale

Integrazione tra le degenza Sud Est e il Centro Salute Mentale Sud Est per pazienti con patologie complesse.

Istruzione Operativa tra tutte le Unità Operative del Distretto Sud Est per definire regole di “mutua assistenza” nei casi di difficoltà nel mantenere lo standard di attesa per le prime visite.

Salute Mentale e Cure Primarie

- a) ulteriore sviluppo del **programma regionale Liggieri** finalizzato all'individuazione congiunta con i medici di medicina generale dei pazienti affetti da patologie psichiatriche in regime di assistenza ambulatoriale:
- implementazione ed estensione del Punto di consulenza telefonica; valutazione dell'impatto sulla collaborazione tra medici di medicina generale e Centro Salute Mentale;
 - costituzione del gruppo di lavoro aziendale previsto dal Progetto Liggieri;
 - costituzione del gruppo di lavoro distrettuale previsto dal Progetto Liggieri per il Distretto e il Centro Salute Mentale Sud Est;
 - individuazione dei partecipanti al corso di formazione regionale G. Liggieri.
- b) ulteriori progetti di integrazione tra Lungodegenza Post Acuzie e Dipendenze Patologiche:
- monitoraggio dell'applicazione protocollo LPARE/DSM Argenta;
 - verifica dell'applicazione del protocollo Ser.T. DSM, 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 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.
- Sviluppo e attuazione dei Piani per la Salute.
- Accredimento 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 comunità portatori di handicap psicofisici (ex Ospedale Psichiatrico) – S.Bartolo

AZIONI SPECIFICHE PER IL DISTRETTO SUD EST

- Nel Dipartimento di Salute Mentale: integrazione tra la degenza Sud Est e il Centro Salute Mentale Sud Est per pazienti con patologie complesse: istruzione operativa tra tutte le Unità Operative del Distretto Sud Est per definire regole di “mutua assistenza” nei casi di difficoltà nel mantenere lo standard di attesa per le prime visite.
- Salute Mentale e Cure Primarie: ulteriore sviluppo del programma regionale Liggieri finalizzato all'individuazione congiunta con i medici di medicina generale dei pazienti affetti da patologie psichiatriche in regime di assistenza ambulatoriale; integrazione con Lungodegenza Post Acuzie: applicazione protocollo LPARE/DSM Argenta; verifica dell'applicazione del protocollo Ser.T. DSM, tramite attivazione di audit clinici con gli operatori dei due servizi.

5.5. L'assistenza ospedaliera

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

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

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

La dotazione complessiva attuale di posti letto del Presidio Unico Ospedaliero è di 765 posti letto, di cui 654 di ricovero ordinario e 111 di ricovero in regime di Day Hospital.

I posti letto sono:

| Area ospedaliera Ovest – 1 | | | | Area ospedaliera Est – 2 | | | |
|----------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------------------|---------------|---------------|-------------|
| Ospedale di Cento | 174 PL | 161 RO | 13 DH | Ospedale del Delta | 223 PL | 201 RO | 22 DH |
| Ospedale di Bondeno | 61 PL | 40 RO | 21 DH | Ospedale di Comacchio | 63 PL | 48 RO | 15 DH |
| Ospedale di Copparo | 94 PL | 66 RO | 28 DH | Ospedale di Argenta | 150 PL | 138 RO | 12 DH |
| Totale | 329 PL | 267 RO | 62 DH | Totale | 436 PL | 387 RO | 49DH |

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

I Dipartimenti Ospedalieri strutturali sono:

- Dipartimento dell'Emergenza;
- Dipartimento Medico;
- Dipartimento Chirurgico;
- Dipartimento Materno Infantile;
- Dipartimento della Diagnostica di Laboratorio;
- Dipartimento della Diagnostica per Immagini e di Radiologia Interventistica.

Il Dipartimento Ospedaliero Funzionale è il Dipartimento di 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 Ospedalieri Interaziendali Funzionali 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 Dipartimenti Interaziendali Funzionali (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 Ospedaliero ricerca anche un'integrazione nei confronti delle altre macrostrutture aziendali (Distretti, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Sanità Pubblica) che sovrintendono a necessità assistenziali generalmente extraospedaliere, e 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 Salute Mentale attraverso la presenza di servizi all'interno dell'Ospedale (Servizio Psichiatrico dell'Ospedale del Delta);
- nei confronti del Dipartimento 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 alla predisposizione del nuovo screening per i tumori del colon-retto.

Nell'ultimo anno l'attività del Presidio Unico Ospedaliero si è mossa secondo tre direttrici che dovranno trovare nel 2005 le loro conseguenze applicative più evidenti. Sono:

- lo sviluppo di una coerente integrazione programmatica e di percorsi clinico-assistenziali tra ospedale e territorio attraverso il confronto costante con i Dipartimenti delle Cure Primarie (DCP);
- all'interno di questa dialettica, l'approfondimento specifico avviato nei riguardi dell'attività specialistica ambulatoriale attraverso il riconoscimento dei ruoli e l'identi-

ficazione precisa dei compiti di committenza, produzione, monitoraggio, valutazione e gestione in capo ai diversi soggetti;

- la definizione dei momenti e delle sedi della necessaria condivisione sia della programmazione che dell'analisi continua dell'attività, all'interno delle diverse articolazioni del Presidio Unico Ospedaliero (Direzioni Sanitarie, Dipartimenti, Unità Operative).

I primi due punti hanno trovato riscontro in obiettivi specifici che già prefigurano, nella programmazione 2005, una pratica ormai costante di condivisione di analisi e di procedure; il terzo punto ha portato invece alla formalizzazione dell'attività del Collegio di Presidio da una parte e dei Collegi di Stabilimento dall'altra.

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

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

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

1- Localizzazione Territoriale

Nel Distretto Sud Est sono attivi tre stabilimenti ospedalieri, l'Ospedale del Delta a Lagosanto, il S. Camillo di Comacchio e il Mazzolani-Vandini di Argenta, per un numero complessivo di 436 posti letto di cui 387 ordinari e 49 di Day-Hospital e Day-Surgery, di cui 6 di riabilitazione presso Portomaggiore. I posti letto sono così distribuiti nelle tre sedi e per specialità:

| OSPEDALE DEL DELTA | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| Unità Operative | Posti letto ordinari | Posti letto Day Hospital | Posti letto Totali |
| CHIRURGIA | 25 | - | 25 |
| ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA | 21 | - | 21 |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 18 | - | 18 |
| PEDIATRIA | 8 | 2 | 10 |
| MEDICINA GENERALE | 53 | 2 | 55 |
| LUNGODEGENZA | 33 | - | 33 |
| DH RIABILITAZIONE | - | 6 | 6 |
| RIABILITAZIONE ESTENSIVA | - | - | - |
| CARDIOLOGIA | 10 | 2 | 12 |
| UTIC | 4 | - | 4 |
| RIANIMAZIONE | 4 | - | 4 |
| UROLOGIA | 10 | - | 10 |
| DAY-SURGERY | - | 10 | 10 |
| PSICHIATRIA | 15 | - | 15 |
| TOTALE | 201 | 22 | 223(+40BI)* |
| OSPEDALE DI COMACCHIO | | | |
| Unità Operative | Posti letto ordinari | Posti letto Day Hospital | Posti letto Totali |
| CHIRURGIA | 5 | - | 5 |
| OSTETRICIA | 4 | - | 4 |
| MEDICINA GENERALE | 14 | - | 14 |
| MEDICINA D'URGENZA | 5 (+ 2 OBI) | - | 5(+20BI) |
| LUNGODEGENZA | 20 | - | 20 |
| RIABILITAZIONE | - | 5 | 5 |
| DAY-SURGERY | - | 10 | 10 |
| TOTALE | 48 (+2 OBI) | 15 | 63(+ 2 OBI) |
| OSPEDALE DI ARGENTA | | | |
| Unità Operative | Posti letto ordinari | Posti letto Day Hospital | Posti letto Totali |
| CHIRURGIA | 16 | 1 | 17 |
| ORTOPEDIA | 20 | 2 | 22 |
| GINECOLOGIA | 8 | 1 | 9 |
| MEDICINA | 49 | 2 | 51 |
| LUNGODEGENZA | 26 | - | 26 |
| PEDIATRIA | - | - | - |
| D.E.A. (Degenza Elevata Assistenza) | 4 | - | 4 |
| PSICHIATRIA | 15* | - | 15* |
| Unità Operative Ospedale di Portomaggiore: | | | |
| DH RIABILITAZIONE | - | 6 | 6 |
| TOTALE | 138 | 12 | 150 |

*Posti Letto ubicati presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara
OB= osservazione breve intensiva.

Dati di sintesi

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

Vengono qui presentati i dati relativi ai primi 20 DRG prodotti in regime di ricovero ordinario e i primi 10 DRG prodotti in regime di Day Hospital e Day Surgery da tutte le Unità Operative presenti rispettivamente negli Ospedali del Delta, di Comacchio e Argenta.

| Anno 2004 | | | | |
|---|--|-----------|--------------------|--------|
| Primi 20 DRG prodotti dalle unità operative dell'Ospedale del Delta | | | | |
| Ricoveri Ordinari | | | | |
| DRG | Descrizione DRG | residenti | Mobilità Attiva | Totale |
| 391 | -Neonato normale | 434 | 27 | 461 |
| 127 | M-Insufficienza cardiaca e shock | 311 | 15 | 326 |
| 373 | M-Parto vaginale senza complicanze o copatologie | 302 | 28 | 330 |
| 209 | C-Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori | 229 | 15 | 244 |
| 430 | M-Ficasi | 157 | 4 | 161 |
| 371 | C-Taglio cesareo senza complicanze o copatologie | 150 | 5 | 155 |
| 359 | C-intervento all'utero/annessi, no neoplasie senza complicanze o copatologie | 135 | 8 | 143 |
| 184 | M-Esofag.,gastroen.,miscelMalattie apparato digerente età <18 | 116 | 18 | 134 |
| 379 | M-Minaccia d'aborto | 104 | 15 | 119 |
| 222 | C-interventi sul ginocchio senza complicanze o copatologie | 104 | 9 | 113 |
| 14 | M-Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto A.L.T. | 101 | 16 | 117 |
| 225 | C-interventi sul piede | 91 | 3 | 94 |
| 140 | M-Angina pectoris | 89 | 9 | 98 |
| 310 | C-intervento per via transuretrale con complicanze o copatologie | 84 | 5 | 89 |
| 203 | M-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o pancreatici | 80 | 12 | 92 |
| 494 | C- Colectomia laparoscopica senza esplorazione dotto biliare senza complicanze o copatologie | 79 | 3 | 82 |
| 70 | M-Otte media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18. | 76 | 13 | 89 |
| 87 | M-Edema polmonare e insufficienza respiratoria | 76 | 5 | 81 |
| 429 | M-Disturbi organici e ritardo mentale | 74 | 1 | 75 |
| 167 | C-Appendicectomia con diagnosi principale no complicata senza complicanze o copatologie | 72 | 14 | 86 |

| Anno 2004 | | | | |
|---|--|-----------|--------------------|--------|
| Primi 10 DRG prodotti dalle unità operative dell'Ospedale del Delta | | | | |
| Day Hospital | | | | |
| DRG | Descrizione DRG | residenti | Mobilità Attiva | Totale |
| 410 | M-Chemioterapia non associata a diagnosi secondarie di leucemia acuta | 430 | 13 | 443 |
| 229 | C-Interventi mano e polso, eccetto interventi maggiori articolazioni senza complicanze o comorbidità | 171 | 1 | 172 |
| 381 | C-Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterectomia | 133 | 31 | 164 |
| 266 | C-Trapianto pelle e/o sbrigliamenti eccetto ulcere pelle/cellulite senza complicanze o comorbidità | 101 | 2 | 103 |
| 142 | C-Interventi per emia inguinale e femorale > 17 senza complicanze o comorbidità | 90 | 3 | 93 |
| 364 | C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie mal. | 86 | 6 | 92 |
| 119 | C-Legatura e stripping di vene | 71 | | 71 |
| 311 | C-Int., per via transuretrale senza complicanze o comorbidità | 59 | | 59 |
| 360 | C-Interventi vagina, cervice, vulva | 58 | 1 | 59 |
| 82 | M-Neoplasie dell'apparato respiratorio | 55 | | 55 |

| Anno 2004 | | | | |
|---|---|-----------|-----------------|--------|
| Primi 20 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Comacchio | | | | |
| Ricoveri Ordinari | | | | |
| DRG | Descrizione DRG | Residenti | Mobilità Attiva | Totale |
| 137 | M-Insufficienza cardiaca e shock | 54 | 2 | 56 |
| 12 | M-Disturbi degenerativi sistema nervoso | 52 | 2 | 54 |
| 86 | M-Malattie polmonari cronico-ostitutive (COPD) | 41 | 6 | 47 |
| 183 | M-Esofag., gastroen.miscel.malattie app.digerente età >17 senza complicanze o copatologie | 57 | 6 | 63 |
| 429 | M-Disturbi organici e ritardo mentale | 32 | 3 | 35 |
| 202 | M-Cirosi e epatite alcolica | 29 | 1 | 30 |
| 14 | M-Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto A.I.T. | 27 | 1 | 28 |
| 82 | M-Neoplasie dell'apparato respiratorio | 26 | | 26 |
| 134 | M-Iperensione | 26 | 3 | 29 |
| 209 | C-Interventi su articolazioni maGomi e reimpianti di arti inferiori | 21 | 1 | 22 |
| 395 | M-Anomale dei globuli rossi, età >17 | 21 | | 21 |
| 89 | M-Polmonite semplice e pleurite, età>17 con complicanze o copatologie | 20 | 2 | 22 |
| 162 | C-Interventi per emia inguinale e femorale > 17 senza complicanze o copatologie | 19 | 3 | 22 |
| 131 | M-Malattie vascolari periferiche senza complicanze o copatologie | 17 | 1 | 18 |
| 158 | C-Interventi su ano e stoma senza complicanze o copatologie | 16 | 1 | 17 |
| 130 | M-Malattie vascolari periferiche con complicanze o copatologie | 15 | 2 | 17 |
| 189 | M-Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età>17 senza complicanze o copatologie | 15 | 1 | 16 |
| 17 | M-Malattie cerebrovasc. aspecifiche senza complicanze o copatologie | 14 | 1 | 15 |
| 172 | M-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con complicanze o copatologie | 13 | | 13 |
| 203 | M-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o pancreas | 12 | | 12 |
| 119 | C-Legatura e stripping di vene | 11 | | 11 |

| Anno 2004 | | | | |
|---|---|-----------|---------------|--------|
| Primi 10 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Comacchio | | | | |
| Day Hospital | | | | |
| DRG | Descrizione DRG | Residenti | Mobili Attivo | Totale |
| 266 | C-Trap.pelle e/o sbrigliamenti eccetto ulcere pelle/cellulite senza complicanze o comorbidità | 244 | 9 | 253 |
| 229 | C-Interv.mano o polso.eccetto Interv.mxaGiomiarticolazioni senza complicanze o comorbidità | 154 | 45 | 199 |
| 384 | M-Altre diagnosi pre parto no complicazioni mediche | 147 | 11 | 158 |
| 222 | C-Interventi sul ginocchio senza complicanze o comorbidità | 121 | 4 | 125 |
| 364 | C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie mal. | 115 | 2 | 117 |
| 227 | C-Interventi sui tessuti molli senza complicanze o comorbidità | 62 | 13 | 75 |
| 119 | C-Legatura e stripping di vene | 59 | | 59 |
| 162 | C-Interventi per ernia inguinale e femorale > 17 senza complicanze o comorbidità | 50 | | 50 |
| 235 | C-Interventi sul piede | 31 | 14 | 45 |
| 183 | M-Esotog.gastroen.miscelMalattie app.digerente età >17 senza complicanze o comorbidità | 27 | 1 | 28 |

| Anno 2004 | | | | |
|---|---|-----------|-----------------|--------|
| Primi 20 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Argenta - Portomaggiore | | | | |
| Ricerchi Ordinari | | | | |
| DRG | Descrizione DRG | Residenti | Mobilità Attiva | Totale |
| 430 | M-Psicosi | 221 | 20 | 241 |
| 137 | M-Insufficienza cardiaca e shock | 146 | 14 | 160 |
| 209 | C-Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori | 139 | 121 | 260 |
| 339 | C-Int. utero/annessi, no neoplasie senza complicanze o copatologie | 111 | 24 | 135 |
| 428 | M-Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi | 70 | 9 | 79 |
| 231 | C-Escissione locale rimoz. mezzi ts. intramidolare no onco e femore | 70 | 51 | 121 |
| 14 | M-Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto A.I.T. | 67 | 14 | 81 |
| 158 | C-Interventi su ano e stoma senza complicanze o copatologie | 66 | 10 | 76 |
| 139 | M-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza complicanze o copatologie | 65 | 11 | 76 |
| 15 | M-A.I.T. e occlusioni precerebrali | 63 | 6 | 69 |
| 148 | C-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con complicanze o copatologie | 60 | 7 | 67 |
| 88 | M-Malattie polmonari cronico-ostitutive (COPD) | 58 | 14 | 72 |
| 82 | M-Neoplasie dell'apparato respiratorio | 54 | 4 | 58 |
| 222 | C-Interventi sul ginocchio senza complicanze o copatologie | 51 | 54 | 105 |
| 243 | M-Affezioni mediche del dorso | 49 | 8 | 57 |
| 12 | M-Disturbi degenerativi sistema nervoso | 48 | 3 | 51 |
| 138 | M-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con complicanze o copatologie | 47 | 6 | 53 |
| 89 | M-Polmonite semplice e pleurite, età >17 con complicanze o copatologie | 45 | 12 | 57 |
| 134 | M-Iperensione | 43 | 5 | 48 |
| 453 | M-Complicazioni di trattamento senza complicanze o copatologie | 41 | 11 | 52 |
| 140 | M-Angina pectoris | 40 | 6 | 46 |
| 183 | M-Esotog. gastroen. miscel. malattie app. digerente età >17 senza complicanze o copatologie | 40 | 16 | 56 |

| Anno 2004 | | | | |
|---|---|-----------|-----------------|--------|
| Primi 10 DRG prodotti dalle unità operative dello Stabilimento di Argenta - Portomaggiore | | | | |
| Day Hospital | | | | |
| DRG | Descrizione DRG | Residenti | Mobilità Attiva | Totale |
| 364 | C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie mal. | 189 | 11 | 200 |
| 266 | C-Trap.pelle e/o sbrigliamenti eccetto ulcere pelle/cellulite senza complicanze o comorbidità | 114 | 19 | 133 |
| 381 | C-Aborto con dilataz. e raschiam. mediante aspiraz. o isterectomia | 104 | 14 | 118 |
| 410 | M-Chemioterapia non associata a diagnosi second.di leucemia acuta | 96 | 12 | 108 |
| 229 | C-Interv.mano o polso,eccetto interv.maGlioniarticolazioni senza complicanze o comorbidità | 89 | 53 | 142 |
| 360 | C-Interventi vagina, cervice, vulva | 85 | 7 | 92 |
| 231 | C-Ecissione locale rimoz.mezzi fs.inframidolare no onco e femore | 68 | 38 | 106 |
| 162 | C-Interventi per emia inguinale e femorale > 17 senza complicanze o comorbidità | 60 | 18 | 78 |
| 339 | C-Inf.utero/annessi, no neoplasie senza complicanze o comorbidità | 36 | 4 | 40 |
| 270 | C-Altri inf.pelle,sottocute,mammella senza complicanze o comorbidità | 25 | 4 | 29 |

Considerazione sui risultati 2004, Obiettivi 2005

Interventi strutturali e riorganizzativi avvenuti nel 2004

Nel corso del 2004 presso gli Ospedali del Delta, di Comacchio e di Argenta sono stati eseguiti numerosi interventi strutturali tesi al miglioramento degli edifici sia per quanto riguarda la sicurezza che la qualità dell'assistenza prestata.

Essi sono rappresentati per l'Ospedale del Delta da:

- ristrutturazione dell'Area di Neonatologia;
- ristrutturazione della sala parto per determinare un miglioramento del percorso di umanizzazione del parto;
- realizzazione all'interno dell'Unità Operativa di Cardiologia delle stanza da dedicare al nuovo servizio di Emodinamica;
- ristrutturazione per rendere più ampio lo spazio dedicato al Day Hospital Oncologico;
- rifacimento dell'asfaltatura esterna.

Per quanto riguarda l'Ospedale S. Camillo di Comacchio, gli interventi sono stati:

- realizzazione di un deposito sporco per la Chirurgia;
- climatizzazione e la realizzazione di nuovi box nella sala gessi;
- strutturazione del Centro Prelievi con una nuova accettazione.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Argenta ricordiamo:

- la ristrutturazione del blocco operatorio;
- la predisposizione delle vie di fuga anti-incendio per le sale operatorie;
- gli interventi strutturali e riorganizzativi (triage) all'interno del Pronto Soccorso;
- i lavori di riadattamento per il radiocomandato in Radiologia.

Interventi previsti nel 2005

Per gli Ospedali del Delta, di Comacchio e di Argenta sono previsti anche nel 2005 numerosi interventi strutturali tesi al miglioramento del comfort di alcuni servizi esistenti e la predisposizione di nuove attività.

Per quanto riguarda L'Ospedale del Delta è prevista:

- la realizzazione di una nuova sala d'attesa con ambulatorio interno per il Servizio Dialisi.

Mentre per quanto riguarda l'Ospedale S. Camillo di Comacchio sono previsti:

- il completamento della Camera Mortuaria;
- l'inizio del primo stralcio degli interventi di ristrutturazione dell'Ospedale al 3° e 4° piano;
- interventi in Pronto Soccorso per garantire un maggior grado di privacy degli operatori.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Argenta sono invece previsti:

- il completamento dell'adeguamento dell'intero Ospedale alle norme antincendio;
- il riadattamento del parcheggio interno;
- la ristrutturazione della palazzina dell'ex Dispensario a uso ambulatori specialistici, per l'attività libero professionale e per accogliere all'interno del perimetro ospedaliero quelle ultime attività territoriali (Salute Donna, Pediatria di Comunità, Salute

- Mentale e Igiene Pubblica) ancora attivi all'esterno dell'Ospedale;
- la climatizzazione nei reparti ancora sprovvisti;
 - l'inizio del cantiere di lavoro per lo schema direttore per la ristrutturazione dell'Ospedale.
- Tra i tanti obiettivi di miglioramento per quanto riguarda invece gli aspetti funzionali o l'insieme dell'offerta sanitaria si ricordano soprattutto, all'Ospedale del Delta:
- la riorganizzazione del personale medico della Unità Operativa di Medicina e di Lungodegenza;
 - la riorganizzazione del personale infermieristico della Cardiologia e della Pediatria;
 - il miglioramento dell'appropriatezza dell'attività di Day-Surgery e la riorganizzazione complessiva dell'attività del blocco operatorio;
 - l'apertura del nuovo servizio di Emodinamica attraverso un innovativo protocollo di collaborazione tra la Cardiologia del Delta, la Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara e l'Università di Ferrara;
 - l'apertura di un ambulatorio a Mesola ad accesso diretto per cardiopatici ischemici, gestito dalla Cardiologia ospedaliera e tesa a ridurre la mobilità passiva per queste patologie;
 - l'incremento dell'attività di chirurgia vascolare;
 - l'attivazione del percorso di angioplastica primaria, teso ad affrontare la patologia infartuale miocardica già nella fase di primo soccorso al domicilio del paziente, attraverso un protocollo tra 118 e Cardiologie provinciali;
 - la riorganizzazione dell'attività diabetologica;
 - le azioni per incrementare l'allattamento al seno che nel Distretto Sud Est presenta le percentuali minori rispetto all'intera Provincia;
 - l'incremento dell'attività dell'ambulatorio per l'Elettroencefalografia pediatrica e la diagnosi e la terapia della cefalea infantile;
 - l'incremento dell'attività endoscopica urologica.

All'Ospedale S. Camillo di Comacchio sono previste:

- la riorganizzazione del personale medico delle Unità Operative di Medicina e Lungodegenza;
- il miglioramento dell'appropriatezza dell'attività di Day-Surgery;
- l'incremento dell'attività epatologica e di fisiopatologia digestiva;
- il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri in Lungodegenza Post Acuzie;

All'Ospedale di Argenta sono invece previsti:

- il potenziamento dell'attività di chirurgia vascolare in regime di Day-Surgery;
- il collegamento web tra il laboratorio analisi con i reparti di degenza e il Pronto Soccorso;
- l'attivazione di un percorso di Day-Service in pneumologia;
- il miglioramento complessivo dello standard di riferimento chirurgico per l'intera équipe;
- il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle indagini diagnostiche richieste dal Pronto Soccorso;
- la rimodulazione dell'attività ecografica presso l'Unità Operativa di Radiologia.

| OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE 2005 DEL PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO DI INTERESSE AZIENDALE | | |
|---|---|--|
| Numero obiettivo | Titolo dell'obiettivo | STRUTTURE COINVOLTE |
| 1 | Sviluppo del sistema di analisi delle attività ospedaliere. | Direzione PUO Controllo Gestione Sistema Informativo |
| 2 | Analisi e proposte di modelli di attività di osservazione breve intensiva. | Direzione PUO |
| 3 | Analisi costi dell'attività di videolaparoscopia. | Direzione PUO |
| 4 | Supporto ai DCP 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 di Ferrara e Dipartimento Interaziendale Cardiologico. | Direzione PUO Dipartimento Medicina Dipartimento Emergenza |
| 7 | Riorganizzazione attività diabetologica. | Dipartimento Medicina Dipartimento Cure Primarie |
| 8 | Percorsi facilitati in Pneumologia. | Dipartimento Medicina Dipartimento Cure Primarie |
| 9 | Distribuzione farmaci ad alto costo. | Dipartimenti Ospedalieri Dipartimento Farmaceutico |
| 10 | Dimissione protetta con eventuale attivazione Assistenza Domiciliare Integrata. | Dipartimento Medicina Staff ADI Dipartimento Cure Primarie. |
| 11 | Preparazione protocollo aziendale per uso appropriato di EEG. | Dipartimento Medicina |
| 12 | Linee guida per diagnosi e trattamento patologie del ginocchio. | Dipartimento Chirurgia |
| 13 | Informatizzazione sale operatorie. | Dipartimento Emergenza CED |
| 14 | Omogeneizzazione rilevazione codici bianchi in Pronto Soccorso. | Dipartimento Emergenza |
| 15 | Miglioramento appropriatezza prescrittiva indagini diagnostiche in Pronto Soccorso. | Dipartimento Emergenza. Dip. Diagnostica Laboratorio Dip. Diagnostica Immagini |
| 16 | Appropriatezza prescrittiva di diagnostica per immagini. | Dip. Diagnostica Immagini Dipartimento Cure Primarie |
| 17 | Informatizzazione dati sulle infezioni in strutture sanitarie. | PUO Dip. Diagnostica Laboratorio |
| 18 | Miglioramento appropriatezza richieste medici di medicina generale per esami di laboratorio. | Dip. Diagnostica Laboratorio Dipartimento Cure Primarie |
| 19 | Teleconsulto medici di medicina generale in diagnostica di laboratorio. | Dip. Diagnostica Laboratorio Dipartimento Cure Primarie CED |
| 20 | Collegamento web Laboratorio/reparti. | Dip. Diagnostica Laboratorio CED |

**OBIETTIVI PROGRAMMAZIONE 2005 DEL PUO
DI INTERESSE DISTRETTUALE**

| Numero obiettivo | Titolo dell'obiettivo | STRUTTURE COINVOLTE |
|-------------------------|--|--|
| 1 | Analisi e proposta per l'attivazione del servizio dialisi urgente – Ospedale Delta. | Direzione PUO |
| 2 | Supporto organizzativo per intervento strutturale c/o ex dispensario – Ospedale Argenta. | Direzione PUO Dip. Attività Tecniche |
| 3 | Supporto organizzativo per intervento strutturale c/o Ospedale S.Camillo di Comacchio. | Direzione PUO Dip. Attività Tecniche |
| 4 | Monitoraggio e implementazione attività ambulatoriale a Mesola. | Direzione PUO Dipartimento Chirurgia Dipartimento Medicina Dipartimento Emergenza Dipartimento Cure Primarie |
| 5 | Incremento attività ambulatoriale di fisiopatologia digestiva – Ospedale Delta. | Dipartimento Medicina Dipartimento Cure Primarie |
| 6 | Incremento attività ambulatoriale di epatologia – Ospedali Delta e Comacchio. | Dipartimento Medicina Dipartimento Cure Primarie |
| 7 | Attivazione servizi emodinamica – Ospedale Delta. | Dipartimento Medicina |
| 8 | Attivazione ambulatorio per cardiopatici ischemici a Mesola. | Dipartimento Medicina Dipartimenti Cure Primarie |
| 9 | Incremento attività flebologica – Ospedale Argenta. | Dipartimento Chirurgia Dipartimento Emergenza |
| 10 | Incremento attività flebologica – Ospedale Delta. | Dipartimento Chirurgia |
| 11 | Incremento attività di diagnostica invasiva e chirurgia ambulatoriale – Ospedale Delta. | Dipartimento Chirurgia Dipartimento Cure Primarie |
| 12 | Incremento azioni per favorire l'allattamento al seno Ospedale Delta. | Dipartimento Materno Infantile Dipartimento Cure Primarie |
| 13 | Riduzione isteroscopia in narcosi – Ospedale Delta. | Dipartimento Materno Infantile |
| 14 | Riduzione 2% tagli cesarei – Ospedale Delta. | Dipartimento Materno Infantile |
| 15 | Aumento attività ambulatorio di neuropsichiatria – Ospedale Delta. | Dipartimento Materno Infantile |
| 16 | Riduzione tempi di attesa ambulatorio allergologia pediatrica. | Dipartimento Materno Infantile |
| 17 | Miglioramento appropriatezza attività di Day Surgery – Ospedali Delta e Comacchio. | Dipartimento Chirurgia Dipartimento Emergenza |
| 18 | Miglioramento appropriatezza richieste laboratoristiche Pronto Soccorso: Ospedale Delta. | Direzione PUO Dip. Diagnostica Laboratorio Dipartimento Emergenza |
| 19 | Screening tumori colon retto – Ospedale Delta. | Dip. Diagnostica Laboratorio Dipartimento Sanità Pubblica |

6. CONSUMI DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE E AMBULATORIALI: LE DINAMICHE DI UTILIZZO E I FLUSSI DI MOBILITÀ

I consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali: le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilità

Il tasso provinciale di ospedalizzazione risulta il più elevato della Regione (sia in forma grezza, sia in forma standardizzata), e il suo trend, dopo un triennio di sostanziale stabilità, ha ripreso 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 del Distretto Centro Nord e del Distretto Sud Est.

| TASSO GREZZO DI OSPEDALIZZAZIONE (2004) | | | | |
|---|-----------|-----------------|-------------|-----------|
| Regione | Provincia | Distretto | Distretto | Distretto |
| Emilia-Romagna | Ferrara | Distretto Ovest | Centro Nord | Sud Est |
| 193,72 | 225,36 | 197,56 | 239,01 | 221,29 |

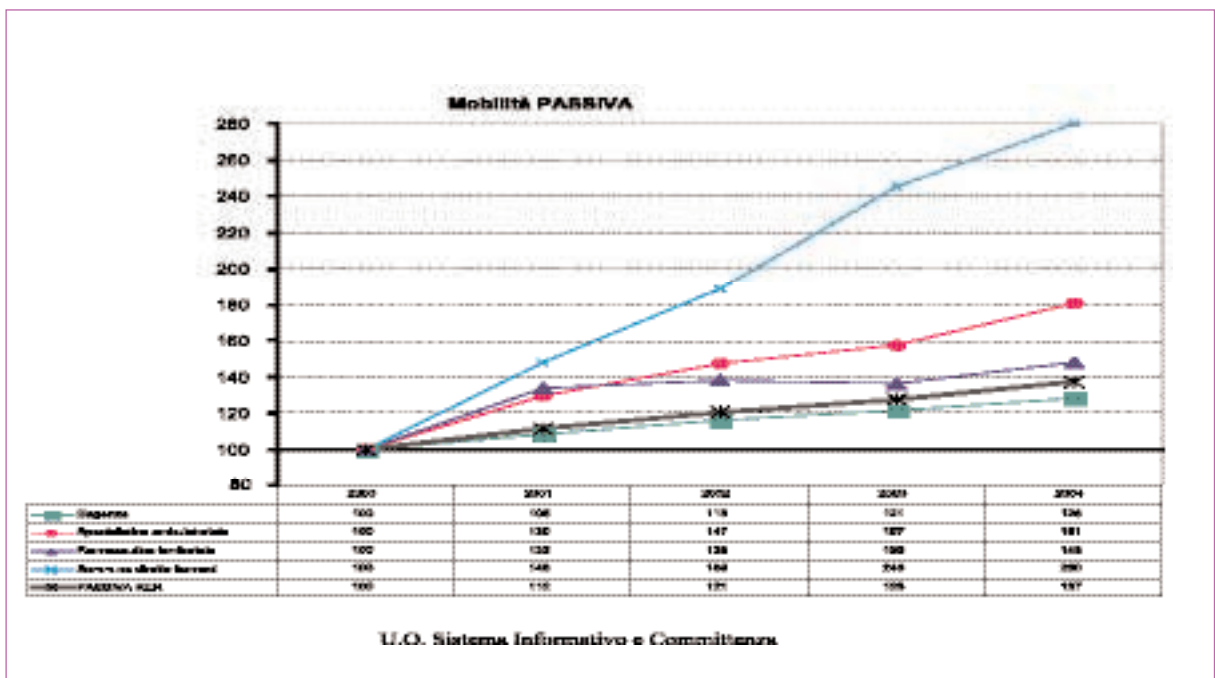
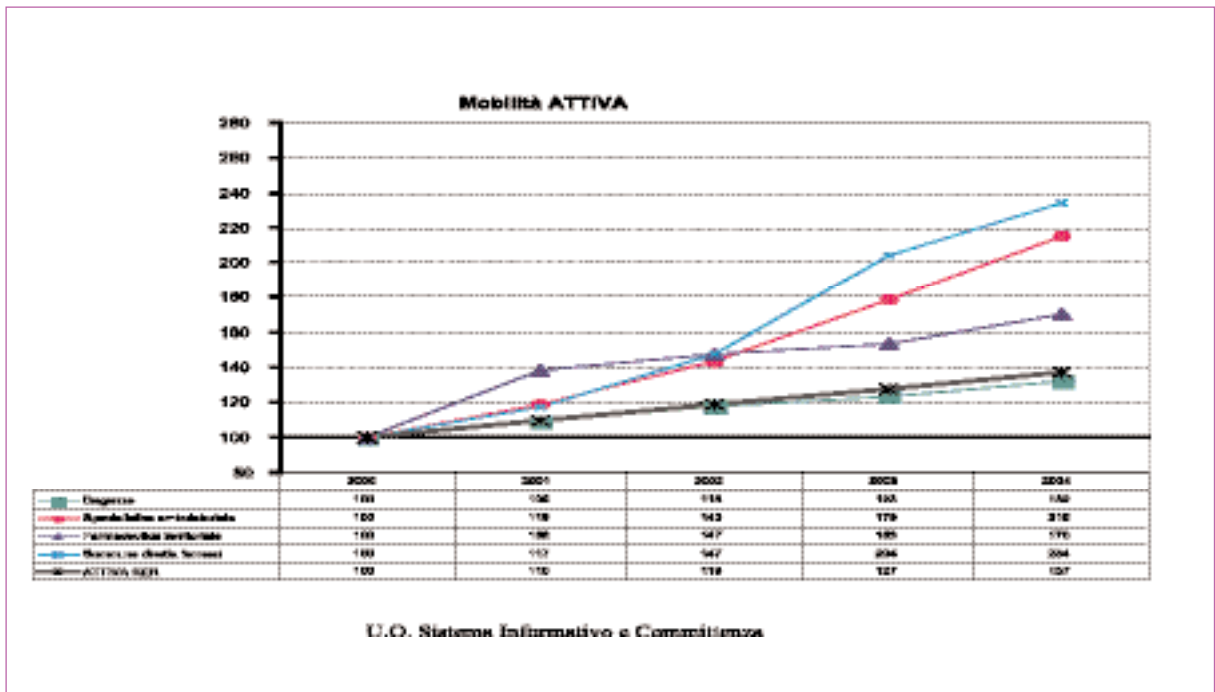
Le differenze rilevate nei consumi delle prestazioni di ricovero tra le diverse Province all'interno della Regione, ma anche tra i diversi Comuni, malgrado la standardizzazione per età e sesso, rimangono molto significative e sembrano essere più intimamente legate a differenze comportamentali piuttosto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

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.

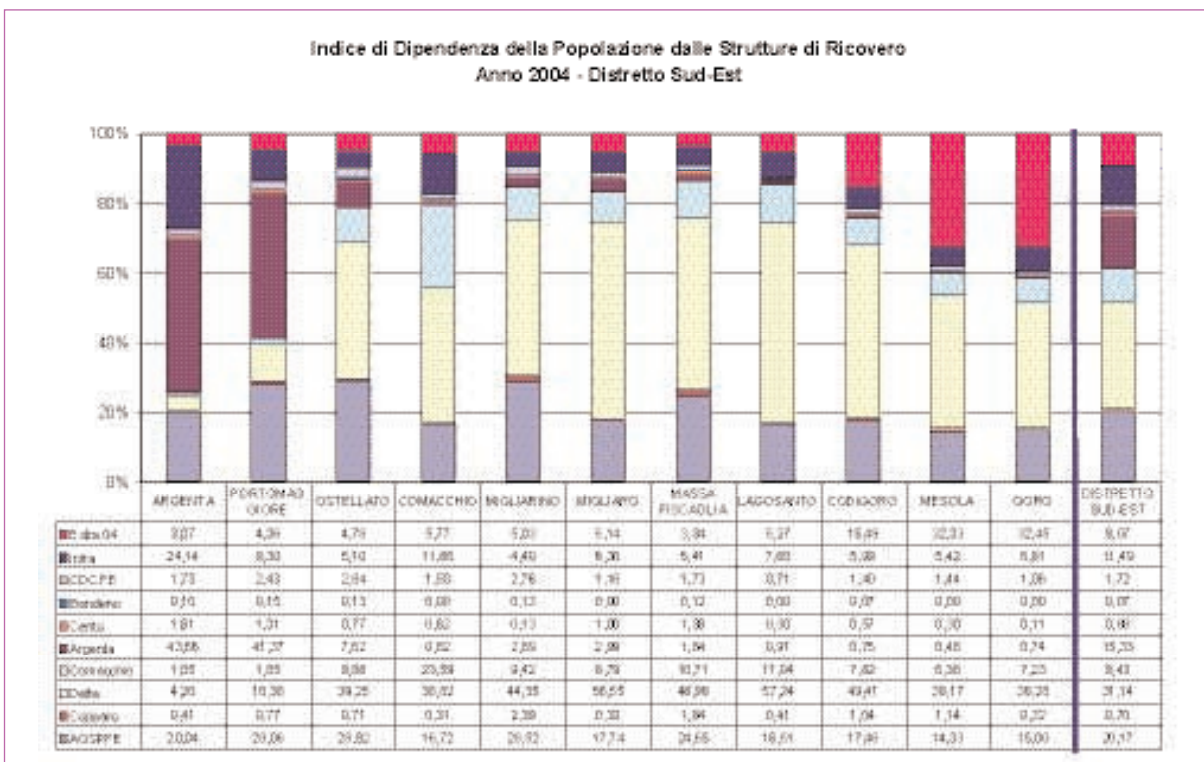
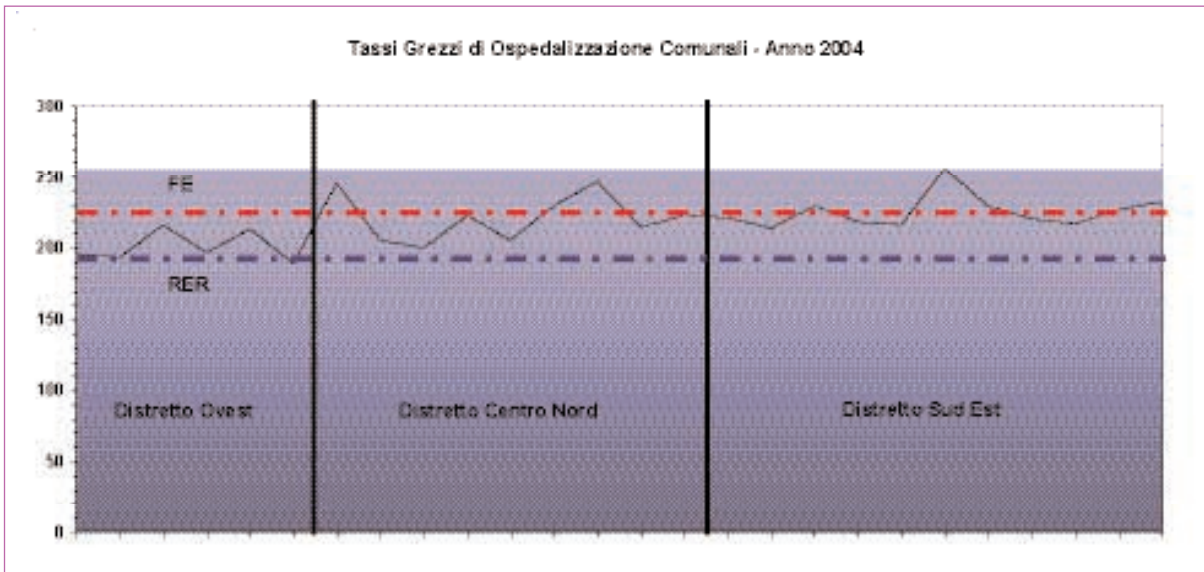
MOBILITÀ SANITARIA

- ❑ 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 rappresenta un area grigia della ricerca scientifica, ed è forse un problema maggiore per le aziende che per la comunità scientifica.
- ❑ In termini assoluti di costi sostenuti da parte della Regione Emilia-Romagna per 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 mobilità sanitaria nel-

l'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.



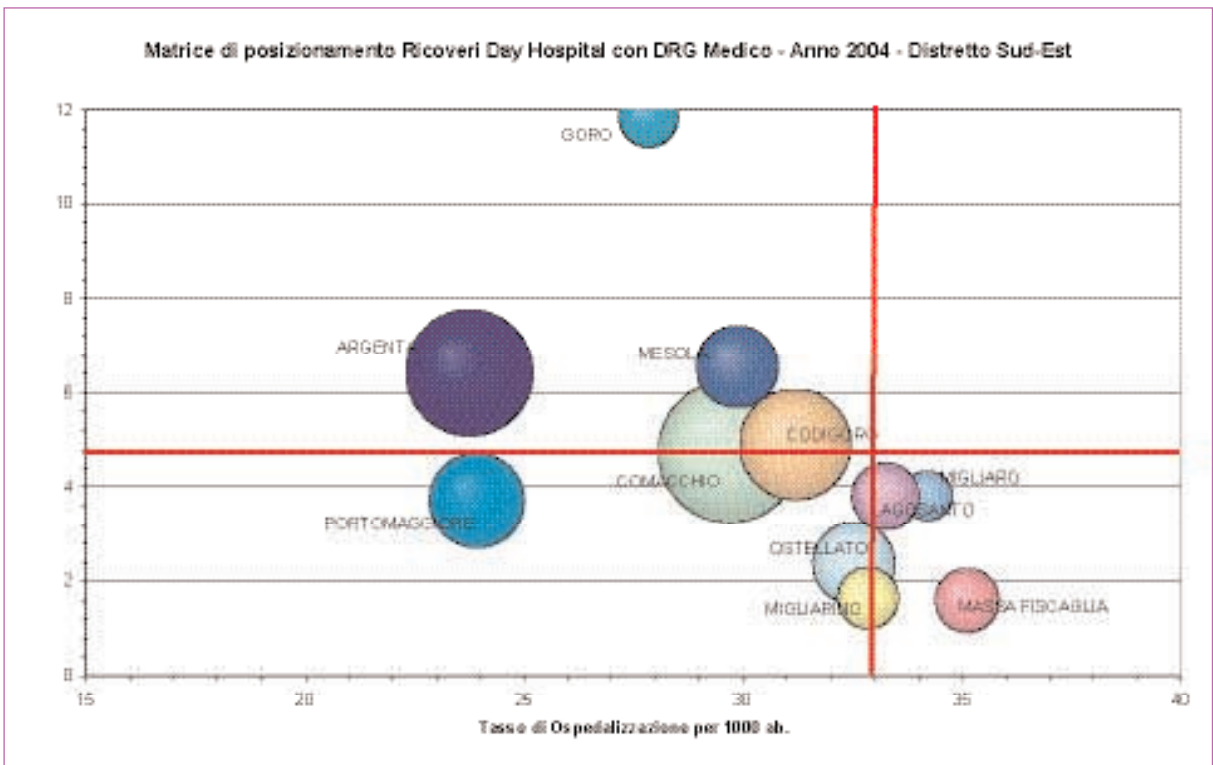
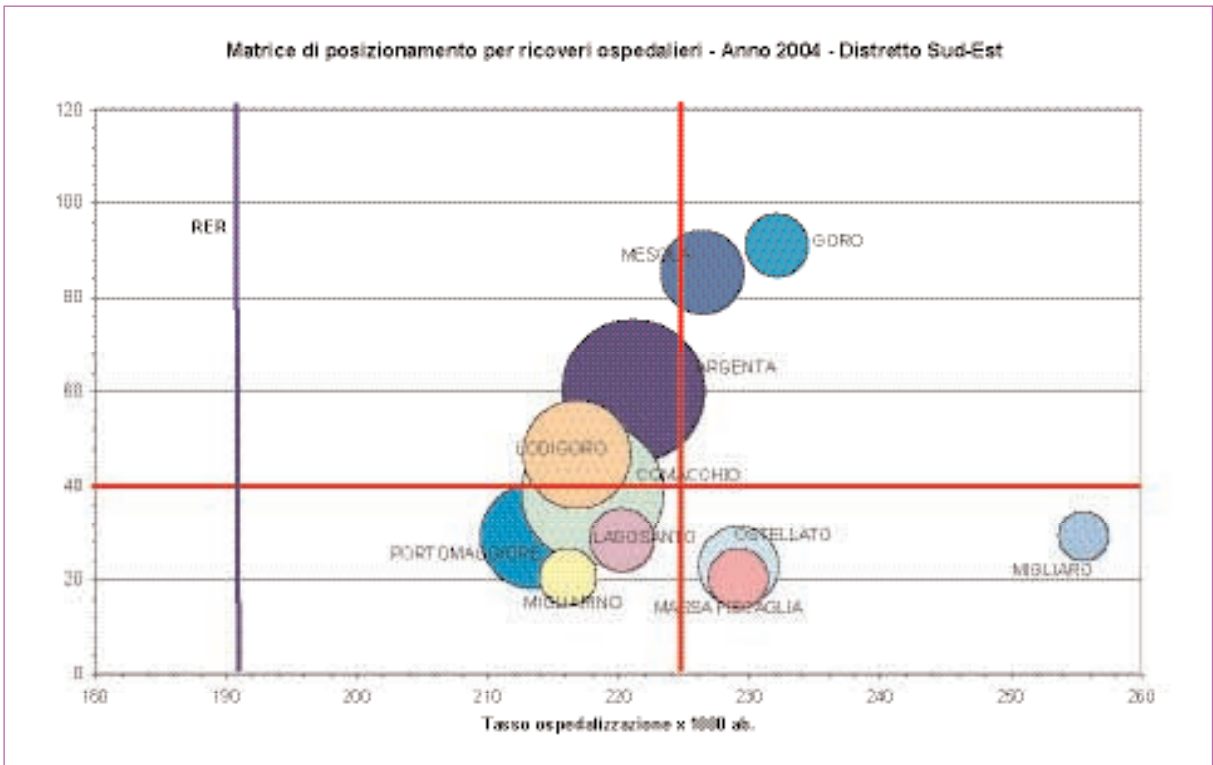
| ANDAMENTO SALDI MOBILITÀ RER | | | | | |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Totale | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| ATTIVA RER | 331.095.338 | 362.670.098 | 393.538.180 | 420.770.381 | 453.981.307 |
| PASSIVA RER | 133.964.847 | 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 |

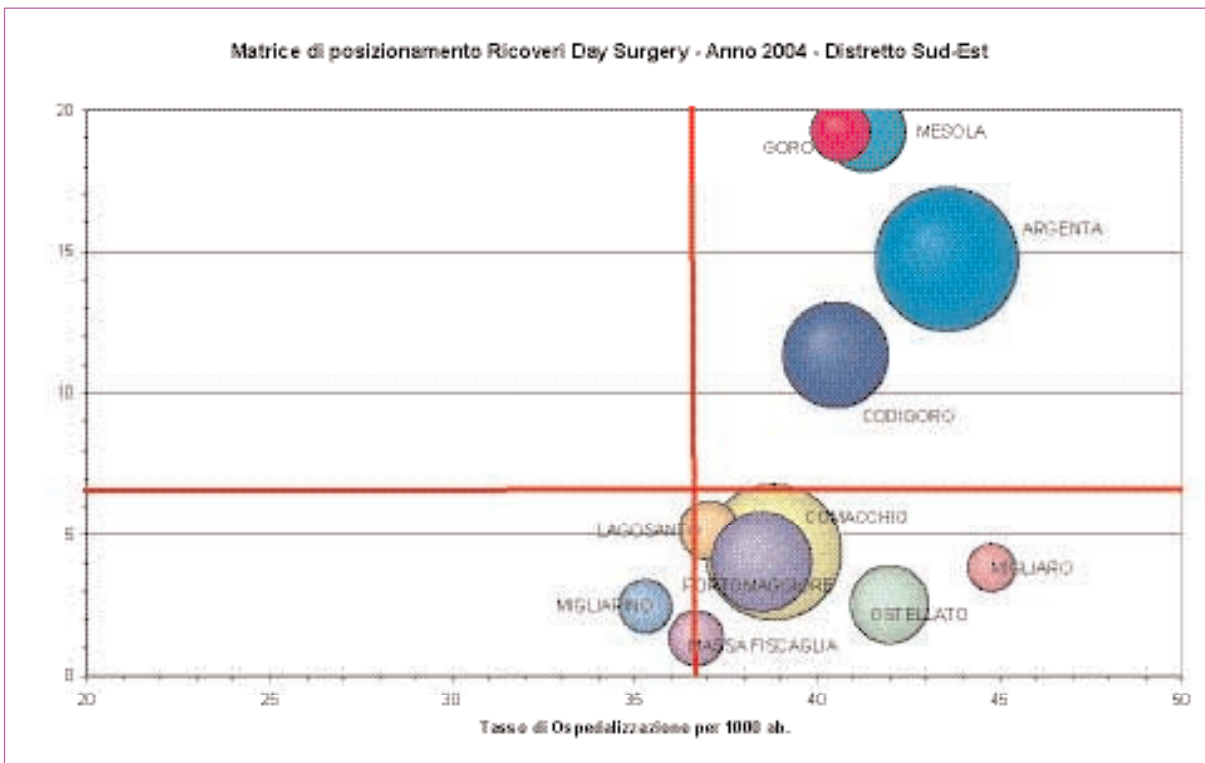


I tassi grezzi di ospedalizzazione della Provincia di Ferrara sono molto elevati, al di sopra di 34 punti dalla media regionale (234 contro 197 ricoveri per mille abitanti). Nel Distretto Sud Est il tasso di ospedalizzazione è omogeneo se confrontato con la media provinciale, ma elevato se confrontato con la media regionale, soprattutto nei Comuni di Ostellato, Migliaro, Massafiscaglia, Mesola e Goro, non dimostrando riduzioni significative rispetto ai dati rilevati nel 2003.

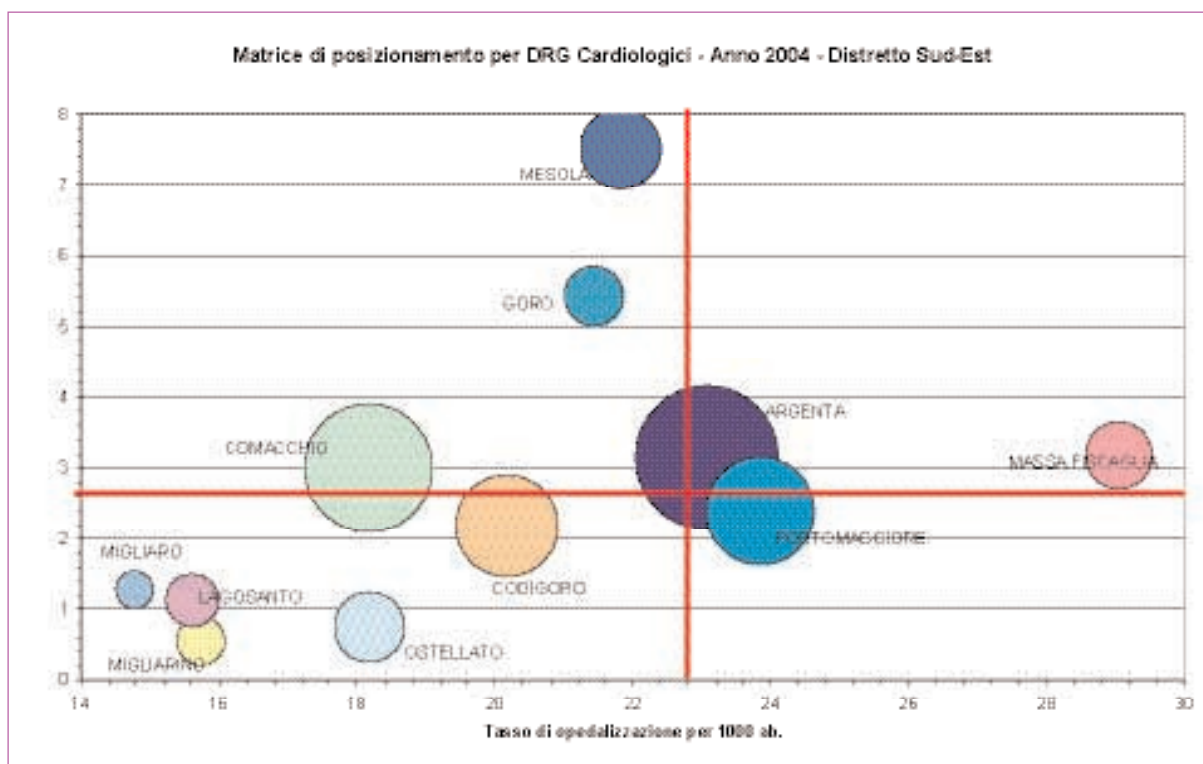
La popolazione fa riferimento alle strutture ospedaliere presenti sul territorio: nella zona Est agli ospedali di Lagosanto e Comacchio, nella zona Sud all'ospedale di Argenta. La capacità attrattiva dei nostri ospedali è buona, anche se si devono evidenziare le criticità dei Comuni di Mesola e Goro per mobilità extraregionale e del Comune di Argenta per mobilità intraregionale, presentando un quadro analogo al 2003.

Consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali:
le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilità



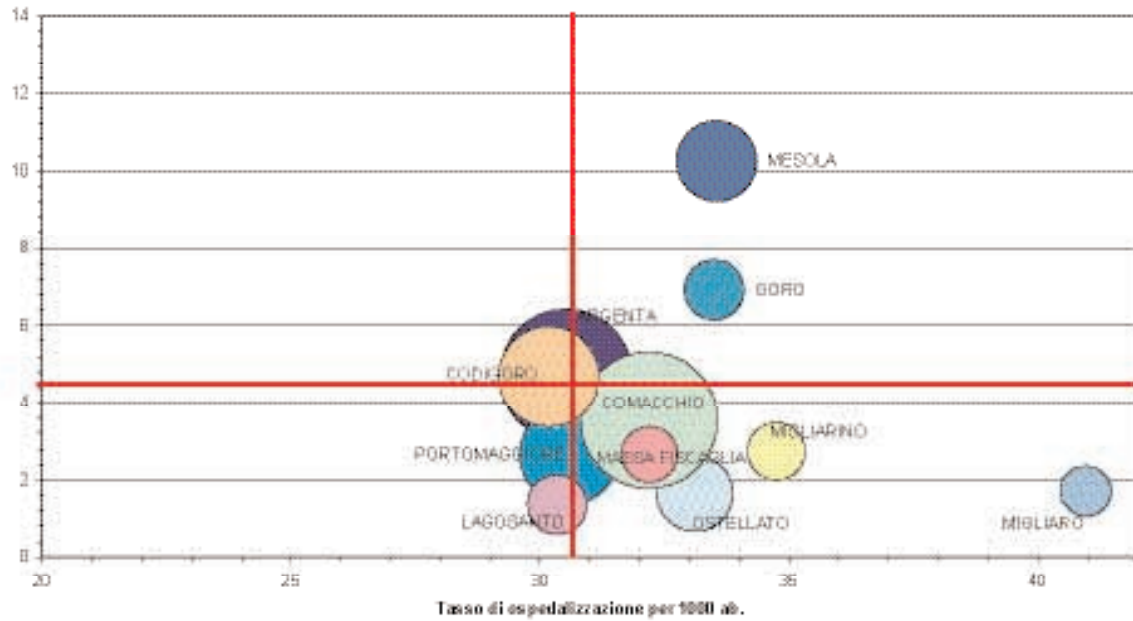


Se osserviamo le matrici di posizionamento rispetto alla mobilità passiva e al consumo di ricoveri per l'attività di ricovero generale, in Day Hospital e in Day Surgery dei diversi Comuni del Distretto, possiamo rilevare un'ampia variabilità che sottolinea le performance migliori per i Comuni che si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

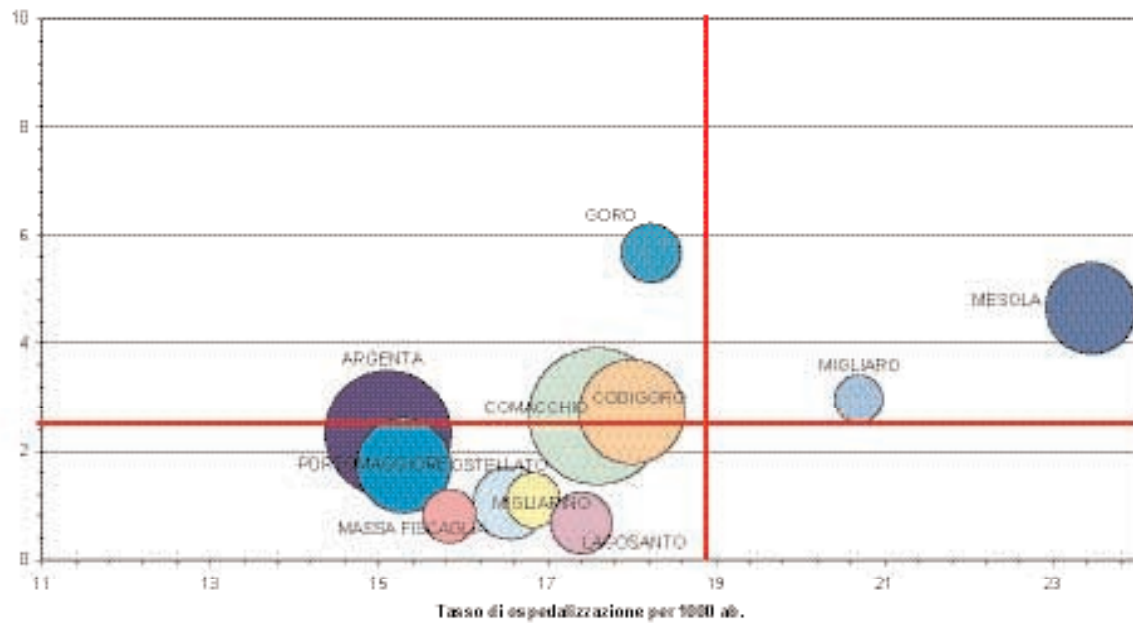


In modo analogo possiamo evidenziare le eventuali criticità presenti per patologie specifiche, come quelle in ambito cardiologico: nei Comuni di Argenta, Portomaggiore e Massafiscaglia si registra, ad esempio, un elevato consumo di ricoveri in buona parte in mobilità passiva; nel Comune di Mesola e in quello di Goro il tasso di ospedalizzazione è inferiore alla media provinciale, ma con elevato tasso di mobilità passiva. Nei confronti del 2003, sono migliorati i tassi dei Comuni di Codigoro e Migliarino rientrati nel quadrante in basso a sinistra.

Matrice di posizionamento per DRG Chirurgia Generale - Anno 2004 - Distretto Sud-Est

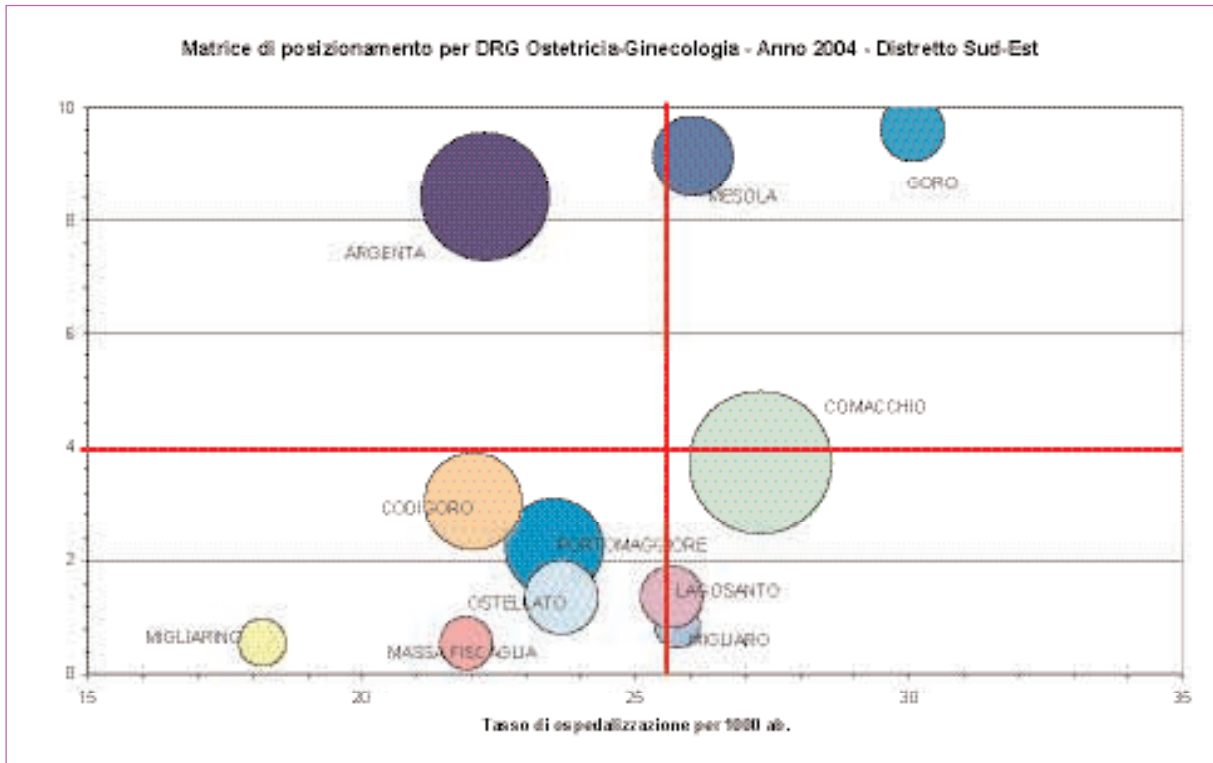


Matrice di posizionamento per DRG Gastroenterologia Anno 2004 - Distretto Sud-Est



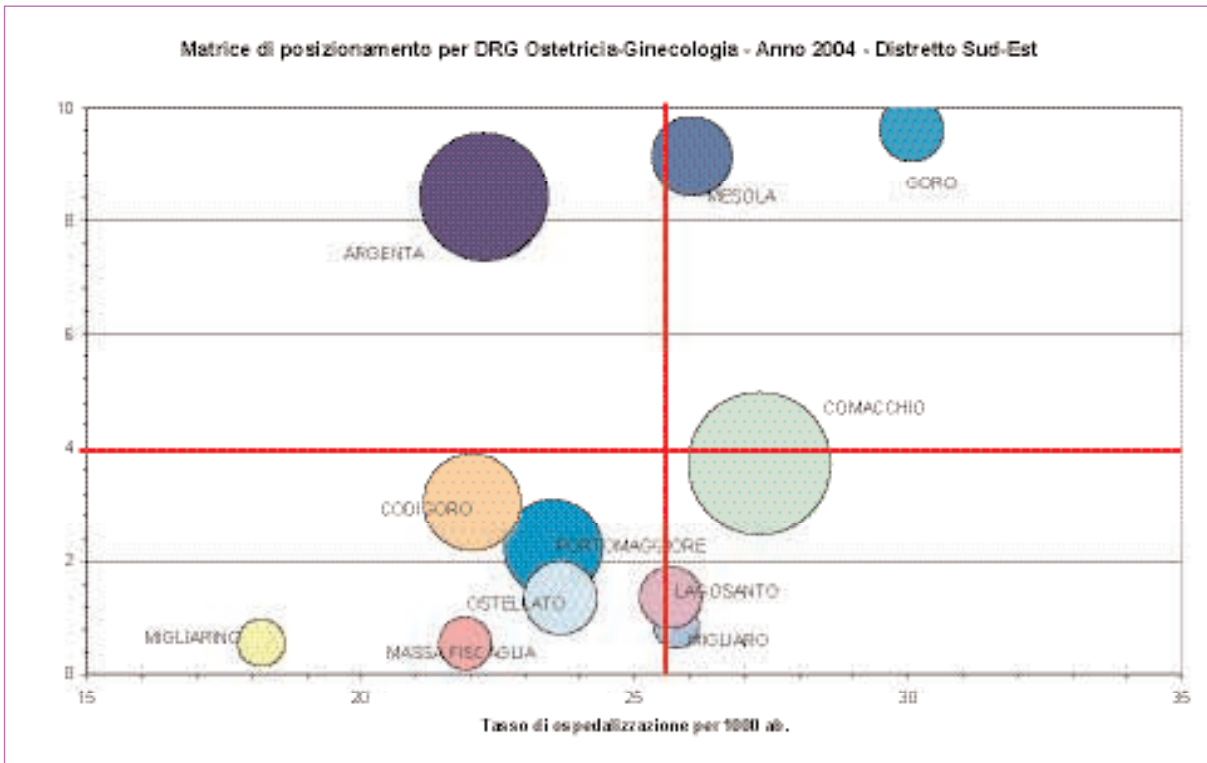
I consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali:
le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilità

Per quanto riguarda la chirurgia generale, si rileva un consumo elevato in molti Comuni del Distretto, e un'elevata mobilità passiva nei Comuni di Goro e Mesola. La gastroenterologia vede un tasso di ricoveri appropriato in molti comuni del Distretto, a eccezione dei Comuni di Migliaro e Mesola, con una mobilità passiva elevata nei Comuni di Mesola e Goro.

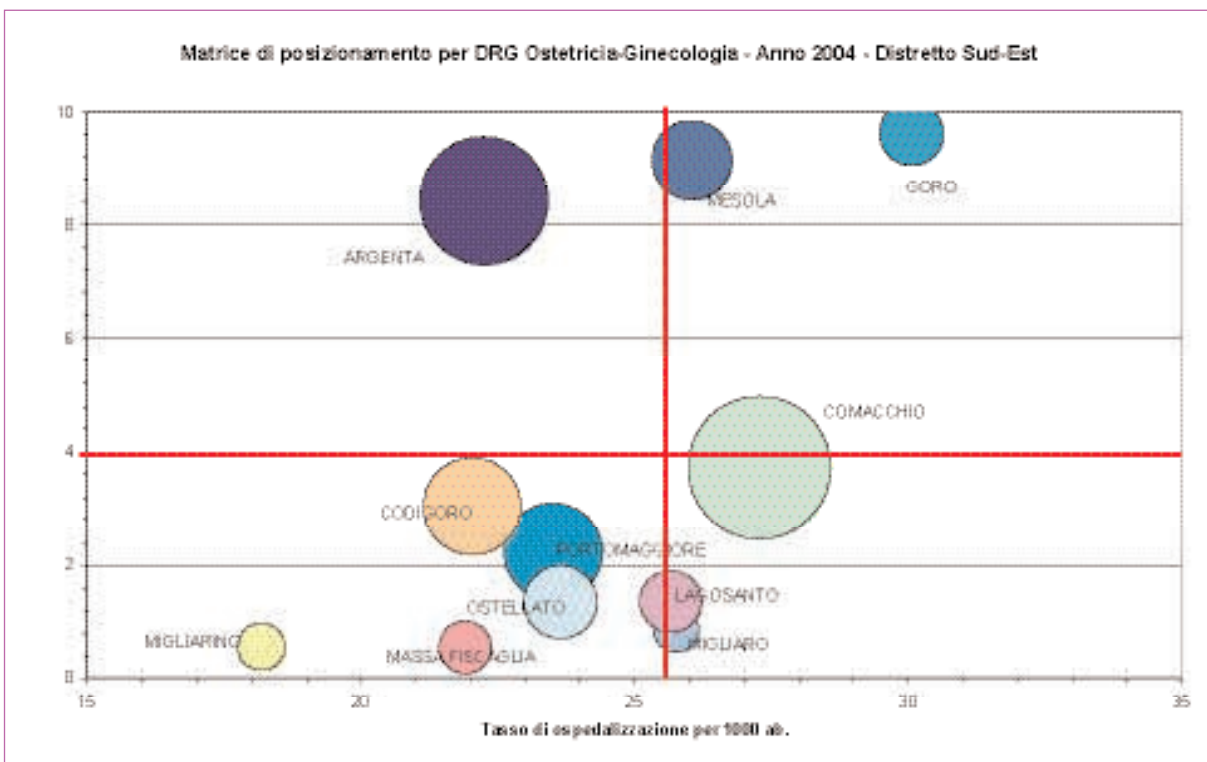


I ricoveri ostetrico-ginecologici vedono consumi appropriati e una mobilità passiva nei Comuni di Goro, Argenta e Mesola, soprattutto per i DRG¹ ostetrici.

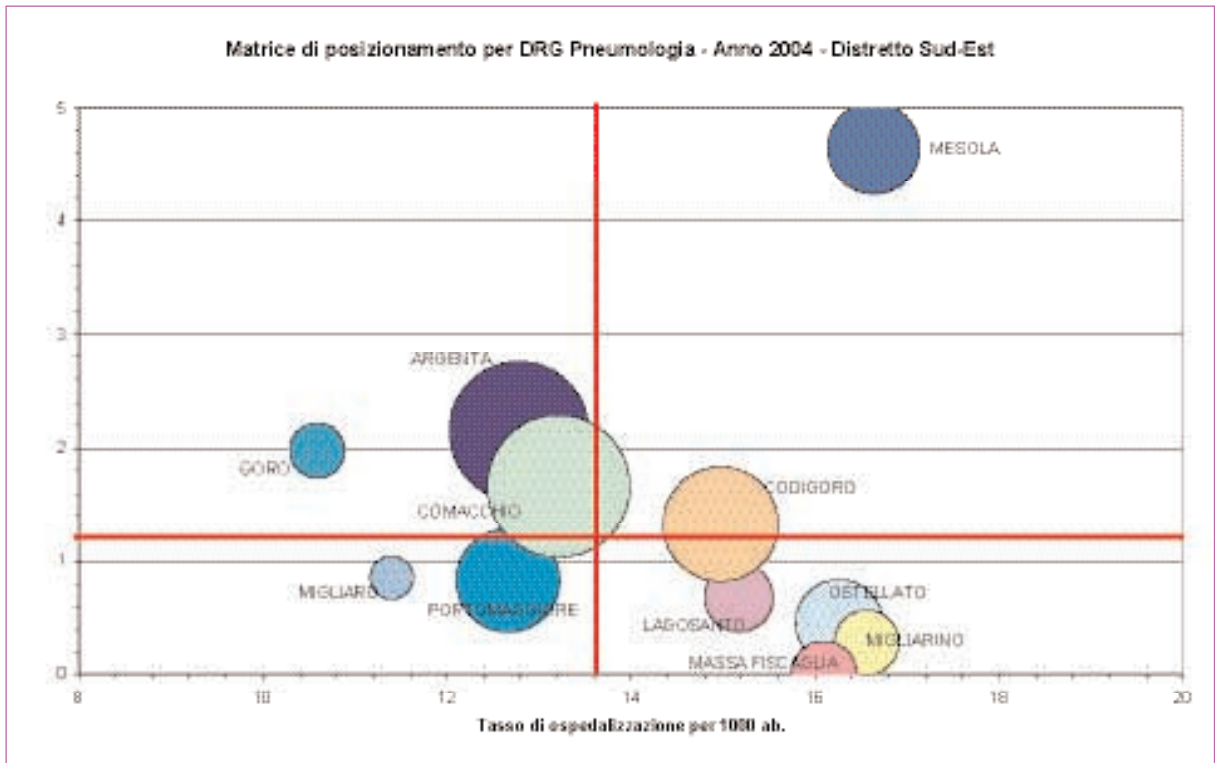
¹ DRG, in italiano ROD: Raggruppamenti omogenei di diagnosi. È un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali, che attualmente viene utilizzato anche in Italia come base per il finanziamento delle Aziende Ospedaliere. Tale sistema si basa su alcune informazioni contenute nella scheda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



I ricoveri oncologici presentano un'ampia variabilità, caratterizzata dalla mobilità passiva nei Comuni di Mesola, Goro e Argenta. Condizione sovrapponibile alla precedente si rileva per i ricoveri ortopedici e traumatologici.

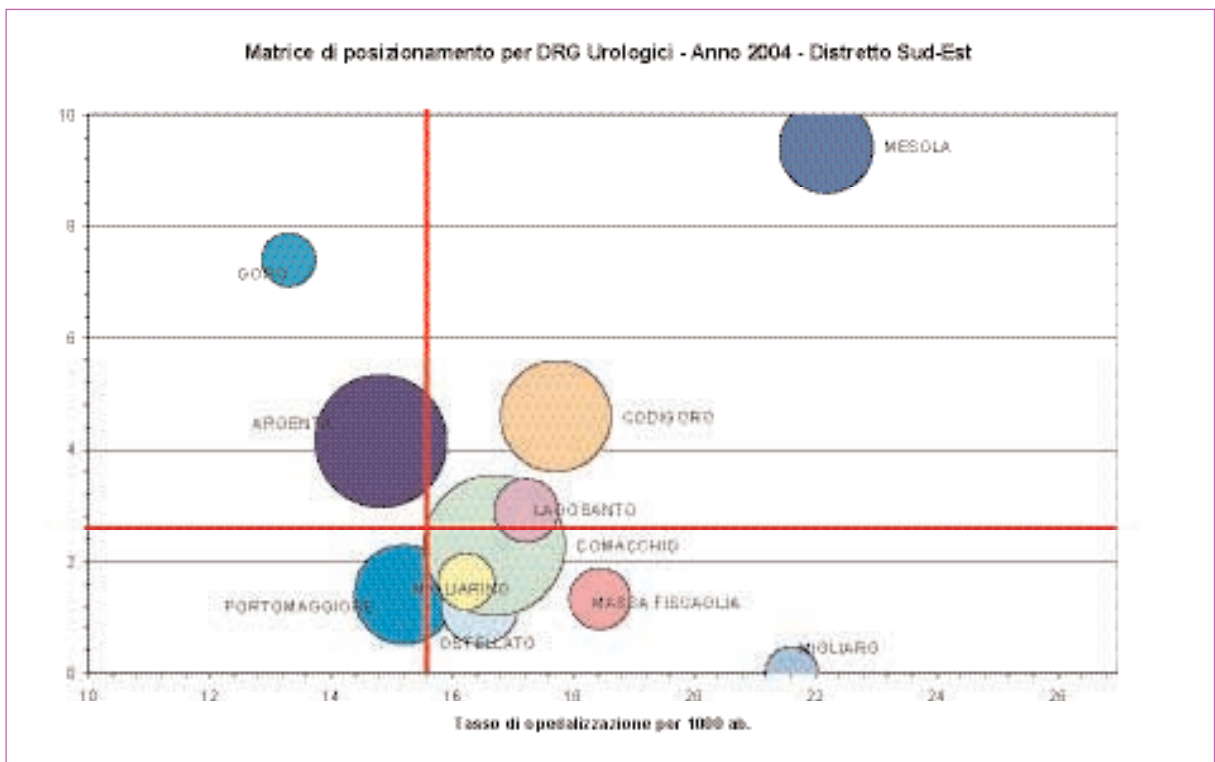


I consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali:
le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilità



L'alto consumo dei ricoveri pneumologici rispecchia l'alta incidenza delle patologie polmonari del nostro Distretto; si rileva comunque un'elevata mobilità passiva in numerosi Comuni.

I ricoveri urologici evidenziano una mobilità passiva elevata in molti Comuni del Distretto.



SPECIALISTICA

Nel corso del 2004 si è ulteriormente sviluppato a livello regionale il sistema informativo per la rilevazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che consente un confronto affidabile sui dati di attività della nostra Azienda con quelli regionali.

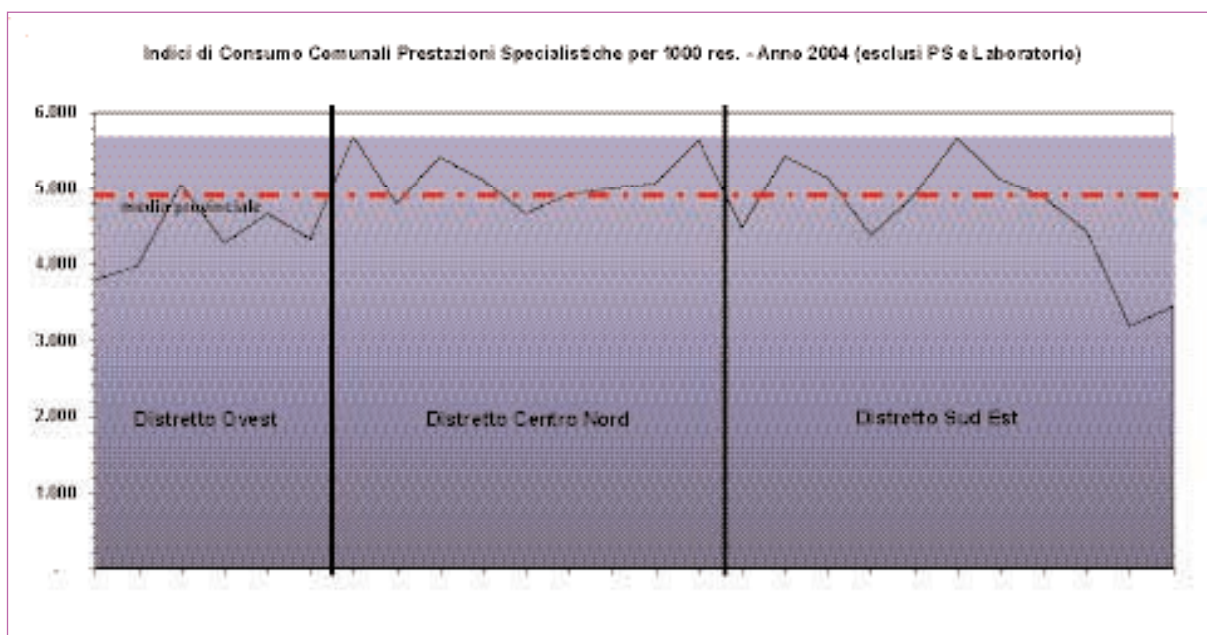
Come avviene per l'ospedalizzazione, anche nel settore della specialistica la Provincia di Ferrara evidenzia un consumo di prestazioni specialistiche molto elevato.

Nel Distretto Sud Est i Comuni di Portomaggiore, Ostellato, Migliaro, Massafiscaglia e Lagosanto hanno un consumo superiore alla media provinciale.

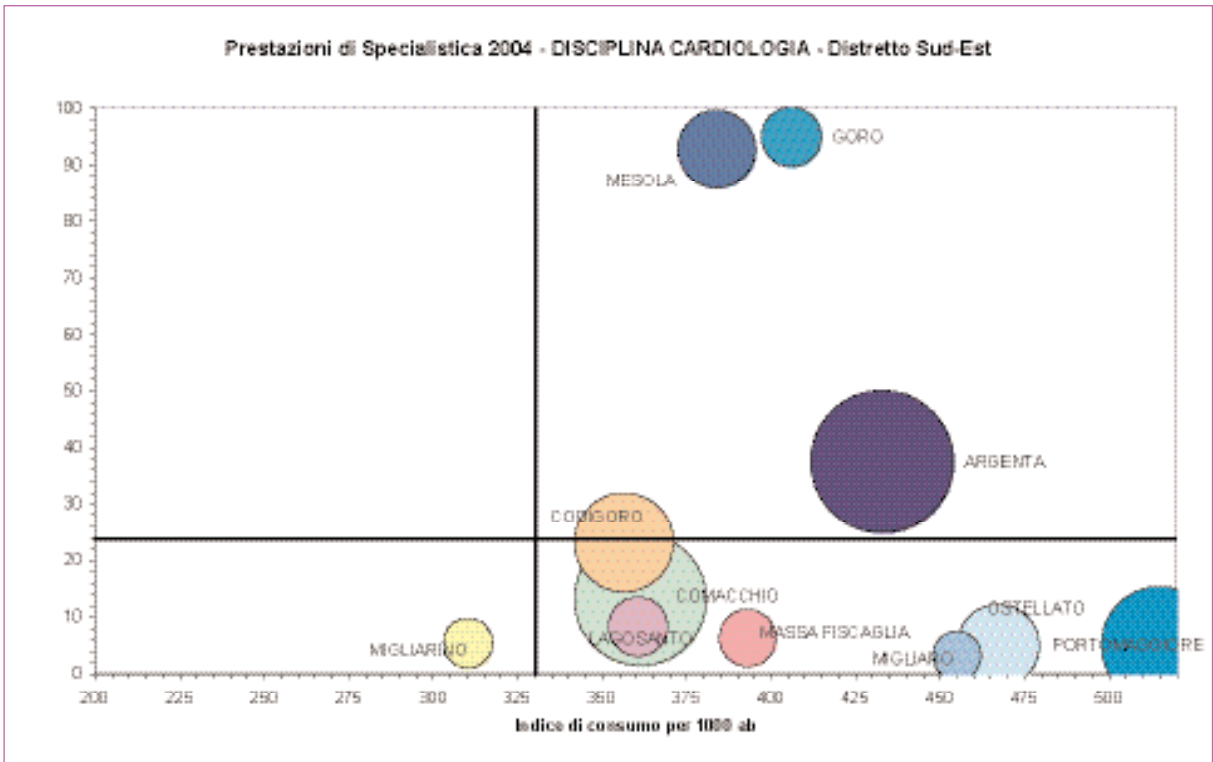
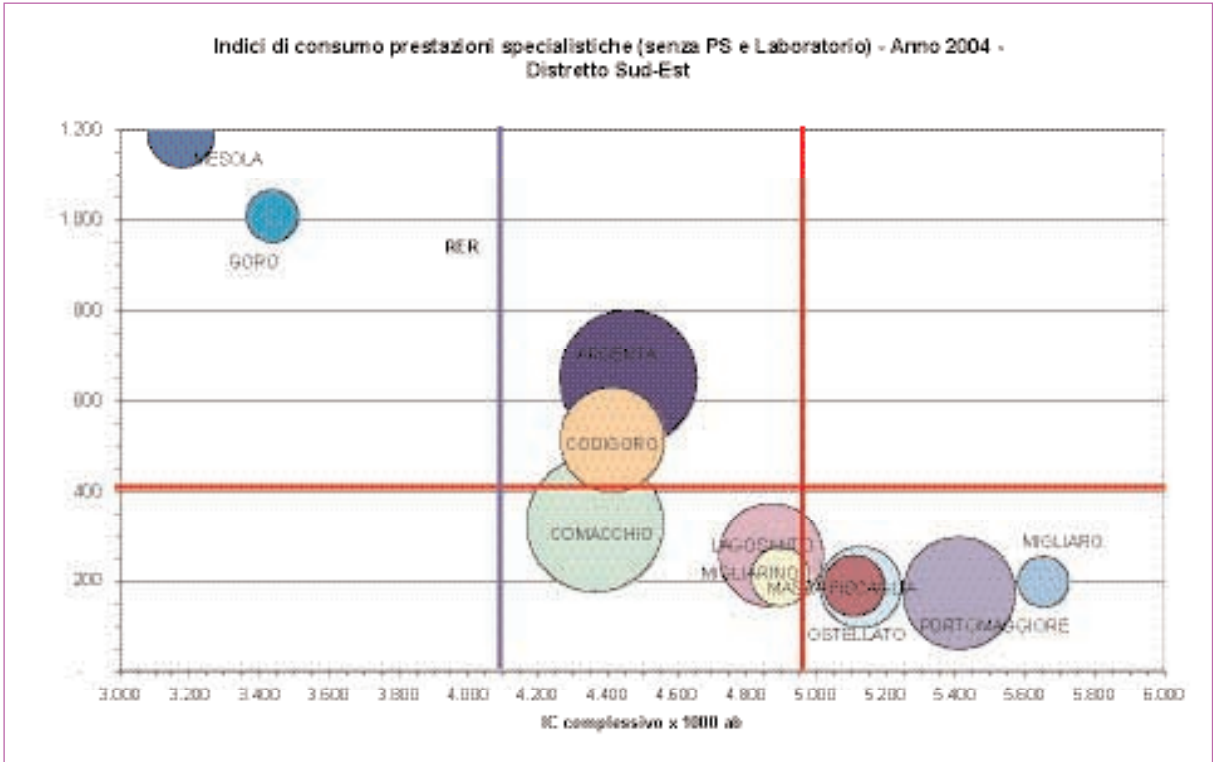
L'erogazione è garantita nei poliambulatori ospedalieri di Lagosanto, Comacchio e Argenta, nonché nei poliambulatori territoriali di Portomaggiore, Migliarino e Mesola, dove specialisti territoriali si integrano con quelli ospedalieri, anche se i tempi di attesa elevati e l'indice di performance basso favoriscono la mobilità verso altri Distretti.

La popolazione utilizza in modo diffuso la specialistica ambulatoriale, con una percentuale superiore al 90% (80% nel 2003), a eccezione dei Comuni di Mesola e Goro, dove si registra una consistente mobilità passiva extraregionale, e il Comune di Argenta con mobilità intraregionale.

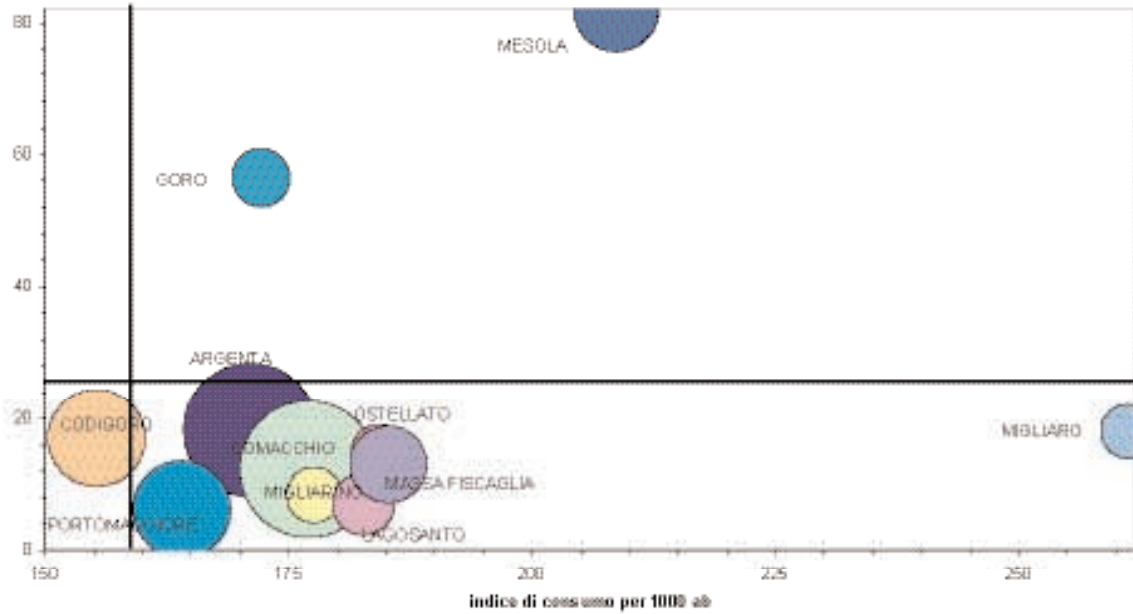
Alcuni Comuni si posizionano su consumi vicini a quelli provinciali, anche se la maggior parte ha un indice di consumo elevato, a eccezione dei Comuni di Mesola e Goro dove il consumo è ridotto, ma con una percentuale elevata di mobilità passiva. Quindi siamo in una situazione di iperconsumo sia per i ricoveri che per la specialistica, e non si registra, come avviene in altre Province della Regione, un trasferimento di attività e di risorse dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.



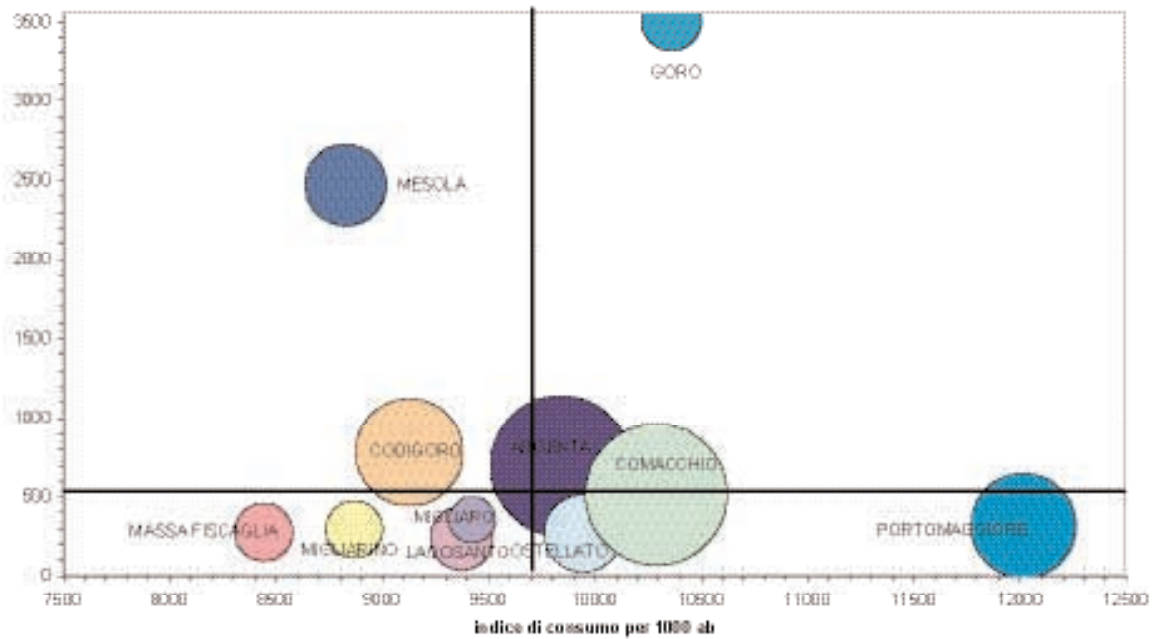
Consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali:
le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilità



Prestazioni di Specialistica 2004 - DISCIPLINA CHIRURGIA - (esclusione degli Eco Color Doppler) - Distretto Sud-Est

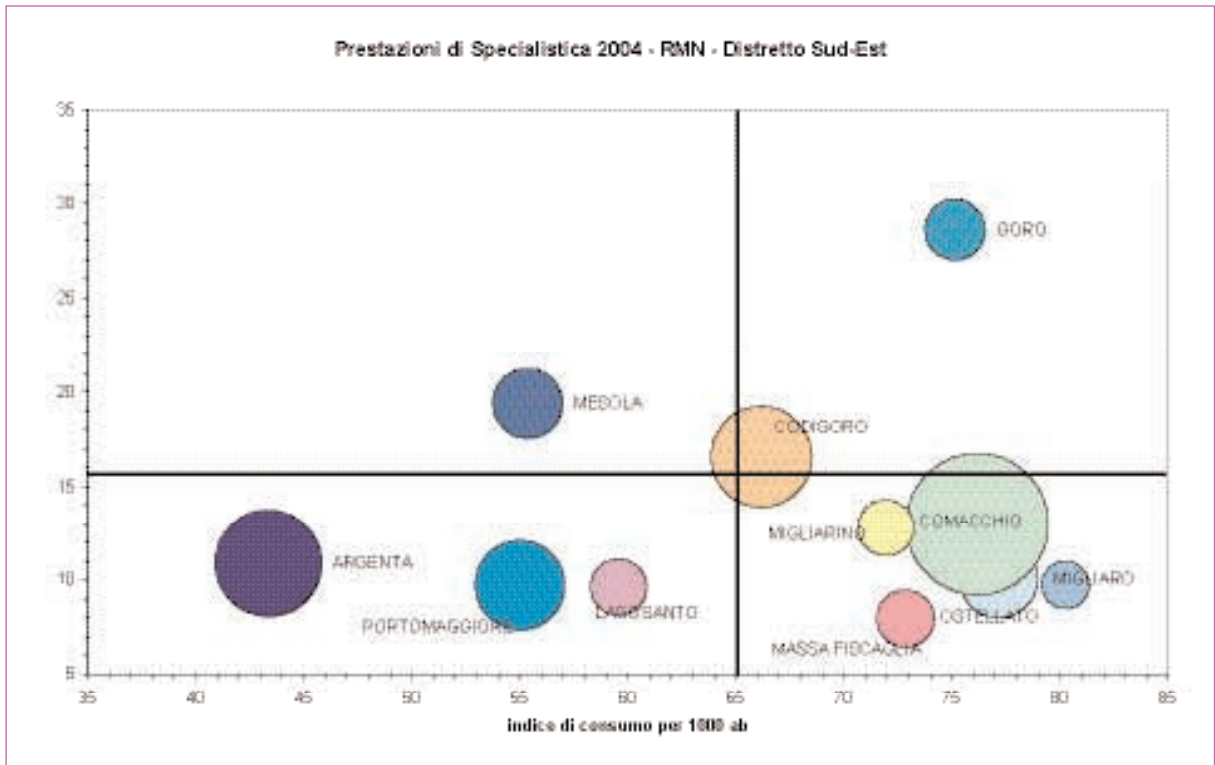
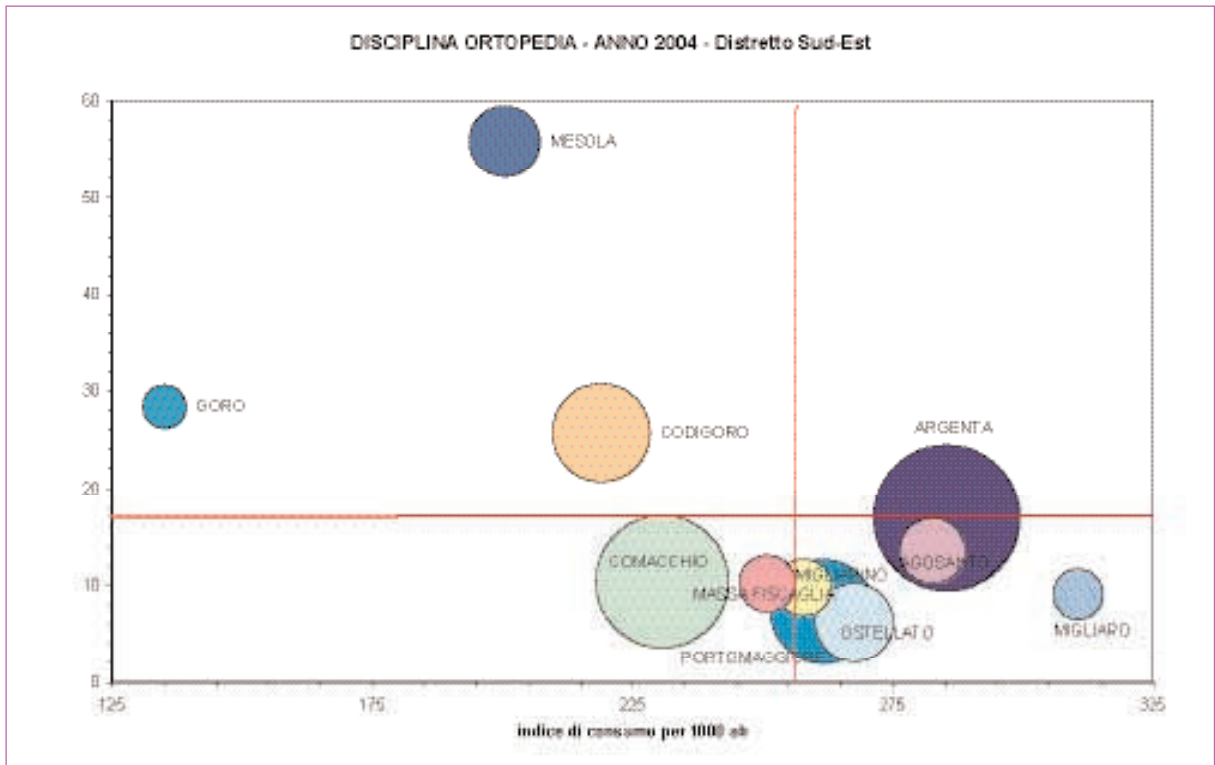


Prestazioni di Specialistica 2004 - DISCIPLINA LABORATORIO - Distretto Sud Est



I consumi di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali:
le dinamiche di utilizzo e i flussi di mobilità

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 e 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 | | | |
| | RICOVERI ORDINARI | | DAY HOSPITAL | |
| | AOSP | AUSL | AOSP | AUSL |
| | tipi di interventi | | | |
| Apparato cardiocircolatorio | 370 | 346 | 7 | 4 |
| Sistema nervoso | 208 | 132 | 286 | 24 |
| Apparato digerente | 205 | 163 | 104 | 54 |
| Fegato, vie biliari, pancreas | 81 | 66 | 298 | 47 |
| Rene e vie urinarie | 88 | 71 | 119 | 26 |
| Apparato respiratorio | 15 | 13 | 168 | 51 |
| Pelle, sottocute e mammella | 85 | 37 | 62 | 18 |
| Mieloprolif. e neo sc. diff. | 32 | 7 | 80 | 40 |
| TOTALE | 1.084 | 835 | 1.124 | 264 |

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

| PROGETTO | RISULTATO ATTESO (BASE ANNUA) |
|---|-------------------------------|
| 1. Deospedalizzazione attività ortopedica trasferibile in ambulatorio | 400 |
| 2. Deospedalizzazione attività bioptica ginecologica | 400 |
| 3. Azzeramento follow-up oncologici | 600 |
| 4. Potenziamento attività di audit "istituzionale" | 200 |
| 5. Azzeramento cataratte erogate in regime 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 |

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.

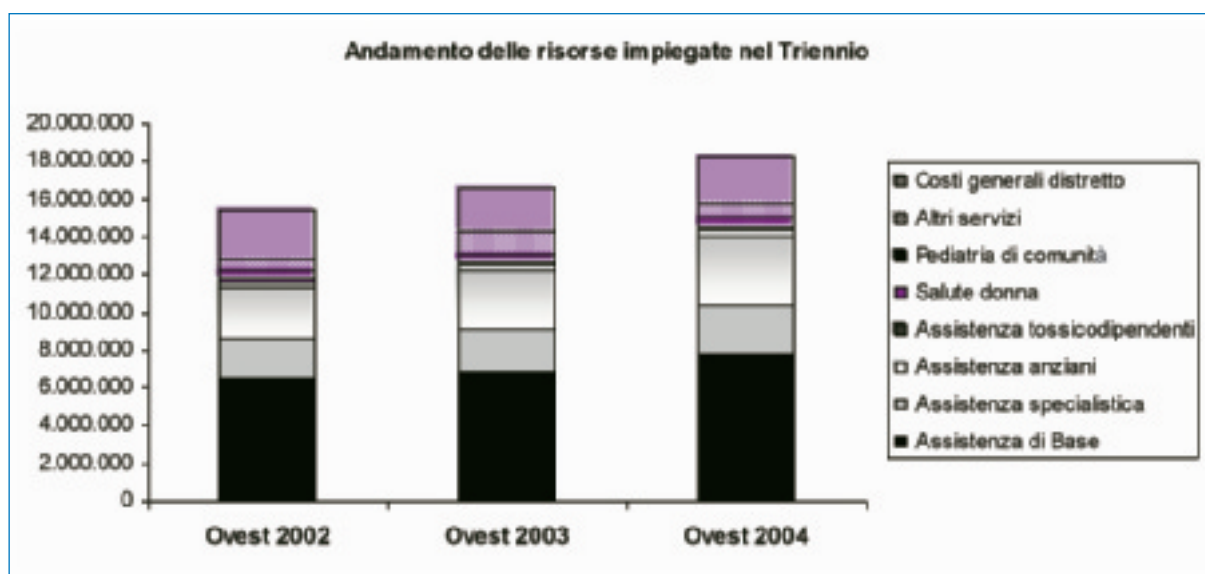
Di seguito vengono illustrati gli andamenti nel tempo delle risorse impiegate per l'erogazione dell'assistenza diretta nelle strutture dell'Azienda USL di Ferrara. Per assistenza diretta si intende che non vengono considerati i costi relativi alla mobilità passiva.

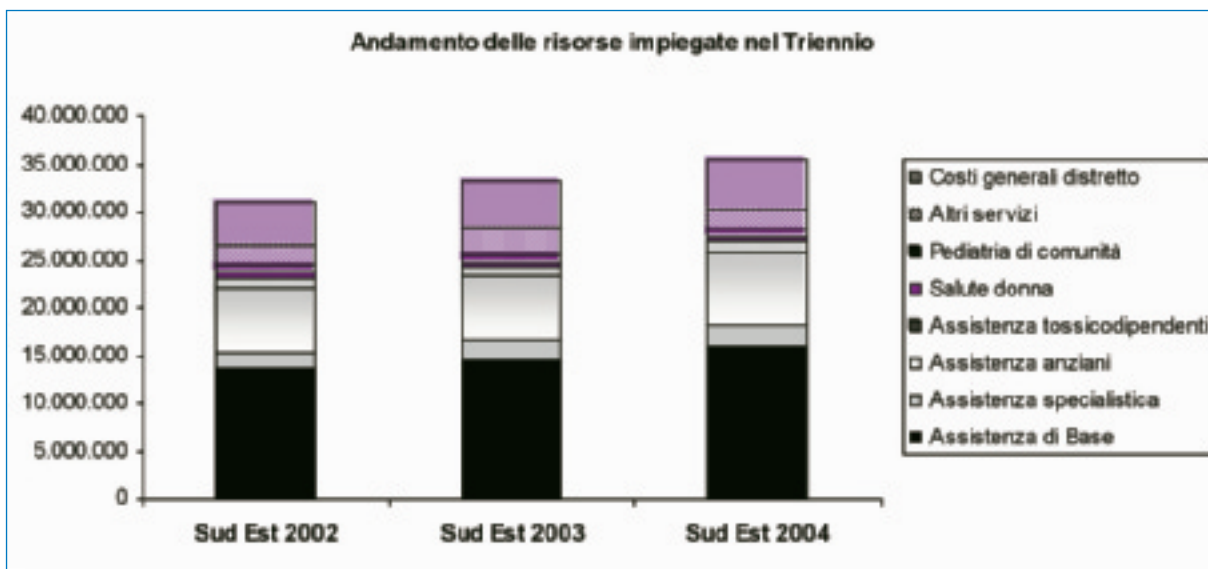
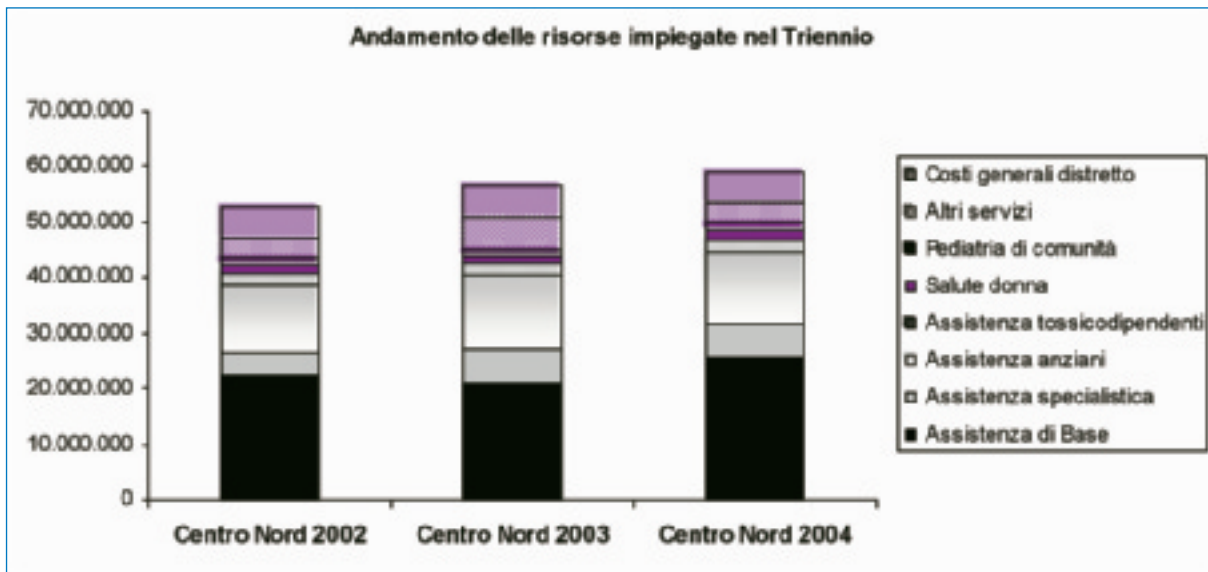
La tabella evidenzia la composizione percentuale delle principali articolazioni aziendali.

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)



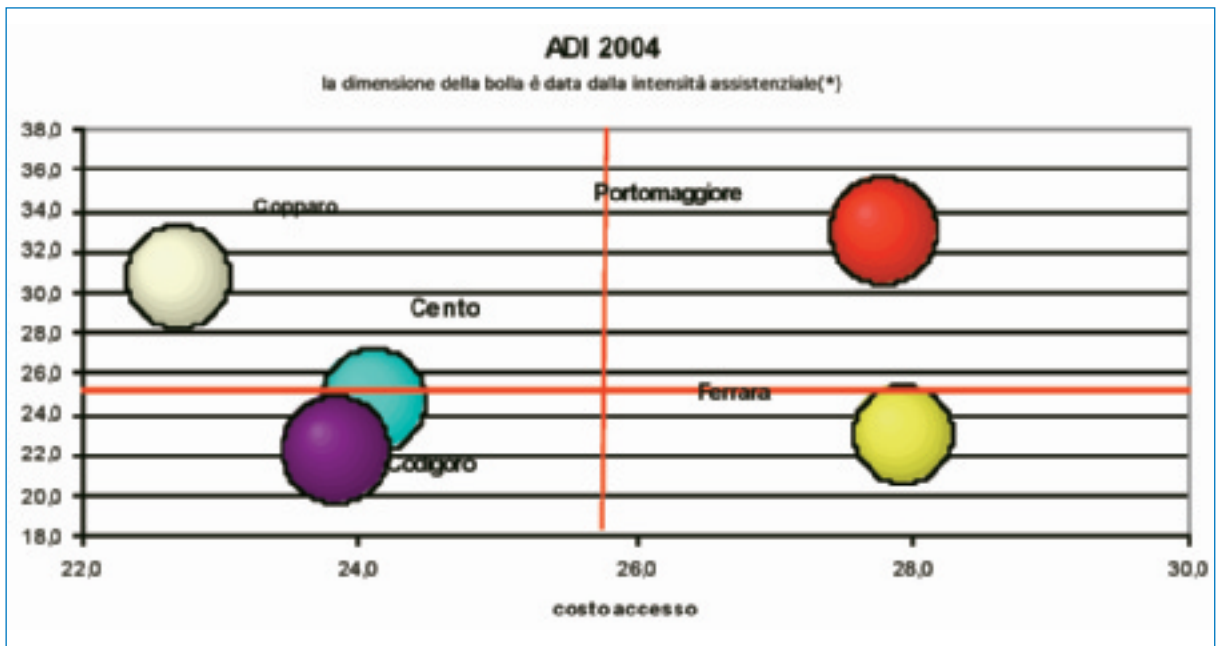


7.1. ANALISI DI EFFICIENZA DEI SERVIZI TERRITORIALI

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".



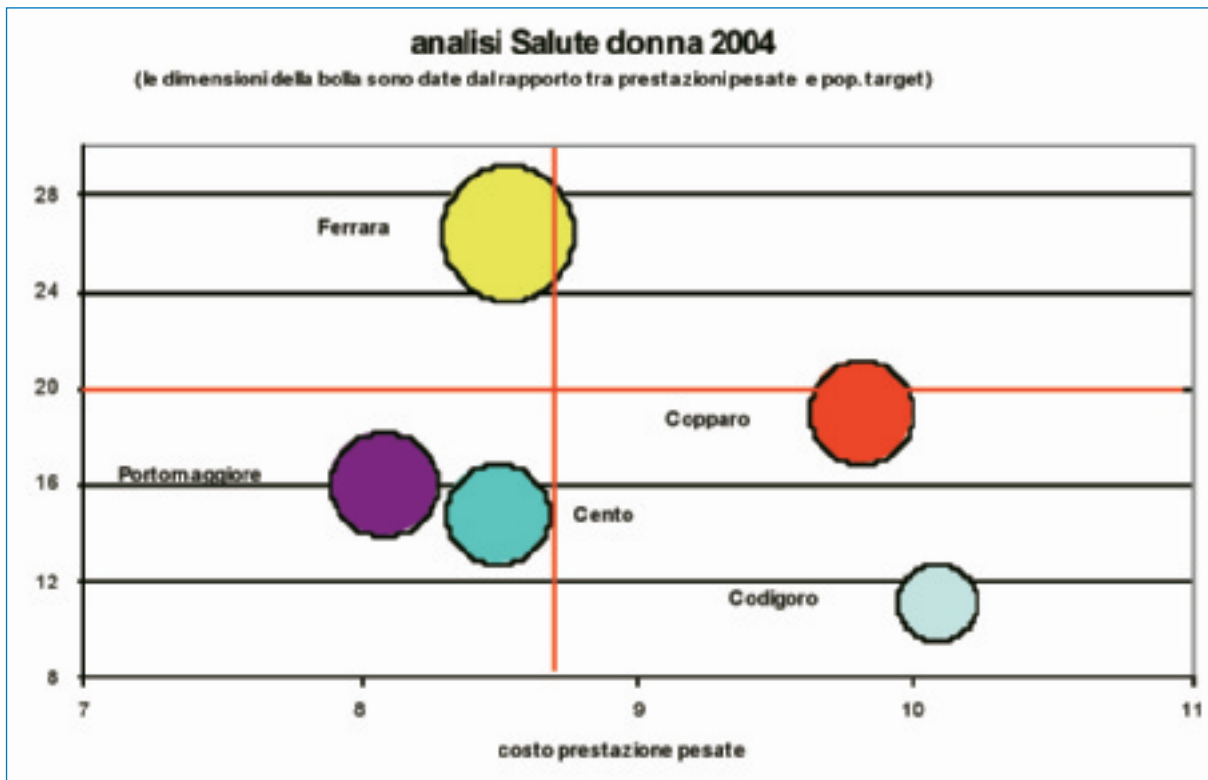
La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento ad una popolazione di età uguale e superiore ai 45 anni) di ogni Distretto, ed il costo di accesso (s'intende l'accesso dei diversi operatori al domicilio del paziente). Il sovradimensionamento delle risorse 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).

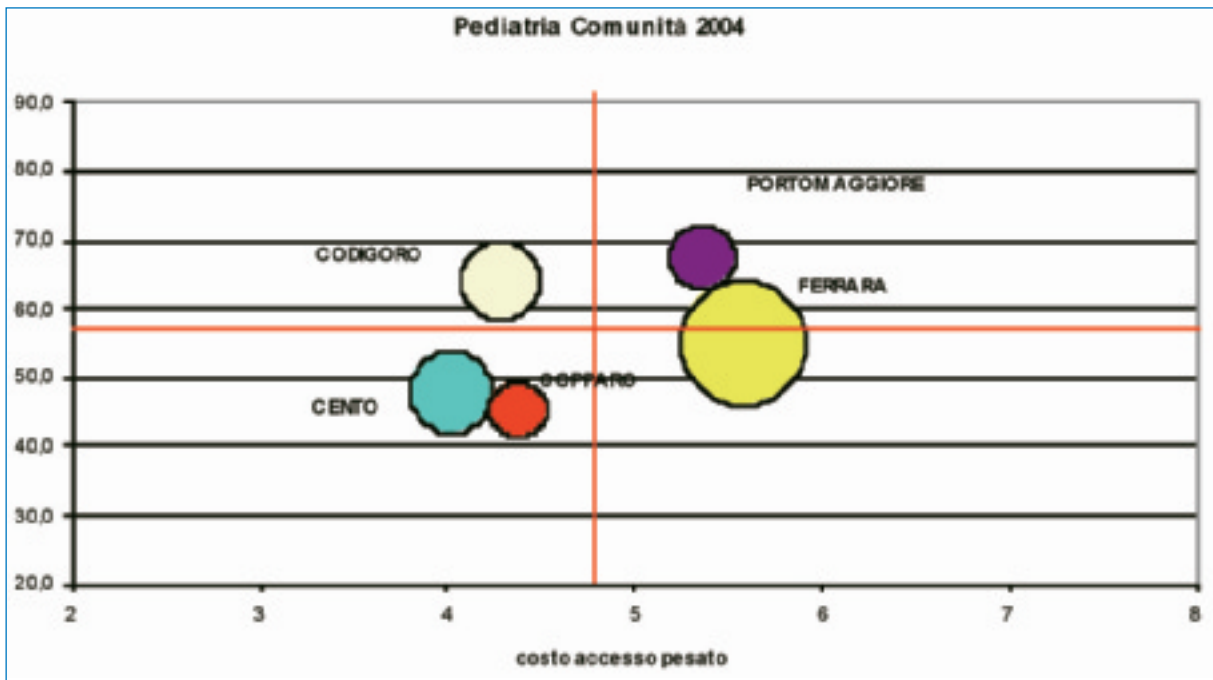
La posizione di Ferrara nell'area del sovradimensionamento delle risorse rispetto alla popolazione target è sicuramente originata dal carattere esclusivo che il servizio territoriale riveste con riferimento all'area di competenza (Ospedale solo per funzioni di secondo livello) oltre che da alcune funzioni 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.

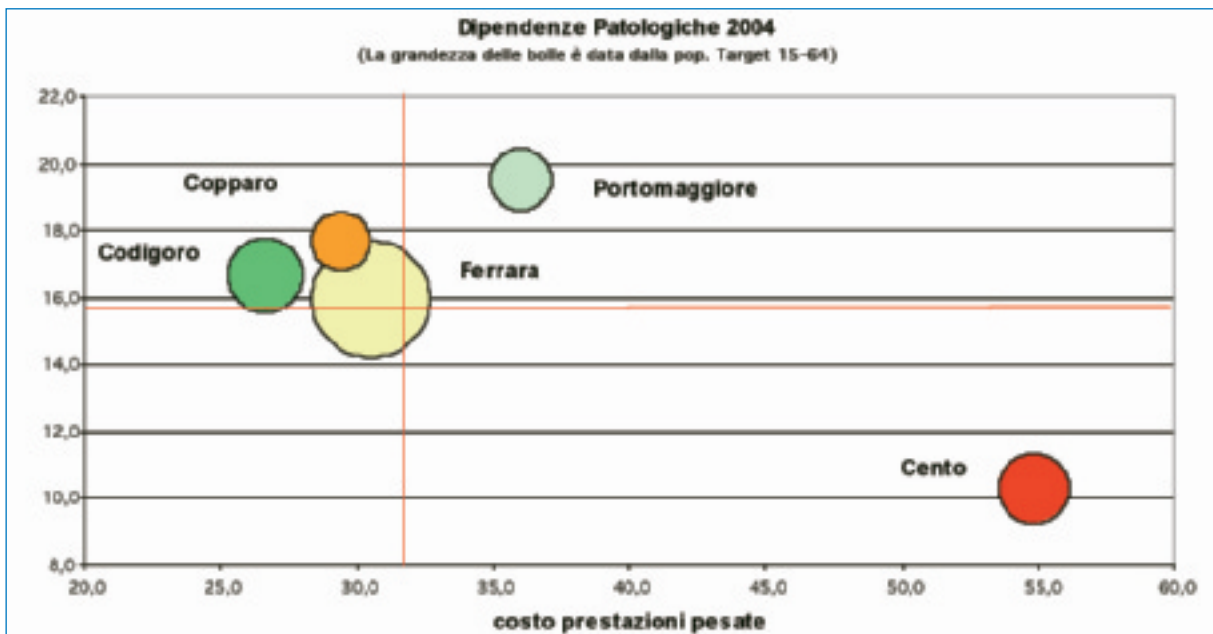


La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento ad una popolazione di età compresa tra zero e diciotto anni) di ogni Distretto, ed il costo di accesso pesato di ciascun servizio, sostenuto per la medesima popolazione di riferimento. La dimensione strutturale 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 -".

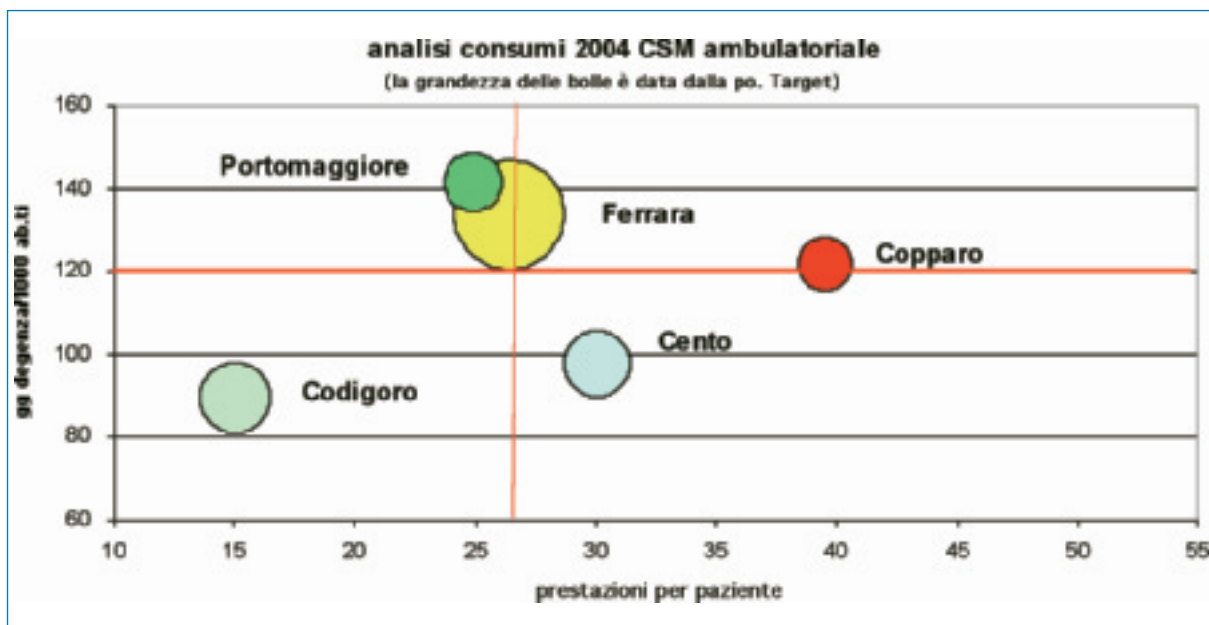


La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento ad una popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni) di ogni Distretto, e il costo per prestazioni pesate effettuate dal servizio (la pesatura della prestazione è determinata dal consumo della risorsa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

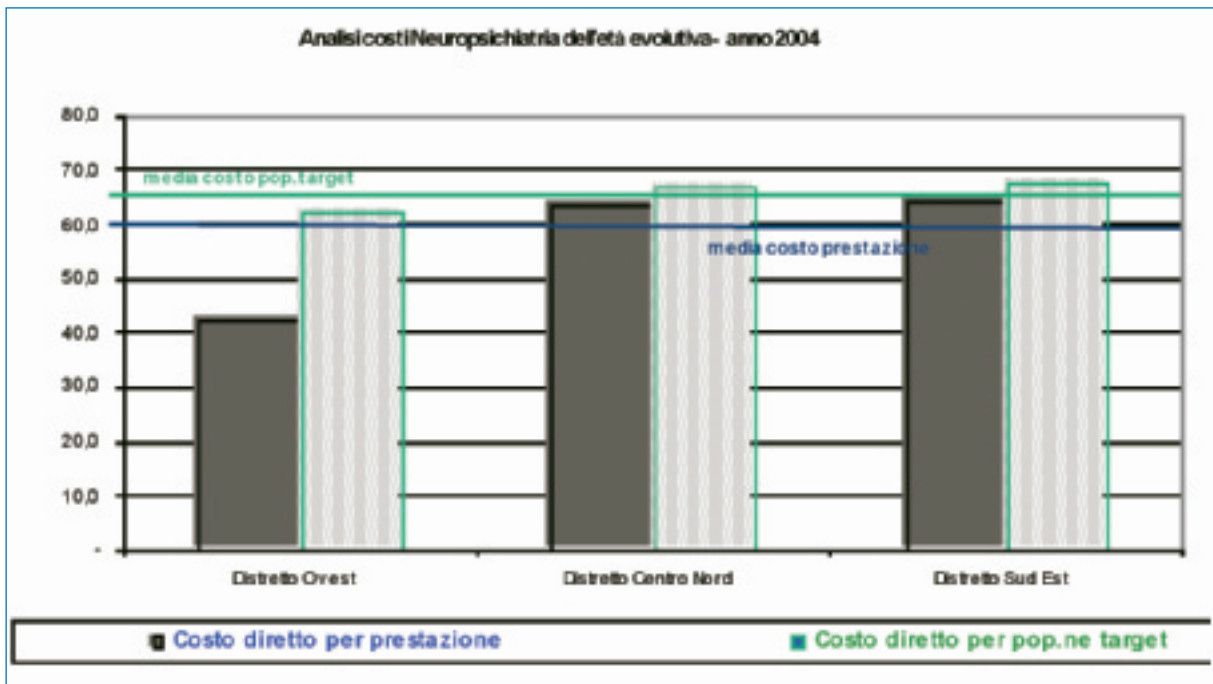


La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il numero di giornate di degenza in regime di ricovero per 100.000 abitanti di ogni Distretto (con riferimento ad una popolazione di età uguale e superiore ai 18 anni), e il numero di prestazioni eseguite su ciascun paziente in carico ai Centri di Salute 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.