Presentazione

Circa due anni fa scrissi che "il Bilancio di Missione dovrà diventare uno strumento di lavoro ordinario...per l'Azienda USL..."; con l'edizione 2006, dopo due anni di esperienza, il Bilancio di Missione si consolida in modo definitivo quale documento di rendicontazione istituzionale accanto al "Bilancio d'esercizio" e alla "Relazione del Direttore Generale sulla gestione"; rispetto a quest'ultima è evidente una duplicazione di contenuti ed è pertanto auspicabile il superamento della sua obbligatorietà per gli anni futuri.

La struttura espositiva già utilizzata nel 2005 si mantiene inalterata anche per l'anno 2006, procedendo all'aggiornamento dei contenuti ed all'evidenza dei trend storici garantendo in tal modo il principio della confrontabilità.

Il consolidarsi di questo documento nei tradizionali elaborati di programmazione e rendicontazione è evidente nella capacità dei referenti aziendali, che vengono annualmente chiamati all'elaborazione delle singole parti, di produrre tempestivamente e chiaramente i contenuti richiesti.

Come nella scorsa edizione prevale l'aspetto descrittivo attraverso tabelle e grafici, seguendo la logica per cui solo indicatori oggettivamente quantificabili possono essere un'utile supporto all'espressione di giudizi sui risultati raggiunti e all'elaborazione della programmazione per gli anni successivi.

Fosco Foglietta
Direttore Generale
Azienda USL di Ferrara

Indice

	Presentazione	V
	Indice	VII
Capitolo 1	Il contesto di riferimento	1
Capitolo 1	Analisi di contesto territoriale, demografico, socio-economico ed epidemiologico	
	Il territorio	1
	L'ambiente	3
	La popolazione	9
	Le condizioni socio-economiche	21
	Osservazioni epidemiologiche	32
	Stili di vita e fattori di rischio	42
	Sicurezza	46
Capitolo 2	Il profilo aziendale	49
•	Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	
	Sostenibilità economica	49
	Saldi di mobilità	54
	Sostenibilità finanziaria	57
	Sostenibilità Patrimoniale	58
	Impatto sul contesto territoriale	60
	Livelli essenziali di assistenza	61
	La spesa	61
	Le risorse impiegate per aree territoriali	65
	Le strutture di offerta dei Distretti	68
	Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	72
	Assistenza distrettuale	81
	Assetto organizzativo dell'assistenza di base	81
	Assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani	83
	Assistenza residenziale e semi-residenziale per disabili	86
	Le" cure domiciliari"	97
	Servizi consultoriali	96
	Programma dipendenze patologiche	100
	Salute Mentale	106
	Analisi di efficienza dei servizi territoriali	109
	Assistenza integrativa e protesica	114
	La politica del Farmaco	116
	Assistenza Specialistica	127
	L'Area Ospedaliera	132
	Efficienza economica delle aree ospedaliera e specialistica	142
	La Qualità dell'Assistenza	144
Capitolo 3	Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	153
•	I risultati raggiunti	
	La centralità del cittadino	153
	Coinvolgimento dei cittadini nei processi di programmazione e valutazione	
	Condizioni che garantiscono l'accesso del cittadino ai servizi e la qualità delle prestazioni	
	La partecipazione degli Enti Locali alla programmazione	
	La programmazione condivisa	154
	Forme dell'integrazione socio-sanitaria	
	L'universalità e l'equità di accesso	
	Condizioni di accesso omogenee, di qualità e rispettose dell'appropriatezza	
	Riduzione della forbice fra consumi reali e consumi stimati come appropriati	157
	Efficacia, la qualità e l'efficienza gestionale	
	Strategia dell'appropriatezza	
	Strategia della integrazione	
	La revisione degli assetti organizzativi e la razionalizzazione dei fattori produttivi	162

Capitolo 4	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza	1/5
	dell'organizzazione	
	Gestione del rischio e della sicurezza	175
	Programma di Clinical Risk Management	
	Identificazione dei rischi	
	Gestione degli infortuni	
	Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali	190
	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	192
	Formazione	197
Capitolo 5	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	209
	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	209
	La comunicazione per l'orientamento e l'accesso ai servizi	210
	Il dialogo con i cittadini mediante l'Ufficio Relazioni con il Pubblico	212
	La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza	227
	La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	233
	La comunicazione interna aziendale	246
Capitolo 6	Ricerca e Innovazione	247
	Progetti di Modernizzazione	248
	PRI – ER	250
	Progetti "finalizzati"	251
	Progetti Cofinanziati dall'Unione Europea	251
	Attività di Supporto	253
Capitolo 7	Le persone con disabilità	255

Capitolo 1 - Il contesto di riferimento

1.1 Analisi di contesto territoriale, demografico, socio-economico ed epidemiologico

1.1.1 Il territorio

Ferrara è tra le province d'Italia interamente pianeggianti (l'Emilia-Romagna è collocata solo per il 47% in pianura). Si tratta di una situazione che all'apparenza facilita l'insediamento umano e l'accessibilità alle strutture e ai Servizi, ma che viceversa è gravata da importanti carenze infrastrutturali, legate al territorio e solo in parte in via di superamento. Oltre 4.000 km di corsi d'acqua, quali indispensabili opere di bonifica idraulica, solcano, ad esempio, il territorio. Le conseguenze delle carenze infrastrutturali e della dispersione della popolazione riverberano sulla necessità di una distribuzione diffusa dei servizi sanitari e sociali al fine di consentire un'equa accessibilità, con conseguente difficoltà al contenimento dei costi e impossibilità al conseguimento di una maggiore efficienza del sistema.

Distribuzione territoriale della popolazione residente

L'area non è molto popolata: la densità è fra le più basse in Regione (133 abitanti/kmq contro una media regionale di 189; inferiori solo PC e PR, che sono caratterizzate da estesissime zone montane).

	Numero di comuni	Superficie in kmq	Densità di popolazione (31 Dicembre 2005)
Piacenza	48	2.589,47	106,53
Parma	47	3.449,32	120,84
Reggio Emilia	45	2.292,89	215,54
Modena	47	2.688,65	247,47
Bologna	60	3.702,44	256,54
Ferrara	26	2.631,07	133,58
Ravenna	18	1.858,49	198,78
Forlì-Cesena	30	2.376,80	157,64
Rimini	20	533,72	543,23
Emilia-Romagna	341	22.122,85	189,29

La bassa densità di popolazione è dovuta al concorso di due fattori: pochi insediamenti urbani a forte concentrazione di popolazione e assenza di centri urbani di medie dimensioni. Sono presenti in provincia solo 4 Comuni con più di 20.000 abitanti (Ferrara, Cento, Comacchio e Argenta), che raccolgono il 60% degli abitanti della provincia.

La collocazione molto lontana fra loro dei quattro centri e la carenza di collegamenti infrastrutturali rendono difficili i collegamenti.

Popolamento della provincia di Ferrara

	Distretto Centro Nord	% su ASL	Distretto Sud Est	% su ASL	Distretto Ovest	% su ASL	Azienda USL	% su regione	Emilia- Romagna
abitanti	176.579	50,2	102.129	29,1	72.755	20,7	351.463	8,4	4.187.544
Superficie (kmq)	887	33,7	1.330	50,6	413	15,7	2.630	11,9	22.123
Densità (abitanti/kmq)	199,1	-	76,8	-	176,2	-	133,6	-	189,3

Fonte: sito www.regione.emilia-romagna.it [SISEPS: statistica self service - Popolazione al 1º gennaio 2006]

Il restante territorio, ampio e con un numero elevato di centri abitati di piccole dimensioni, è caratterizzato da bassissime densità, a eccezione del Centese. La tabella evidenzia le grandi differenze presenti per quanto riguarda la densità di popolazione: si va da 497 abitanti/kmq di Cento ai 30 abitanti/kmq di Jolanda di Savoia.

Comuni	Superficie in kmq	Densità di popolazione (31 Dicembre 2005)
ARGENTA	310,79	71,2
BERRA	68,65	82,07
BONDENO	175,19	88,63
CENTO	64,79	497,05
CODIGORO	169,86	75,55
COMACCHIO	283,6	79,4
COPPARO	157,12	112,88
FERRARA	404,33	327,63
FORMIGNANA	22,36	129,29
JOLANDA DI SAVOIA	108,1	30,02
LAGOSANTO	34,26	133,27
MASI TORELLO	22,95	102,88
MASSA FISCAGLIA	57,87	65,41
MESOLA	84,3	87,06
MIGLIARINO	35,37	104,83
MIRABELLO	15,98	215,14
OSTELLATO	173,69	38,64
POGGIO RENATICO	79,65	103,89*
PORTOMAGGIORE	126,44	96,16
RO	43,06	83,86
SANT'AGOSTINO	35,19	183,77
VIGARANO MAINARDA	42,28	161,9
VOGHIERA	40,54	97,29
TRESIGALLO	20,81	225,23
GORO	31,42	128,42
MIGLIARO	22,47	103,92*

^{*} valore mediano

Situazione infrastrutturale del territorio

Ferrara presenta una debolezza infrastrutturale¹.

La situazione della rete stradale è critica: l'indice di dotazione stradale colloca la nostra provincia al terz'ultimo posto del Nord-Est e i lavori di potenziamento della rete fermano (dati 2004²) l'indice predetto a 65 contro una media regionale di 121,8 (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 a erogare prestazioni in aree periferiche, con bassi volumi produttivi.

La situazione infrastrutturale della provincia non si presenta certamente come una delle più invidiabili d'Italia. L'indice generale di dotazione infrastrutturale fa segnare un valore, che fatta 100 la media nazionale, è pari a 83,4 (tra il 1991 e il 2004 non si sono rilevate particolari modifiche). Questo valore garantisce alla provincia solamente la 57-esima posizione in ambito nazionale, 15° fra tutte le province del Nord-Est. La scomposizione dell'indice generale nelle componenti economiche e sociali non mette in rilievo discrepanze di rilievo. Entrambi le categorie conquistano un risultato nettamente inferiore alla media nazionale, vale a dire 85,4 nel 2004 (82,3 nel 1991) per quanto riguarda le infrastrutture economiche (57° valore in Italia, 16° nel Nord-Est) e 81 nel 2004 (84,9 nel 1991) nell'ambito delle sociali (48° e 14° posto rispettivamente in Italia e nel Nord-Est). Fra le voci comprese nelle infrastrutture economiche troviamo che solamente ferrovie e impianti e reti energetico-ambientali hanno un valore superiore alla media nazionale, ma comunque inferiore a quello della regione e del Nord-Est nel suo complesso. Da segnalare anche la difficile situazione della rete stradale, il cui indice fa segnare il secondo valore più basso del Nord-Est. Ferrara spicca nel contesto Nord-Orientale per il peso delle sofferenze bancarie sugli impieghi (7,8), indicatore ove l'area si colloca in prima posizione nel Nord-Est (26-esima in Italia). Interessante notare anche come il tasso di interesse praticato sia il più alto della regione.

1.2 L'ambiente

L'agricoltura mantiene a Ferrara un ruolo economico assai rilevante. La rilevante quantità di prodotti fitosanitari impiegati rispetto alla media regionale può trovare spiegazione in questa situazione e insieme documenta il potenziale impatto ambientale delle tecniche colturali seguite.

	Ferrara		Emilia-Romagna		Fonte	
	Anno 2000	Anno 2005	Anno 2000			
Kg di prodotti fitosanitari distribuiti per ettaro	33,5	32,7	25,4		ISTAT SITIS	
	Fer	rara	Emilia-Romagna		Italia	
	Anno 2004		Anno 2004	Anno 2005	Anno 2004	Anno 2005
n. di veicoli per 1.000 abitanti	78	3,8	814,3	828,4	751,8	771,0

Fonte: database Unioncamere Emilia-Romagna

Fonte: ISTAT - Bollettino mensile, ACI - Statistiche automobilistiche - Anno 2005

La disponibilità di veicoli per abitante è un indicatore che introduce all'argomento successivo sull'inquinamento atmosferico, che per il 50% è stimato legato alle emissioni da traffico.

_

¹ CDS – Annuario 2005 - Ferrara

² fonte: CCIAA – Rapporto Ferrara 2005 – Terza giornata dell'economia. 9 maggio 2005

Il numero di veicoli circolanti a Ferrara è solo lievemente inferiore al valore medio regionale.

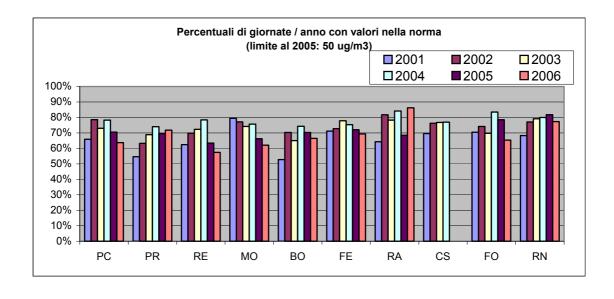
Inquinamento atmosferico

L'inquinamento atmosferico rappresenta un problema ambientale e di salute pubblica di grande rilevanza. A fronte della diminuzione registratasi negli ultimi decenni delle concentrazioni di alcuni inquinanti come il monossido di carbonio, il biossido di zolfo, il benzene e il piombo, livelli elevati permangono per altri inquinanti come gli ossidi di azoto, l'ozono e le polveri fini. Queste ultime, in particolare, rappresentano una notevole criticità per i frequenti superamenti dei limiti di legge, I dati scientifici indicano che le polveri respirabili (PM10 o sostanze con diametro aerodinamico inferiore ai 10 micron) aumentano il tasso di mortalità legato ai disturbi cardiovascolari e respiratori. Una crescita delle concentrazioni di PM10, anche se registrata solo su un breve arco di tempo, innalza il rischio di ricoveri d'emergenza legati a cause cardiovascolari e respiratorie.

Gli aspetti più critici della qualità dell'aria nel territorio del Comune di Ferrara, così come per le altre città della pianura padana, appaiono quelli legati alle PM10 e dell'ozono.

Perce	Percentuali di giornate/anno con valori di PM10 nella norma (limite al 2005: 50 ug/m3)										
	PC	PR	RE	MO	ВО	FE	RA	CS	FO	RN	
2001	66%	55%	62%	79%	53%	71%	64%	70%	70%	68%	
2002	79%	63%	70%	77%	70%	73%	82%	76%	74%	77%	
2003	73%	69%	72%	74%	65%	78%	78%	77%	70%	79%	
2004	78%	74%	78%	76%	74%	75%	84%	77%	84%	80%	
2005	71%	70%	63%	66%	70%	72%	69%		79%	82%	
2006	64%	72%	57%	62%	66%	69%	86%		65%	77%	

Perce	entuali di	giornate/:	anno con	valori di	PM10 ne	lla norma	(limite a	l 2010:	40 ug/n	13)
	PC	PR	RE	MO	ВО	FE	RA	CS	FO	RN
2001	54%	39%	48%	69%	38%	60%	44%	51%	56%	54%
2002	72%	52%	55%	63%	56%	64%	65%	60%	58%	65%
2003	63%	56%	54%	57%	48%	63%	59%	60%	50%	54%
2004	69%	60%	70%	61%	62%	66%	72%	63%	74%	70%
2005	58%	54%	52%	48%	55%	64%	54%		62%	71%
2006	52%	55%	44%	47%	52%	55%	73%		48%	64%



Concentrazioni di PM10 e numero di superamenti in Emilia-Romagna nel 2005

	Media	massimo	Mediana (50°P) YSUP		NSUP
Piacenza	41	133	37	Si	99
Parma	41	117	38	Si	100
Reggio Emilia	41	135	39	Si	90
Modena	44	133	42	Si	108
Bologna	42	119	37	Si	100
Ferrara	38	158	30	No	90
Ravenna	36	173	30	No	60
Forlì-Cesena	39	147	36	No	78
Rimini	35	238	31	No	52

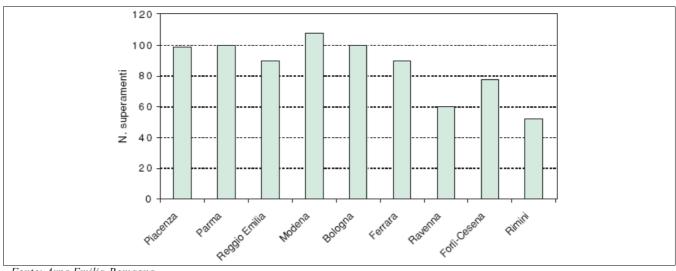
50° mediana dell'anno; numero dei giorni di superamento del limite/anno PM10

YSUP superamenti del limite di protezione annuale (40 microgrammi/mc)

NSUP superamenti del limite di protezione giornaliero (50 microgrammi/mc)

Globalmente dal punto di vista ambientale, Ferrara presenta bassi indici di inquinamento e congestione.

numero di superamenti del valore limite giornaliero nelle province emiliano-romagnole

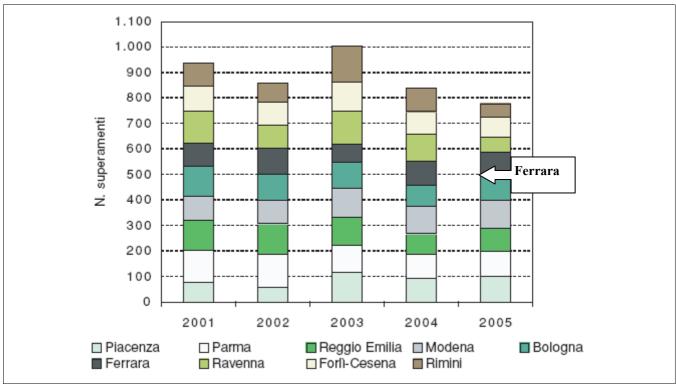


Fonte: Arpa Emilia-Romagna

Capitolo 1

Le criticità maggiori riguardano gli episodi acuti di inquinamento da PM10. In occasione di questi episodi l'esposizione della popolazione aumenta considerevolmente producendo danni acuti nelle persone più sensibili. Lo dimostra il fatto che il numero di giorni con il superamento del valore limite di legge giornaliero per la protezione della salute umana di 50 µg/m3 risulta sopra i 35 giorni all'anno, massimo di giornate consentito in un anno. In provincia di Ferrara, i superamenti sono stati 90 nel corso del 2005.

Andamento negli ultimi anni dei superamenti del limite di protezione giornaliero PM10



Fonte: ARPA Emilia-Romagna, Annuario ambientale 2006

Esposizione a ozono

Per quanto riguarda l'ozono si utilizzano i dati della stazione di Mezzana (tipo: stazione peri-industriale). Nel 2005, la popolazione ferrarese, composta da circa 130.000 persone, è stata esposta a 49 microgrammi per metro cubo di Ozono, espressi come media massima giornaliera su 8 ore nell'arco dell'anno.

Si tratta di un'esposizione abbastanza limitata ma il giudizio globale deve tener conto dei picchi di esposizione: il limite di concentrazione di Ozono sulla media di 8 ore (120 microgrammi per metro cubo) è stato superato per 65 volte nel corso del 2005 (non si dovrebbero superare 25 giorni per anno sulla media di tre anni). Si tratta di una situazione critica, comune a tutto il territorio regionale, che espone a problemi di salute in primo luogo le persone più sensibili e le persone che si espongono all'aria aperta durante i picchi di concentrazione.

Concentrazioni di ozono e numero di superamenti in Emilia-Romagnanel 2005

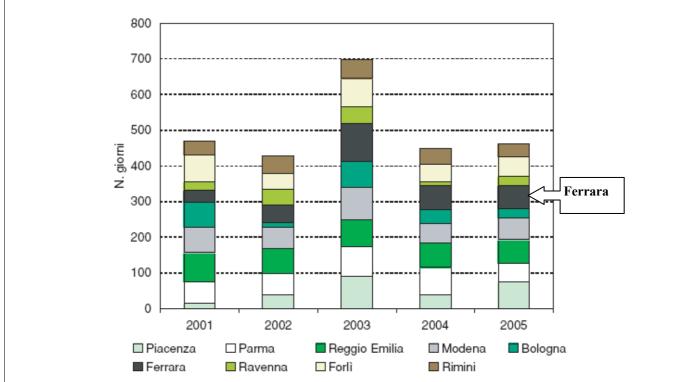
			_		
	Media	massimo	Mediana (50°P)	HSUP	8SUP
Piacenza	44	245	28	80	75
Parma	46	212	33	28	51
Reggio Emilia	48	224	34	62	67
Modena	39	231	21	17	61
Bologna	46	232	35	35	25
Ferrara	49	216	35	22	65
Ravenna	44	186	36	4	26
Forlì-Cesena	53	216	42	22	56
Rimini	44	205	25	14	35

50° numero dei giorni di superamento del limite/anno-PM10

HSUP superamenti della sogli di informazione alla popolazione (180 microgrammi/mc)

8SUP superamenti del limite sulle 8 ore (120 microgrammi/mc)

Andamento delle concentrazioni di ozono nelle province emiliano-romagnole 800



Fonte: ARPA Emilia-Romagna, Annuario ambientale 2006

Tabella 1.2: Concentrazioni di PM (µg/m) e superamenti a livello provinciale (anno 2005)

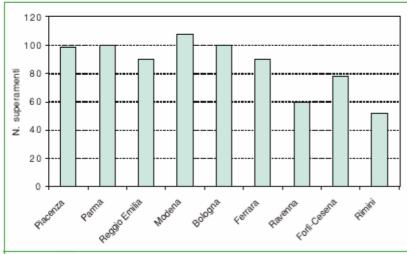
	media	max	50°	90°	95°	98°	Ysup	Nsup
Piacenza	41	133	37	72	89	114	si	99
Parma	41	117	38	62	69	90	si	100
Reggio Emilia	41	135	39	82	92	107	si	90
Modena	44	133	42	69	83	106	si	108
Bologna	42	119	37	71	82	93	si	100
Ferrara	38	158	30	73	91	111	no	90
Ravenna	36	173	30	67	82	100	no	60
Forli-Cesena	39	147	36	63	74	94	no	78
Rimini	35	238	31	63	81	108	no	52

Fonte: Arpa Emilia-Romagna LEGENDA: media = media annuale;

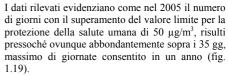
max = valore massimo rilevato nell'anno;

50° = mediana dell'anno;

90°, 95°, 98° = percentili dell'anno; Ysup = superamenti del limite di protezione della salute umana annuale (40 μg/m²); Nsup = superamenti del limite di protezione della salute umana giornaliero (50 μg/m²).



Fonte: Arpa Emilia-Romagna Figura 1.19: PM... - Superamenti del limite di protezione della salute umana giornaliero nell'anno 2005 (50 µg/m")



Nel contempo però l'andamento della media annuale risulta in costante diminuzione, anche se, rispetto all'anno 2004, si denota una minor discesa dei valori rilevati.

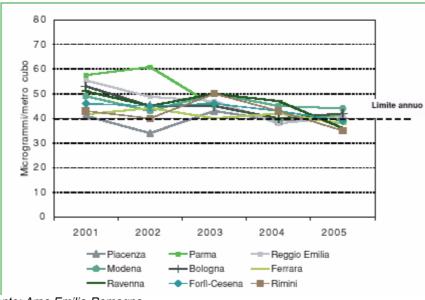
A tale proposito di evidenzia come le media annuali si attestino attorno al limite per

la protezione della salute umana annuale (40 μg/m³), pur se in modo differente sul territorio regionale, presentando sostanzialmente un dato analogo per tutte le province. E' quindi interessante notare come le criticità maggiori emergano dagli episodi acuti di inquinamento da PM10.

In considerazione, quindi, dell'elevato numero di superamenti del livello giornaliero della protezione della salute umana registrati sul territorio regionale che, sebbene in lieve calo nel corso degli ultimi anni, non consente comunque di soddisfare i livelli normativi (fig. 1.22), e del fatto che comunque il livello annuo per la protezione della salute sia rispettato solo in particolari condizioni, si rende necessario evidenziare come sia auspicabile un ulteriore grande sforzo da porre in atto per cercare di sanare una situazione che sicuramente non sarà ottimale entro i tempi previsti.

Tratto da:

🖙 Arpa Emilia-Romagna - Annuario regionale dei dati ambientali 2006



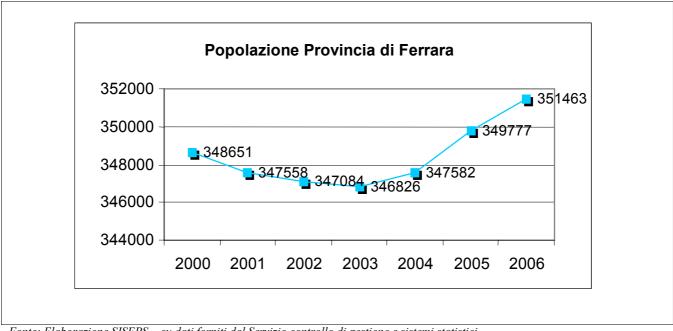
Fonte: Arpa Emilia-Romagna

FM₁₀= Medie annue

1.3 La popolazione

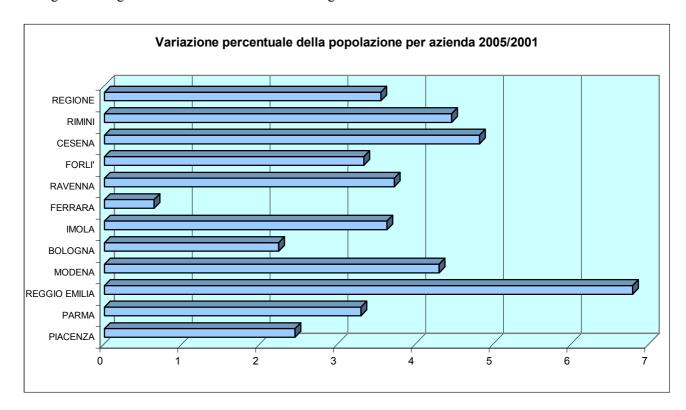
La situazione demografica

Ferrara continua a rimanere la provincia emiliana con il più basso tasso di crescita demografica, pur mostrando segnali di inversione di tendenza.



Fonte: Elaborazione SISEPS - su dati forniti dal Servizio controllo di gestione e sistemi statistici

Il progressivo calo demografico provinciale osservato negli ultimi 20 anni e solo da ultimo corretto 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). L'inversione di tendenza del bilancio demografico è legata sostanzialmente all'afflusso migratorio.



La variazione demografica segue andamenti differenziati nei 26 comuni della provincia. Prendendo come base i dati del censimento 1981, negli ultimi anni l'alto ferrarese presenta una dinamica demografica in crescita: Cento, Sant'Agostino, Mirabello e Poggio Renatico e solo altri due comuni, nella provincia, mostrano un segno positivo: Comacchio e Formignana.

Struttura demografica della popolazione residente

Alla diminuzione della numerosità della popolazione si sono accompagnate trasformazioni rilevanti nella sua composizione, con importanti conseguenze in termini sociali e assistenziali:

- 1. si mantengono basse la fecondità e la natalità (=non c'è più crescita endogena), pur con un lieve accenno di ripresa (di gran lunga inferiore a quanto si osserva nel resto della regione);
- 2. diminuiscono le donne in età feconda;
- 3. la mortalità sta diminuendo:
- 4. aumenta l'età media della popolazione in età lavorativa (=invecchiamento della popolazione);
- 5. aumenta la popolazione in età post-lavorativa;
- 6. aumentano gli anziani e in particolare aumentano le famiglie composte da anziani senza figli (con la necessità di aiuto esterno quando compaiano problemi di autonomia);
- 7. aumenta il numero delle famiglie (=aumenta il numero di famiglie problematiche ossia "con scarsa capacità di prendersi cura dei propri membri": famiglie unipersonali composte da un anziano solo; famiglie monogenitoriali; famiglie composte da coppie senza figli);
- 8. aumenta la popolazione immigrata, proveniente in parte dal Mezzogiorno e in parte maggiore dall'estero.

La struttura demografica della popolazione ferrarese è riassunta in tabella.

La diminuzione della natalità e l'aumentata sopravvivenza negli anziani hanno determinato una radicale modifica della struttura per età della popolazione con un aumento dell'età media in tutti i contingenti di popolazione e un conseguente invecchiamento generale.

Suddivisione della popolazione (1°Gennaio 2006) per grandi classi di età (lavorativa e non)

	Distro Centro			retto l Est	l .	retto vest	l .	da USL rara	Emilia- Romagna
	(n.)	%	(n.)	%	(n.)	%	(n.)	%	%
giovani (0-14)	16.588	9,4	9.995	9,8	8.572	11,8	35.155	10,0	12,5
adulti (15-64)	112.843	63,9	66.211	64,8	47.488	65,3	226.542	64,5	64,8
anziani (65 e più)	47.148	26,7	25.923	25,4	16.695	22,9	89.766	25,5	22,7
di cui grandi anziani (75 e più)	23.074	13,1	12.247	12,0	8227	11,3	43.548	12,4	11,3

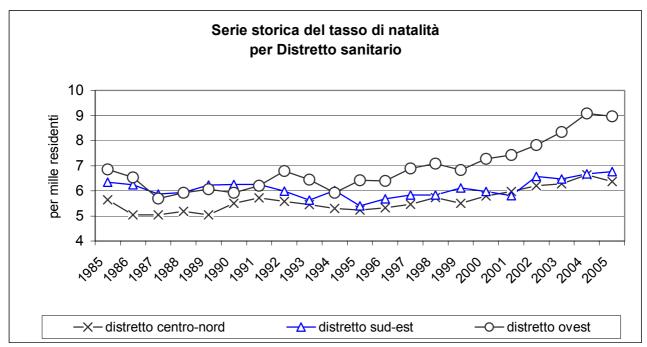
Fonte: dati reperiti dal sito <u>www.regione.emilia-romagna.it</u> [SICEPS statistica self service]

Natalità

A Ferrara si è registrato nel 2005 un tasso di natalità pari al 7,14 per mille, con un indice di fecondità pari a 1,05 (le donne in età feconda sono il 42% delle donne) contro valori regionali di natalità dell'8,9 per mille e di indice di fecondità pari a 1,24 (donne in età feconda: 44%).

Tasso grezzo di natalità per Aziende USL di residenza							
Aziende USL di residenza	Anno						
	2000 2001 2002 2003 2004 2005						
Reggio Emilia	9,97	10,07	10,36	10,59	11,03	10,92	
Ferrara	6,14	6,22	6,64	6,75	7,15	7,14	
REGIONE	8,51	8,58	8,82	8,82	9,25	9,24	

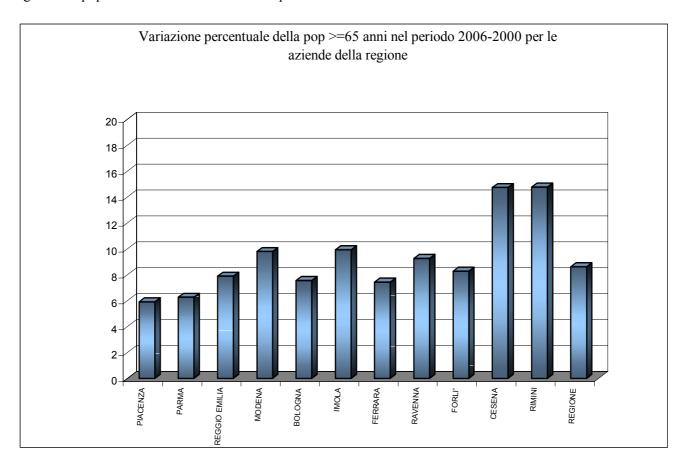
All'interno del territorio provinciale si accentuano comportamenti riproduttivi molto diversificati (per esempio, nel Centese la fecondità si avvicina ai valori registrati nel Bolognese), con la conseguente necessità di adottare politiche assistenziali adatte a bisogni diversi.



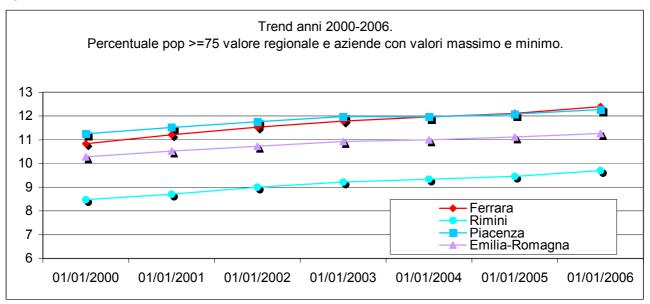
Fonte: dati reperiti dal sito www.regione.emilia-romagna.it [SISEPS]

Popolazione Anziana

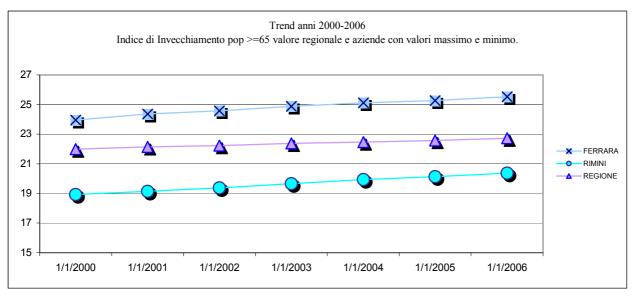
Ferrara si ritrova con una popolazione mediamente più vecchia rispetto alle altre province, sia per quanto riguarda la popolazione in età lavorativa che post-lavorativa.



La popolazione della provincia appare accentuatamente anziana con una percentuale di over 65 decisamente elevata (25%) rispetto alla media italiana, e di under 15 (appena il 10%) che è la più modesta Paese. La distribuzione non è però omogenea in Provincia: l'area centese presenta valori sovrapponibili alla media regionale.

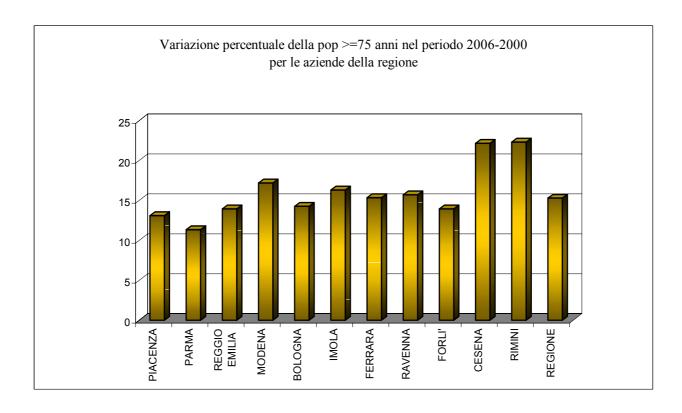


Fonte: Servizio Statistica regione Emilia-Romagna

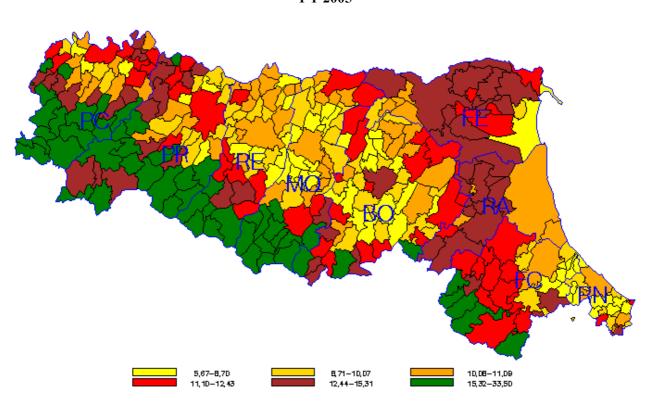


Fonte: Servizio Statistica regione Emilia-Romagna

La relativa esiguità delle classi più anziane sta per essere sostituita da contingenti assai numerosi di anziani animati da una speranza di vita di diversi anni.



Come illustra la mappa, Ferrara presenta, per quanto riguarda la presenza di grandi anziani, una situazione che si avvicina più alle zone di montagna che di pianura.



% di GRANDI ANZIANI 1-1-2005

Struttura delle famiglie

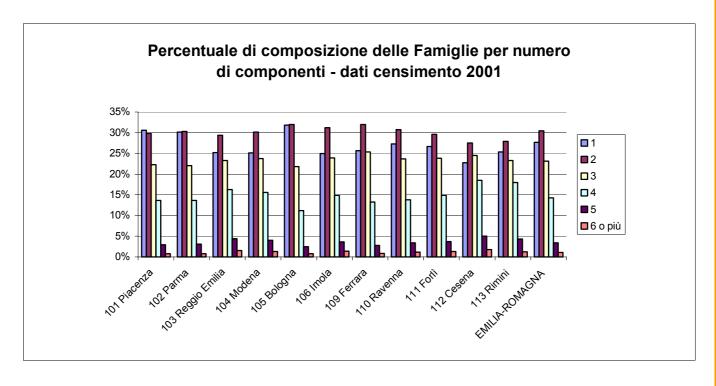
I piani assistenziali sono stati finora dimensionati su modeste percentuali di popolazione da assistere, assumendo che una parte del bisogno trovasse soddisfazione in altre forme di aiuto, innanzitutto nella solidarietà familiare.

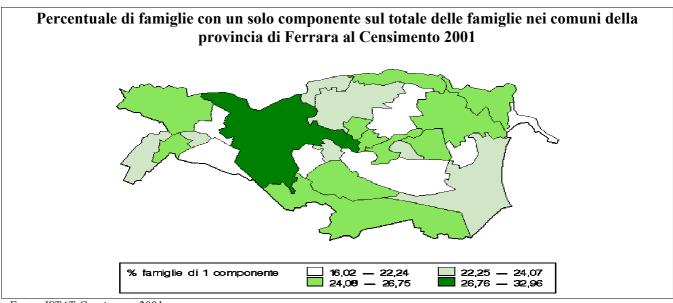
I cambiamenti demografici in atto stanno assottigliando la rete di solidarietà e l'Azienda sarà chiamata a provvedere, sia direttamente con (aumento dell'assistenza nelle varie forme) sia indirettamente (con aumento delle istituzionalizzazioni e dei ricoveri).

Dimensione e struttura delle famiglie costituiscono indicatori della permanenza e dell'affidabilità di una rete informale di assistenza.

La riduzione del numero di parenti non conviventi, sui quali fare affidamento in caso di necessità, e la frammentazione (nuclearizzazione) delle famiglie rendono fragile la rete di solidarietà. In queste condizioni si accresce la domanda verso le strutture pubbliche e private, sebbene proliferi anche il fenomeno delle "badanti". A Ferrara non si verifica l'aumento del numero delle famiglie osservato altrove: la variazione intercensuale regionale, dal 1991 al 2001, è risultata pari a +11,5% contro un aumento a Ferrara che si limita al 6%.

Il numero medio di componenti per famiglia diminuisce comunque anche a Ferrara e raggiunge 2,38 persone per famiglia, valore sovrapponibile a quello medio regionale (2,39).





Fonte: ISTAT-Censimento 2001

La figura evidenzia la distribuzione territoriale, a livello comunale, dell'incidenza delle famiglie mononucleari sul totale delle famiglie. A livello regionale, nella classe d'età 65 anni e oltre la percentuale di residenti che vivono in famiglie mononucleari si attesta al 26,3% risultante da un valore significativamente più alto per le femmine, (34,9%) rispetto ai maschi (14,1%).

Presenza di immigrati stranieri

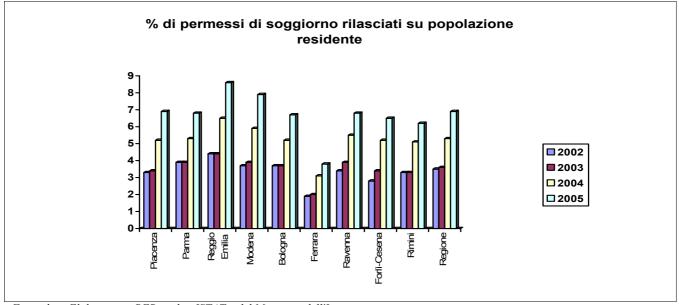
Un'approssimazione attendibile del numero di immigrati realmente presenti si ottiene sommando stranieri residenti regolari e stranieri temporaneamente presenti, che figurano in un apposito elenco dell'azienda USL. Nel 2004 a Ferrara sono stati presenti almeno 12.873 stranieri, ivi compresi 1579 stranieri temporaneamente presenti

Gli immigrati sono diventati una presenza numericamente rilevante, sebbene percentualmente siano una presenza molto inferiore alla media regionale; sono ormai un elemento strutturale della realtà ferrarese: nell'arco di due anni si è assistito a un raddoppio delle presenze straniere in provincia.

Popolazione straniera residente al 31/12/2004

	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
n. immigrati stranieri regolari	5.117	3.168	3.009	11.294	
di cui donne				5.748	
e di cui minorenni	844	719	714	2.277	
Percentuale di stranieri sulla popolazione complessiva	2,9	3,1	4,2	3,2	5,1***
Stranieri iscritti all'anagrafe sanitaria	3846	1.427	1.212	6485	
di cui donne	2.232	732	603	3.567	
Stranieri temporaneamente presenti				1.579	

Fonti: CCIA - Informazioni statistiche 2005 *** ISTAT - La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2004 – (pubblicato 23/3/05) **Osservatorio provinciale immigrazione – report 2005



Fonte dati: Elaborazioni RER su dati ISTAT e del Ministero dell'Interno

Stranieri residenti in Emilia-Romagna distribuiti per sesso - dati all'1/1/2006

	Strai	nieri resid	lenti	% su popolazione residente		
Aziende USL di residenza	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Azienda-USL Piacenza	10268	11320	21.588	7,2	8,4	7,8
Azienda-USL Parma	14906	15892	30.798	7,0	7,9	7,4
Azienda-USL Reggio Emilia	19990	22814	42.804	8,0	9,4	8,7
Azienda-USL Modena	25489	29599	55.088	7,5	9,1	8,3
Azienda-USL Bologna	27652	27523	55.175	6,5	6,9	6,7
Azienda-USL Imola	3112	3294	6.406	4,9	5,4	5,1
Azienda-USL Ferrara	7094	6350	13.444	3,9	3,8	3,8
Azienda-USL Ravenna	10974	12298	23.272	5,8	6,9	6,3
Azienda-USL Forlì	5181	6183	11.364	5,6	7,1	6,3
Azienda-USL Cesena	5435	6113	11.548	5,5	6,4	5,9
Azienda-USL Rimini	8896	8630	17.526	6,0	6,1	6,0
TOTALE	138.997	150.016	289.013	6,5	7,4	6,9

Fonte: Regione Emilia-Romagna

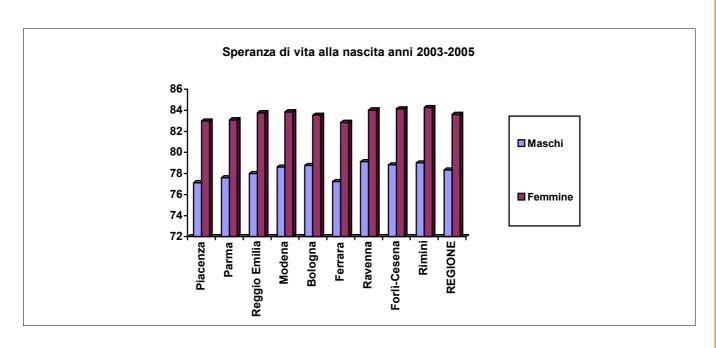
Speranza di vita alla nascita

Questo indicatore è ampiamente utilizzato come indicatore di massima per valutare le condizioni di salute di una popolazione. Risente di tutti i fattori che influenzano la salute: caratteristiche genetiche, condizioni ambientali e lavorative, comportamenti, strutture sanitarie disponibili. L'andamento appena descritto è riassunto dalla speranza di vita.

La speranza di vita alla nascita mostra a Ferrara valori inferiori rispetto alla Regione, a fronte di una mortalità infantile tra le più basse in regione. Tra i fattori principali ai quali è addebitabile il gap rientra l'elevato tasso di mortalità (per incidenti stradali) nei giovani tra i 15 e i 34 anni.

Speranza di vita a	Speranza di vita alla nascita su base triennale per provincia di residenza							
		Anni						
	1997	-1999	2000	-2002	2003-	-2005		
Province di residenza	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine		
Piacenza	75,47	82,01	76,48	82,93	77,13	82,99		
Parma	75,83	82,39	76,98	83,08	77,61	83,09		
Reggio Emilia	76,22	82,55	77,21	83,26	78,00	83,76		
Modena	76,06	82,26	77,78	83,37	78,60	83,85		
Bologna	76,72	82,53	77,69	83,07	78,75	83,52		
Ferrara	75,16	81,58	75,96	82,60	77,24	82,84		
Ravenna	76,79	82,76	77,84	83,37	79,13	84,03		
Forlì-Cesena	77,43	82,81	77,91	83,80	78,81	84,14		
Rimini	77,31	83,22	78,45	84,10	79,00	84,26		
REGIONE	76,35	82,43	77,43	83,22	78,33	83,60		

Fonte: Registro di mortalità regionale REM e popolazione residente



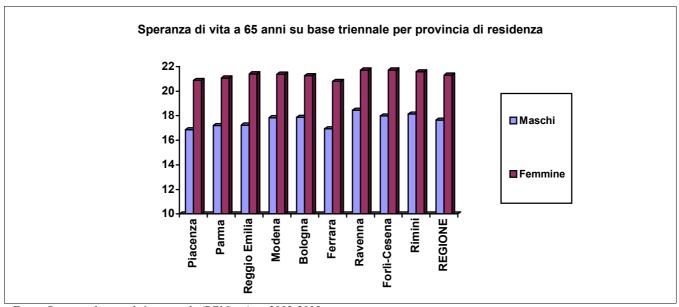
Speranza di vita a 65 e 75 anni

È un indicatore demografico ma è utilizzato anche come indicatore di risultato nell'ambito del monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza.

Ferrara presenta un lieve gap rispetto alla media regionale, di gran lunga inferiore rispetto alla speranza di vita alla nascita.

Speranza di vit	Speranza di vita a 65 anni su base triennale per provincia di residenza							
	Anni							
Province di	1997	-1999	2000-	-2002	2003-2005			
residenza	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine		
Piacenza	16,032	20,16	16,632	20,685	16,857	20,874		
Parma	16,163	20,469	16,846	20,842	17,194	21,065		
Reggio Emilia	16,45	20,594	16,917	21,12	17,236	21,407		
Modena	16,348	20,462	17,152	21,126	17,832	21,375		
Bologna	16,71	20,451	17,355	20,962	17,881	21,257		
Ferrara	15,755	20,031	16,595	20,457	16,941	20,801		
Ravenna	17,122	21,045	17,679	21,362	18,452	21,718		
Forlì-Cesena	17,121	20,976	17,497	21,429	17,975	21,718		
Rimini	16,682	21,098	17,582	21,535	18,143	21,574		
REGIONE	16,501	20,54	17,156	21,027	17,647	21,297		

Fonte: Registro di mortalità regionale REM e popolazione residente



Fonte: Registro di mortalità regionale (REM) - Anni 2003-2005

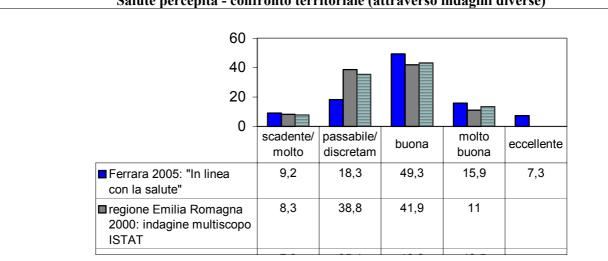
Stato di salute percepita

La salute percepita dall'individuo è una componente primaria della salute: la salute è infatti, innanzitutto, uno stato di benessere psico-fisico.

Molte oggettive condizioni di salute (es.disabilità) sono descritte meglio dallo stato di salute percepito rispetto a mortalità e morbosità. Le persone che percepiscono il loro stato di salute come "cattivo" presentano un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità di altre malattie presenti.

Secondo l'indagine "In linea con la salute", complessivamente la popolazione ferrarese giudica abbastanza buona la propria salute. Oltre due terzi dei ferraresi (72,5%) definiscono la propria salute in modo favorevole (categorie: buona, molto buona, eccellente), il 18,3% definisce la salute con una modalità intermedia (passabile) e il 9,2% riferisce uno stato di salute in modo sfavorevole (scadente).

Il grafico un confronto con altre indagini recenti sulla salute percepita; le considerazioni di dettaglio sono riportate nella pubblicazione contenente i risultati dell'indagine.



Salute percepita - confronto territoriale (attraverso indagini diverse)

Fonte: indagine "In linea con la salute"

Qualità di vita percepita

Qualità della vita è un termine ormai popolare per indicare un senso di pieno benessere.

A livello individuale, la qualità della vita è un concetto ampio che include, oltre alla percezione dello stato di salute sia fisico che psicologico, anche i rischi per la salute, il sostegno sociale e lo stato socio economico.

Nell'indagine locale "In linea con la salute", la qualità della vita correlata alla salute è stata misurata mediante l'indice dei giorni in cattiva salute è stato pari a zero (ossia la persona è stata sempre bene nell'ultimo mese) solo per il 28.3% delle donne, e per il 51,1% dei maschi.

L'indice dei giorni in cattiva salute è stato pari a trenta (la persona ha avuto problemi di salute per l'intero mese precedente l'intervista) per il 17,5% delle donne contro l'8,1% dei maschi.

Distribuzione del numero medio di giorni in cattiva salute, per sesso e età

classi di età	maschi	femmine	Totale
18-29	4,3	6,6	5,4
30-44	3,7	6,7	5,2
45-64	5,4	11,8	8,7
65-79	6,9	12,7	10,2
Totale	5,1	10	7,6

Fonte: indagine "In linea con la salute"

_

³ sintetizza, per ciascuna persona, il numero di giorni trascorsi con problemi di salute, siano essi fisici che psicologici, nel mese precedente.

L'indice dei giorni in cattiva salute presenta un valore medio pari a 7,6 giorni. La sua distribuzione presenta, come ovvio forti differenze in ragione dell'età ma anche del sesso. Nelle donne anziane sia arriva a una media di 12,7 giorni in cattiva salute.

1.4 Le condizioni socio-economiche

Istruzione e titolo di studio

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.

Tasso di scolarizzazione

	Provincia di Ferrara	Emilia-Romagna	Italia
Senza titolo oppure con licenza elementare	40,9	36,2	36,4
licenza media	27,3	27,9	30,1
(% senza licenza media in età 15-52 anni)	9,4	7,9	10,4
Diploma di scuola media sup.	24,5	26,7	25,8
Laurea o titolo sup.	7,1	8	7,5

Fonte: ISTAT Censimento 2001

La provincia di Ferrara presenta ancora un lieve disallineamento del tasso di scolarizzazione della popolazione, che si va progressivamente riducendo con l'assottigliamento delle classi di età a minor scolarizzazione. La disomogeneità territoriale è ancora più evidente esaminando l'indice di conseguimento della scuola dell'obbligo nei 26 comuni: tutti i comuni con indice superiore all'11,5% sono collocati nel basso ferrarese.

Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo (15-52 anni), per comune

Argenta	10,26	Massa Fiscaglia	11,51
Berra	12,23	Mesola	16,68
Bondeno	10,18	Migliarino	12,85
Cento	8,42	Migliaro	16,58
Codigoro	11,63	Mirabello	8,3
Comacchio	15,4	Ostellato	13,66
Copparo	11,44	Poggio Renatico	9,53
Ferrara	6,11	Portomaggiore	10,4
Formignana	10,4	Ro	11,16
Goro	18,87	Sant'Agostino	8,71
Jolanda di Savoia	15,34	Tresigallo	9,12
Lagosanto	14,88	Vigarano Mainarda	9,69
Masi Torello	8,74	Voghiera	9,86

Fonte: ISTAT Censimento 2001

Tessuto produttivo e mercato del lavoro

Ferrara presenta un basso indice di imprenditorialità⁴.

Nonostante un ruolo crescente delle imprese di media dimensione, la provincia di Ferrara ha una struttura economica ancora abbastanza frammentata: conta, infatti, 34.941 imprese (una impresa ogni 10 abitanti) di cui 10.402 artigiane (pari al 30%).

Le imprese individuali sono il 70,7%.

I comparti produttivi più significativi e con il maggior numero di imprese sono l'agricoltura (9.195), le costruzioni (5.002) e le attività manifatturiere (4.245).

n. addetti/impresa del censimento 2001

	Valori assoluti			Variazioni % 2001/1991		
	Ferrara	Emilia- Romagna	Italia	Ferrara	Emilia- Romagna	Italia
Imprese	27.159	360.325	4.083.966	7,1	17,6	23,7
Addetti imprese	94.269	1.468.453	15.712.908	9,0	12,9	7,8
Addetti/impresa	3,4	4,1	3,8	-	-	-

Fonte: censimento generale industria 2001

Il numero medio di addetti per impresa a Ferrara è pari a 3,4 addetti, prossima a quella italiana (3,8); per confronto la dimensione media europea è di 6 addetti per impresa.

Gli addetti per 1000 abitanti sono 417 nel Comune capoluogo e 336 negli altri Comuni (in regione sono mediamente 436). Non c'è quindi una ampia dispersione territoriale di imprese e abitanti, con i conseguenti aspetti positivi (occupazione e consumo di suolo meno accentuata) e negativi (bassa densità delle imprese).

Tasso di sviluppo e PIL provinciale

Nel periodo 1995-2003 il valore aggiunto⁵ pro-capite è andato aumentando a Ferrara del 31,9% (superiore alla media regionale, pari al 29%). L'aumento nazionale è stato del 32,4%.

Ferrara continua a occupare l'ultima posizione in regione per quanto riguarda il PIL, ma si sta portando verso valori prossimi alla media regionale.

	Pro-capite (in euro)	Var. % 2003/1995
Ferrara	21.227	36,3
Emilia-Romagna	24.998,8	32,8
Italia	20.232,4	37,3

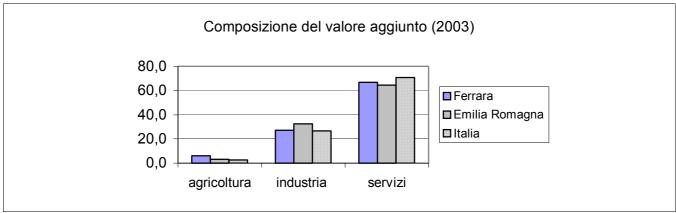
Valore aggiunto pro-capite nel 2003 e differenza con il 1995

Il valore delle esportazioni per abitante è pari a 4.829 euro, poco al di sopra della media nazionale e inferiore ai 7.775 euro della media regionale.

A differenza di quanto si osserva nelle altre province emiliane, esistono due settori predominanti nell'economia locale: agricoltura (30% delle imprese) e commercio (20% delle imprese).

⁴ CDS – Annuario 2005 - Ferrara

⁵ Il valore aggiunto nella produzione è la differenza fra materia prima e prodotto finito: si ottiene sottraendo al valore della produzione i costi intermedi; nella vendita è la differenza fra prodotto in magazzino e prodotto venduto.



Fonte: CCIAA Ferrara – informazioni statistiche 2005

Solitamente si ritiene che l'alta incidenza del settore agricolo nella formazione del reddito complessivo sia indice di arretratezza del sistema economico, ed effettivamente il contributo globale dell'economia ferrarese alla formazione del valore aggiunto nazionale è piuttosto modesto. L'agricoltura ferrarese non è tuttavia certamente un comparto arretrato: infatti, contribuisce con il 6%, ben oltre il doppio del contributo complessivo del comparto a livello nazionale. Molto attivo anche l'artigianato che produce il 14,5% del valore aggiunto, molto al di sopra della quota nazionale e anche della quota del Nord-Est. Il 27% del valore aggiunto è prodotto dall'industria.

Indicatori del mercato del lavoro in provincia di Ferrara dal 2000 al 2005 (valori percentuali)

	Popolazione con 15 anni e oltre		Popolazione e	Popolazione età 15-64 anni		
Maschi	Tasso di attività	Tasso di	Tasso di	Tasso di	Tasso di	
		occupazione	attività	occupazione	disoccupazione	
2000	61,9	59,2	78,4	75,1	4,4	
2001	62,6	59,2	79,8	75,4	5,4	
2002	62,2	60,3	79,2	76,8	3,0	
2003	62,8	61,5	79,0	77,3	2,0	
2004*	61,9	59,9	79,5	77,0	3,1	
2005*	60,9	58,1	78,3	74,7	4,5	
2005 E.R.	-	-	78,7	76,6	2,7	
Femmine						
2000	41,2	37,0	57,5	52,0	8,8	
2001	40,7	37,0	58,3	52,7	9,1	
2002	41,9	37,3	58,7	52,2	11,0	
2003	44,8	42,0	62,3	58,4	6,2	
2004*	45,4	42,8	65,5	61,7	5,7	
2005*	45,1	41,8	65,4	60,6	7,4	
2005 E.R.	-	-	63,4	60,0	5,3	
Maschi e F	Temmine					
2000	51,1	47,9	67,9	63,5	6,3	
2001	51,0	47,4	69,2	64,2	7,0	
2002	51,7	48,3	69,1	64,6	6,4	
2003	53,4	51,3	70,6	67,9	3,9	
2004*	53,2	50,9	72,5	69,4	4,3	
2005*	52,6	59,5	71,9	67,6	5,8	
2005 E.R.	-	51,8	71,1	68,4	3,8	

 $Legenda: \ Tasso\ di\ attivit\`{a} = Forze\ Lavoro/Popolazione$

Tasso di occupazione = Occupati/Popolazione

Tasso di disoccupazione = In cerca di prima occ./Forze Lavoro Fonte: Elaborazione dell'Agenzia Emilia-Romagna Lavoro su dati Istat *I dati relativi non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti in quanto l'Istat ha significatamente cambiato il sistema di rilevazione.

Capitolo 1

La condizione di occupazione di una persona implica non solo la sua partecipazione alla produzione della ricchezza locale e quindi alla condivisione dei frutti ma presuppone anche normalmente una condizione di salute buona o almeno compatibile con l'attività svolta.

La struttura dell'occupazione in provincia di Ferrara è caratterizzata da un tasso di occupazione provinciale al quarto posto in Italia⁶, mentre il tasso di disoccupazione è elevato tra i giovani, anche laureati.

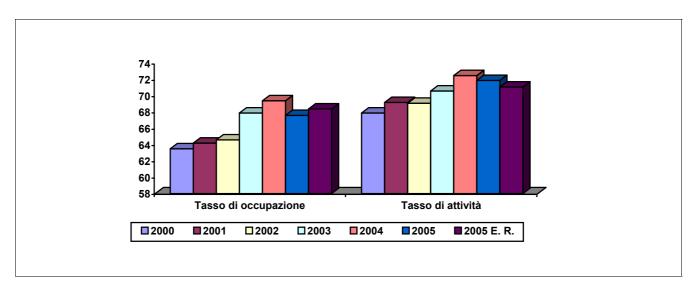
Nel 2004 risultano occupate 159.000 persone a Ferrara. La composizione degli occupati evidenzia un numero basso di laureati occupati.

	Tasso di occupazione				Tasso di diso	ccupazione		
Anni	Comune di Ferrara	Provincia	Emilia- Romagna	Italia	Comunecdi Ferrara	Provincia	Emilia- Romagna	Italia
1993	42,9	46,1	49,0	43,1	12,5	10,4	6,0	10,1
1994	42,2	46,4	48,4	42,1	11,7	10,9	6,0	11,1
1995	42,0	47,3	48,2	41,6	12,4	9,6	5,9	11,6
1996	42,2	45,1	48,5	41,7	10,3	10,0	5,4	11,6
1997	41,7	46,7	48,8	41,7	9,2	8,6	5,8	11,7
1998	42,9	46,1	49,0	42,0	9,9	8,2	5,4	11,8
1999	44,2	46,3	50,0	42,4	8,9	8,2	4,5	11,4
2000	45,4	47,9	50,7	42,1	6,7	6,3	4,0	10,6
2001	44,2	47,4	51,0	43,8	6,6	7,0	3,8	9,5
2002	44,6	48,3	51,6	44,4	5,7	6,4	3,3	9,0
2003	47,5	51,3	52,4	44,8	4,9	3,9	3,1	8,7
2004	47,9	50,9	51,8	45,4	5,7	4,3	3,7	8,1
2005	46,1	59,5	51,8	45,3	6,0	5,8	3,8	7,7

Fonte: Servizio Statistica Comune di Ferrara, Regione Emilia-Romagna, Istat

Come si può osservare dalla tabella e dal relativo grafico, il tasso di occupazione, che rappresenta la quota di occupati sul totale delle persone di 15 anni e oltre, è stato in progressivo – anche se non molto sostenuto – aumento per tutto il periodo, passando dal 42,9 del 1993 al 46,1 del 2005. I valori della serie sono in linea con i corrispondenti dati nazionali, e risultano, in modo sistematico, leggermente inferiori ai dati provinciali, e abbastanza inferiori (mediamente di 4-5 punti) ai corrispondenti dati regionali. La tendenza al leggero aumento è, comunque, comune a tutti e quattro i contesti territoriali considerati.

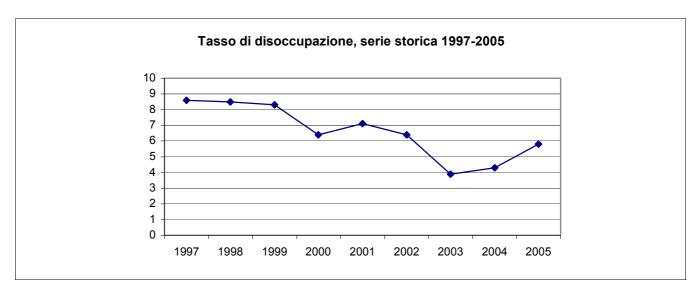
Maschi e Femmine



Il tasso di disoccupazione provinciale si attesta al 4,3% (in miglioramento progressivo negli ultimi anni).

_

⁶ CDS – Annuario 2005 - Ferrara



I dati successivi al 2003 non sono confrontabili con gli anni precedenti in ragione di importanti modifiche nelle metodologia di raccolta ed elaborazione dei dati sull'occupazione da parte di ISTAT. Va notato come Ferrara formi con le contigue province di Rovigo e di Ravenna l'unica sacca di disoccupazione di un certo rilievo nel Nordest del Paese.

Tasso di disoccupazione 2004/2005

	Azienda U	Azienda USL		Romagna
	2004 2005		2004	2005
Tasso di disoccupazione totale	4,3	5,8	3,7	3,8
Tasso di disoccupazione maschile	[3,1]*	4,5	2,7	2,7
Tasso di disoccupazione femminile	5,7	7,4	5	5,3

^{*}errore campionario superiore al 25%-valore non utilizzabile (si riporta per memoria)

Fonte: ISTAT

Alcune caratteristiche dei disoccupati

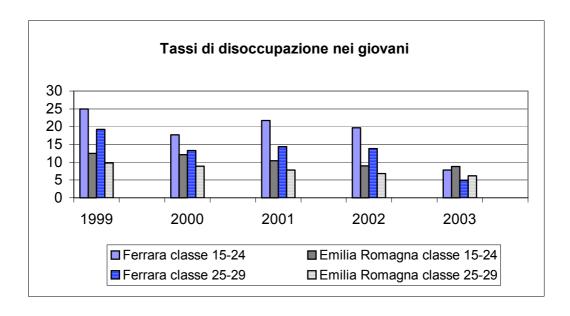
- Il 39,1% dei disoccupati sono disoccupati da lungo tempo, oltre 24 mesi.
- La maggior parte dei disoccupati possiede la licenza media; tuttavia il 16% presentano una bassissima scolarità.

Titolo di studio fra i disoccupati

	Disoccupati In provincia	Provincia di Ferrara
Senza titolo oppure con licenza elementare	16	40,9
licenza media	41.9	27,3
Diploma di scuola media sup.	28	24,5
Laurea o titolo sup.	8.1	7,1
Non presente l'informazione	6	0

Tasso di disoccupazione nei giovani

Si osserva una diminuzione nel corso degli anni, sebbene il brusco abbassamento registrato nel 2003 non sia facilmente interpretabile, mancando anche un valido riferimento nell'anno successivo. È fortemente discussa l'attendibilità reale del dato ISTAT riferito al 2003, privo di riscontri nell'attività dei *servizi Informagiovani* dei Comuni.

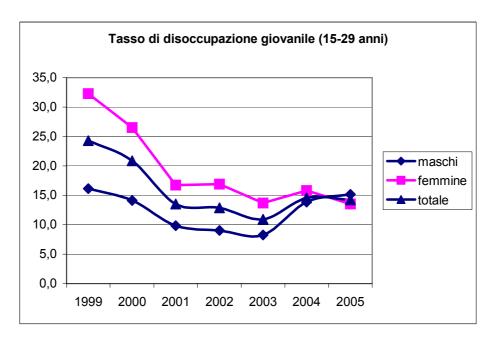


La disoccupazione giovanile a Ferrara dal 1999 al 2005

anni	Tasso di disoccupazione Maschi	Tasso di disoccupazione Femmine	Tasso di disoccupazione Totale
1999	16,1	32,3	24,3
2000	14,1	26,5	20,9
2001	9,8	16,7	13,6
2002	9,0	16,9	12,9
2003	8,3	13,7	11,0
2004	13,9	15,8	14,6
2005	15,2	13,6	14,3

Fonte: Servizio Statistica Comune di Ferrara

Una considerazione a parte merita la disoccupazione giovanile, ovvero la quota di persone disoccupate (o non ancora occupate, purché siano alla ricerca attiva di un lavoro) comprese nella fascia tra i 15 e i 29 anni di età. Anche il tasso di disoccupazione giovanile, negli ultimi anni, è stato in costante diminuzione, passando dal 24,3 del 1999 al 14,3 del 2005. In accordo con molti dati visti in precedenza, anche per questo indicatore è il mondo del lavoro femminile ad avere avuto i migliori risultati (il tasso specifico per le donne risulta più che dimezzato in sette anni, passando da 32,3 a 13,6), mentre per i maschi si assiste a una inversione di tendenza: dal 2003 il tasso di disoccupazione giovanile maschile, dopo alcuni anni di decremento, è di nuovo in aumento (nel 2005, si assesta su un valore di 15,2).



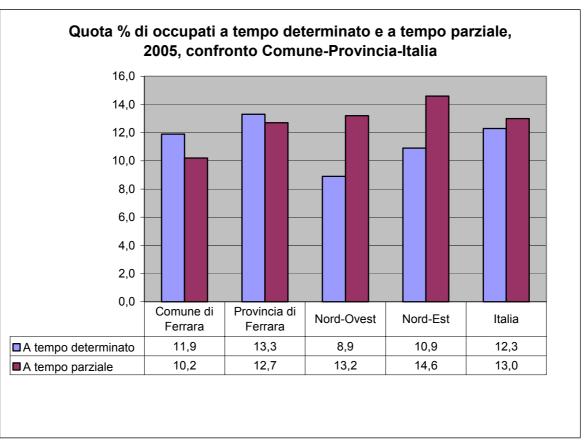
Tratto da: Profilo di salute/benessere del Comune di Ferrara, a cura di Paolo Pasetti

Occupati per attività economica e sesso in provincia di Ferrara dal 1993 al 2005 (valori in migliaia)

Maschi						
	Agricoltura	Industria in complesso	Trasformazione Industriale	Costruzioni	Terziario in complesso	Commercio
1993	10	39	28	10	44	17
1994	13	34	26	7	43	16
1995	12	34	26	7	44	16
1996	9	33	23	9	46	17
1997	8	34	24	9	47	17
1998	8	34	25	7	42	14
1999	8	35	25	8	42	14
2000	9	40	29	10	39	14
2001	9	37	27	9	41	15
2002	8	37	23	12	46	16
2003	9	38	25	12	44	17
2004 *	9	37	26	9	43	10
2005 *	8	41	31	9	38	12
Femmine						
	Agricoltura	Industria	Trasformazione	Costruzioni	Terziario	Commercio
	G	in complesso	Industriale		in complesso	
1993	5	15	13	1	33	9
1994	7	14	13	1	36	10
1995	6	15	14	<u>-</u>	38	11
1996	5	14	13	_	37	10
1997	5	13	12	_	41	11
1998	3	13	13	_	45	12
1999	5	13	12	_	44	9
2000	5	13	12	_	43	10
2001	5	13	12	_	42	11
2002	5	13	11	1	43	12
2003	5	16	15	1	47	14
2004 *	5	15	15		50	11
2004 *	5	13	13	-	50	12
		14	13		30	12
Maschi e Femmine	1 1,	T . 1	T	<i>C</i>	T	C
	Agricoltura		Trasformazione	Costruzioni	Terziario	Commercio
1002	17	in complesso	Industriale	1.1	in complesso	25
1993	16	54	41	11	77	25
1994	20	49	39	7	78	26
1995	19	49	40	8	82	28
1996	14	46	36	9	83	26
1997	13	47	36	9	88	28
1998	12	47	37	8	87	25
1999	12	47 52	38	9	86	22
2000	14	53	42	10	82	24
2001	14	50	39	10	83	25
2002	12	49	35	13	89	28
2003	14	55	40	13	91	32
2004 *	13	52	51	9	94	21
2005 *	13	54	44	9	88	24

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat.

^{*} I dati relativi non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti in quanto l'Istat ha significatamente cambiato il sistema di rilevazione.



Fonte: Servizio Statistica Comune di Ferrara, Regione Emilia-Romagna, Istat

GLI STRANIERI E IL MERCATO DEL LAVORO

Nel quadro regionale per l'anno 2005, la provincia di Ferrara si colloca all'ultimo posto tra le province per quanto riguarda il numero di lavoratori subordinati extracomunitari (6.667 pari al 3,68% del totale registrato in Emilia-Romagna di 181.254).

Distribuzione dei lavoratori subordinati extracomunitari (*) Per provincia nella Regione Emilia-Romagna. Anno 2005

PROVINCIA	EXTRA UE	%
Bologna	39.678	21,89
Ferrara	6.667	3,68
Forlì	17.107	9,44
Rimini	15.435	8,52
Modena	32.966	18,19
Parma	16.024	8,84
Piacenza	11.865	6,55
Ravenna	17.540	9,68
Reggio Emilia	23.972	13,23
Regione Emilia-Romagna	181.254	100,00

^(*) I lavoratori riportati in tabella si riferiscono alle persone, contate una sola volta, che nel corso del 2005 hanno lavorato almeno un giorno. Fonte: Elaborazione Osservatorio sul fenomeno migratorio RER su dati INAIL

Condizioni di vita

Reddito, ricchezza e consumi

Le condizioni economiche di una popolazione rappresentano uno dei principali fondamenti del benessere complessivo e in particolare di quello relativo alla salute.

Anche se la quasi totalità della popolazione ha superato i problemi della sopravvivenza, le disponibilità economiche medie e la loro distribuzione tra gli abitanti determinano il livello di vita complessivo e quindi il ricorso a cure e indagini cliniche potenzialmente inappropriate.

La favorevole evoluzione del quadro economico ha indotto un miglioramento anche nell'evoluzione del reddito pro-capite. La crescita dal 1995 al 2003 è stata pari al 36,3%, superiore alla crescita regionale (32,8%).

Distribuzione del reddito disponibile pro-capite

	2000	2001	2002
Ferrara	15.692	16.492	17.300
Emilia-Romagna	16.512	17.966	18.547
Ferrara Emilia-Romagna Italia	13.984	14.465	15.031

Fonte: CCIAA Informazioni statistiche 2005

Reddito medio pro-capite e consumo familiare

Dati al 2005

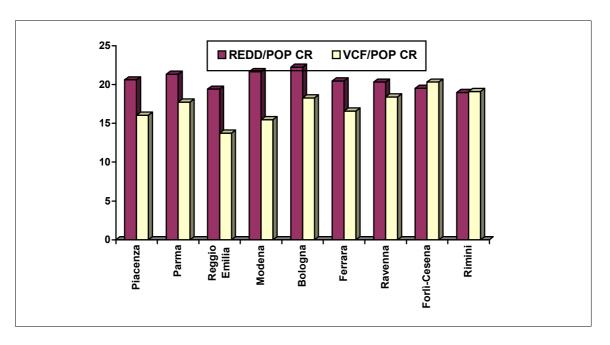
Province	POPCR	REDD	VCF	REDD/ POPCR	VCF/ POPCR
Piacenza	274,79	5660,50	4409,41	20,60	16,05
Parma	415,13	8854,32	7365,31	21,33	17,74
Reggio Emilia	490,67	9518,55	6739,99	19,40	13,74
Modena	662,78	14355,42	10243,29	21,66	15,46
Bologna	947,40	21060,45	17305,96	22,23	18,27
Ferrara	350,55	7168,22	5815,67	20,45	16,59
Ravenna	367,01	7456,08	6750,55	20,32	18,39
Forlì-Cesena	372,86	7269,53	7577,85	19,50	20,32
Rimini	288,27	5471,71	5503,80	18,98	19,09

Fonte: Agenzia Emilia-Romagna Lavoro

POPCR: popolazione residente a metà anno. Migliaia di persone. Fonte: ISTAT **REDD**: reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP).

Valori a prezzi correnti, milioni di euro

VCF: spesa per consumi finali delle famiglie. Valori a prezzi correnti, milioni di euro



Livello di vita, ricchezza e consumi

L'aumento del reddito disponibile ha modificato il tenore di vita dei ferraresi.

Nel 2004 Ferrara si colloca al 20° posto in Italia per reddito per abitante e all'11° posto per consumi per provincia in Italia.

Le condizioni economiche di una popolazione rappresentano uno dei principali fondamenti del benessere complessivo. Anche se la quasi totalità della popolazione ha superato i problemi della sopravvivenza, le disponibilità economiche medie e la loro distribuzione tra gli abitanti determinano il livello di vita complessivo e quindi, da un punto di vista sanitario e assistenziale, il ricorso a cure e indagini cliniche potenzialmente inappropriate.

I consumi non fanno registrare risultati rilevanti.

Nel periodo 1999-2002 i consumi finali interni delle famiglie ferraresi sono aumentati del 13%, in linea con la tendenza nazionale (13,2%) e meno della media regionale (14,6%).

La composizione percentuale della spesa vede un sostanziale allineamento con la media regionale: 14,9% è dedicato alla spesa per alimentari e 85,1% alla spesa non alimentare (a livello italiano la ripartizione vede il 17% per alimentari e l'83% per il comparto non alimentare).

Disponibilità di un'abitazione

L'abitazione è uno dei bisogni primari: 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 però in quelli classificabili ad alto disagio abitativo (3,8% della popolazione contro una media regionale di 2,3%).

La variazione intercensuaria 1991-2001 nel numero delle abitazioni evidenzia una scarsa attività edilizia complessiva nell'arco del decennio trascorso: solo +6% di incremento nel numero di edifici contro una media regionale dell'11%.

Nuove povertà

Ferrara presenta un basso indice di povertà⁷.

L'ultima indagine sulla povertà 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 relativa⁸ (in Emilia-Romagna sono il 4,3% e in Italia il 10,6%, secondo l'indagine nazionale sulla povertà ISTAT 2003).

L'incidenza della povertà assoluta a livello nazionale è del 4,2% delle famiglie, nel comune di Ferrara risulta parti all'1,6% delle famiglie.

Esiste peraltro una terza misura della povertà, costituita dalla povertà soggettiva. La povertà soggettiva è un concetto che considera la percezione dello stato di disagio.

.

⁷ CDS – Annuario 2005 - Ferrara

⁸ La soglia di povertà relativa fa riferimento alla spesa media procapite in Italia. L'incidenza di povertà è data dal numero di famiglie con consumi al disotto della soglia di povertà sul totale delle famiglie residenti.

Capitolo 1

È anch'esso un indicatore monetario, perché è considerata povera una persona o un a famiglia al di sotto una certa soglia. Tuttavia tale soglia è stabilita non in base a criteri oggettivi (reddito o consumi), ma in base a indicazioni soggettive. Sono gli stessi soggetti a stabilire l'ammontare delle risorse monetarie necessarie per condurre una vita senza preoccupazioni economiche, al di sotto della quale si può parlare di povertà (in questo caso soggettiva).

Questo indicatore potrebbe aiutare a comprendere una parte del disagio economico espresso con le nuove forme di povertà.

A Ferrara la povertà soggettiva risulta pari al 61,2%, prossima alla media italiana del 60,7%.

1.5 Osservazioni epidemiologiche

I risultati dello studio OMS mostrano una situazione problematica nei primi anni '90.

I risultati di questo studio uniti alle considerazioni esposte in precedenza sullo stato socio-economico dei ferraresi rendono necessaria un'indagine per chiarire l'eventuale persistenza di una situazione problematica. Vengono ora presentati alcuni elementi di conoscenza mirati all'individuazione della presenza di particolari carichi di malattia in ambito provinciale.

Mortalità e morbosità

Le prime dieci cause di morte a Ferrara nel 2005, distinte per sesso

Ordine	Maschi (%)	Cause	Femmine (%)	Ordine
1	12,3	Tumore del polmone (ICD 9 162)	2,1	
2	8	Malattie ischemiche croniche (ICD 9 411-414)	9,4	1
3	6,7	Infarto acuto del miocardio (ICD 9 410)	5,4	2
4	3,5	Bronchite, enfisema, asma (ICD 9 490-493)	2,6	10
5	3,2	Tumore della prostata (ICD 9 185)	n.v	
6	2,9	Tumore dello stomaco (ICD 9 151)	1,7	
6	2,9	Tumore del colon (ICD 9 153)	2,1	
7	2,6	Ictus (ICD 9 436?)	5	3
8	2,6	Cardiopatia maldefinita (ICD 9 429)	2,9	9
9	2,2	Broncopolmonite (ICD 9 480-486)	2,1	
	-	Tumore della mammella (ICD 9 174)	4	5
10	2,1	Emorragia cerebrale (ICD 9 431)		
	2,0	Tumore del fegato (ICD 9 155)	1,3	
	1,7	Diabete mellito (ICD 9 250)	3,3	7
	1,2	Psicosi organica (ICD 9 290)	3,2	8
	2	Cardiopatia ipertensiva (ICD 9 402)	4,1	4
	1,4	Alzheimer (ICD 9 331)	3,6	6

Le prime cause di morte sono rappresentate, in entrambi i sessi, da malattie cardiovascolari e tumori, sia pure con differenze legate al sesso: nei maschi la prima causa di morte è il tumore del polmone; mentre nelle donne il tumore della mammella è la quarta causa di morte.

L'esame della mortalità effettuato considerando i grandi gruppi di cause (che raggruppano molte singole cause di morte insieme), come si può vedere nella prossima tabella, conferma le differenze appena citate. Nei maschi il gruppo dei tumori è ormai diventato la prima causa di morte, mentre nelle femmine le malattie circolatorie rimangono la prima causa. Le malattie respiratorie sono la terza causa di morte in entrambi i sessi.

Il quarto posto vede un'ulteriore differenziazione nelle cause di morte: i traumatismi nei maschi e le malattie dell'apparato digerente (cirrosi) nelle femmine.

Le più frequenti cause di morte, per grandi gruppi di cause e per sesso (2005)

Maschi	Cause	Femmine
39,94 %	Tumori	25,50 %
34,51 %	Malattie cardiocircolatorie	42,38 %
7,20 %	Malattie respiratorie	6,79 %
5,20 %	traumatismi	3,93 %
3,15 %	Malattie apparato digerente	4,23 %

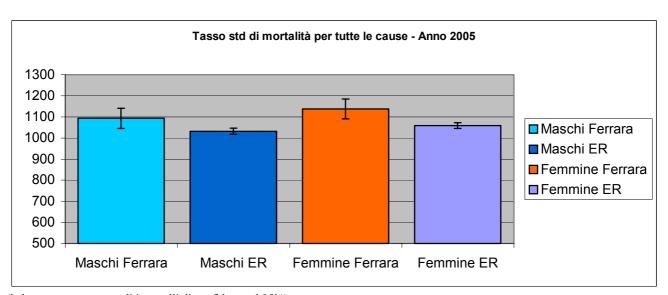
Fonte: elaborazione dal registro aziendale di mortalità

Tasso di mortalità per tutte le cause di morte

La mortalità per tutte le cause mostra un eccesso significativo a Ferrara nel 2004, rispetto alla regione.

Tassi standardizzati di mortalità per 100.000 abitanti calcolati sui residenti con metodo diretto - popolazione standard di riferimento: rer 1998 mortalità per tutte le cause di morte

	Anno 2000	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
Maschi Ferrara	1.235,96	1.282,83	1.180,94	1093,19
Maschi Emilia-Romagna	1.141,78	1.156,34	1.055,21	1032,03
Femmine Ferrara	1.154,51	1.202,85	1.131,88	1137,70
Femmine Emilia-Romagna	1.058,97	1.154,53	1.039,78	1059,25



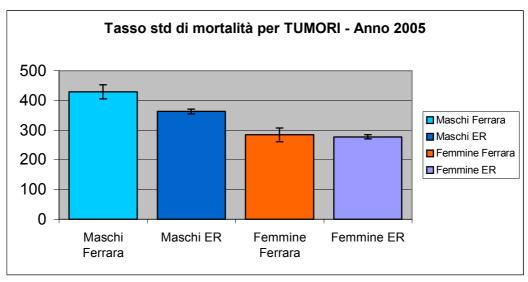
(le barre rappresentano gli intervalli di confidenza al 95%)

Mortalità per tumori

La mortalità per tumori mostra un eccesso significativo solo nei maschi nel 2004, rispetto alla regione.

tassi standardizzati di mortalità per 100.000 abitanti calcolati sui deceduti con metodo diretto - popolazione standard di riferimento: RER 1998

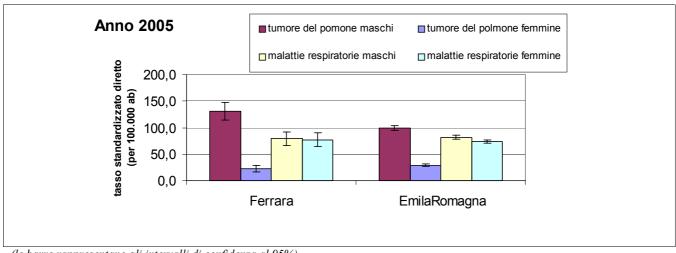
	Anno 2000	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
Maschi Ferrara	449,54	450,33	437,02	428,49
Maschi Emilia-Romagna	397,97	395,55	376,94	362,92
Femmine Ferrara	374,59	287,94	302,67	284,12
Femmine Emilia-Romagna	397,97	289,55	287,28	277,34



(le barre rappresentano gli intervalli di confidenza al 95%)

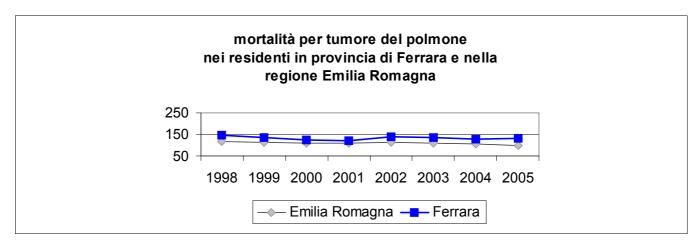
Mortalità per tumore del polmone e malattie respiratorie

La mortalità per tumore del polmone è superiore nei maschi residenti nella provincia di Ferrara rispetto alla popolazione maschile dell'intera regione. Non vi sono invece differenze per quanto riguarda la mortalità per malattie respiratorie nelle popolazioni dei due territori.



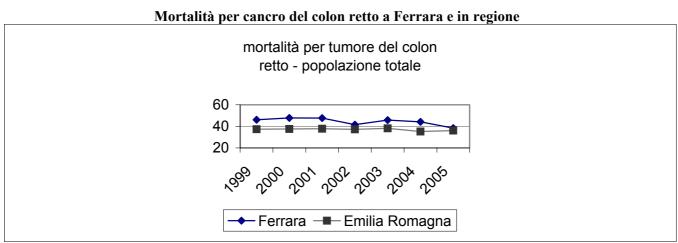
(le barre rappresentano gli intervalli di confidenza al 95%)

L'andamento della mortalità per tumore del polmone nel corso degli ultimi anni è sostanzialmente stabile



Mortalità per tumore del colon retto

La mortalità per cancro del colon retto a Ferrara, nella popolazione totale, è superiore in maniera statisticamente significativa rispetto alla regione anche nel 2004. Non esistono differenze se vengono analizzati separatamente i due generi.

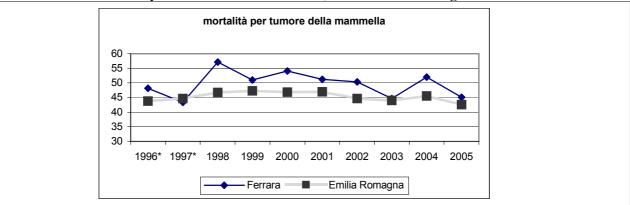


tasso standardizzato per 100.000 (popolazione standard Emilia-Romagna 1998) Fonte: registro regionale di mortalità

Mortalità per tumore della mammella

La mortalità per tumore della mammella continua a essere superiore rispetto alla media regionale.

Mortalità per tumore della mammella, confronto con la regione



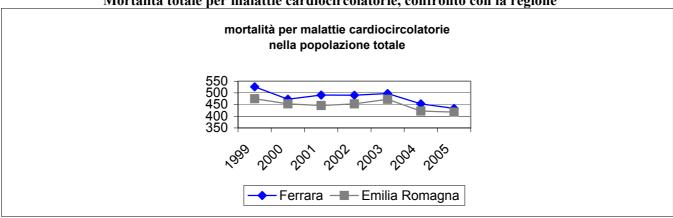
tasso standardizzato per 100.000 (popolazione standard Emilia-Romagna 1998)

Fonte: registro regionale di mortalità

Mortalità per malattie cardiocircolatorie

La mortalità totale per malattie cardiocircolatorie nell'intera popolazione consente di valutare il carico complessivo di questo gruppo di malattie nella popolazione. Si coglie il maggior peso, statisticamente significativo, di queste patologie a Ferrara, rispetto alla media regionale.

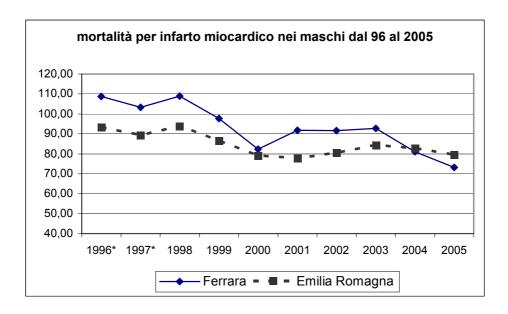
Mortalità totale per malattie cardiocircolatorie, confronto con la regione



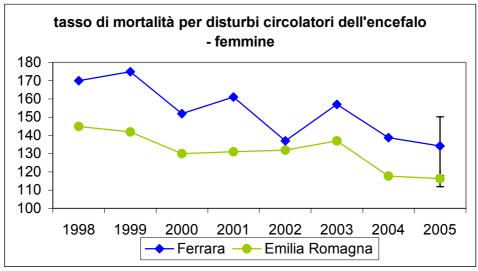
tasso standardizzato per 100.000 (popolazione standard Emilia-Romagna 1998)

Fonte: registro regionale di mortalità

Non si osservano differenze nella mortalità per malattie ischemiche cardiache considerate nel loro insieme (infarto del miocardio e cardiopatie ischemiche croniche).



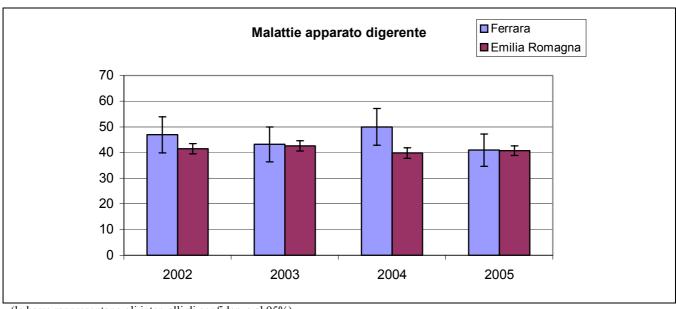
Si osserva, invece, una più elevata mortalità per disturbi circolatori cerebrali nel sesso femminile (dall'ictus alla demenza vascolare) a Ferrara rispetto alla regione, sebbene mostri una certa tendenza alla riduzione nell'ultimo periodo. La differenza rispetto alla regione si mantiene statisticamente significativa.



tasso standardizzato per 100.000 (popolazione standard Emilia-Romagna 1998) fonte: registro regionale di mortalità

Mortalità per malattie dell'apparato digerente

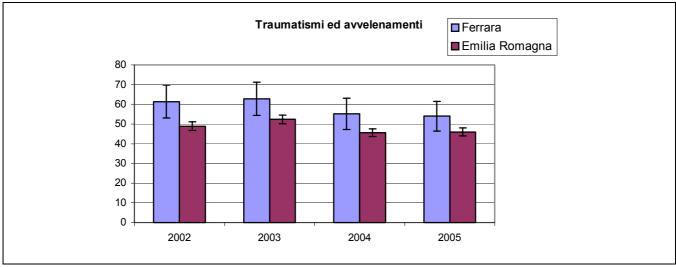
La mortalità per malattie dell'apparato digerente, tra le quali è preminente la cirrosi epatica, mostra un'accentuazione nel 2004 della differenza con la regione, che ora è diventata statisticamente significativa.



(le barre rappresentano gli intervalli di confidenza al 95%)

Mortalità per cause esterne

Anche la mortalità per cause esterne è notevolmente più elevata a Ferrara rispetto alla media regionale, in maniera statisticamente significativa.



(le barre rappresentano gli intervalli di confidenza al 95%)

Morbosità

L'andamento del tasso di ospedalizzazione provinciale è in calo, come l'analogo tasso regionale, ma si mantiene costantemente superiore negli anni con un gradiente di circa 15-20 ricoveri per mille abitanti.

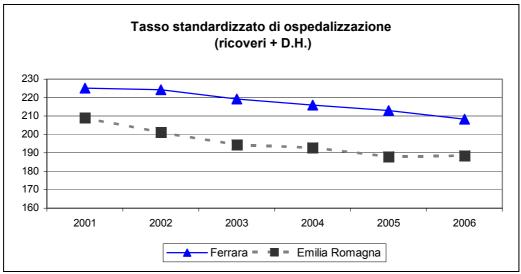
Distribuzione percentuale dei ricoveri (ordinari e day hospital) a Ferrara

Anno 2006	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL
% popolazione, per confronto	(50)	(29)	(21)	(100)
% di ricoveri sul totale	53	28	19	100

Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO⁹ (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione)

⁹ SDO = schede di dimissione ospedaliera

Ricoveri a Ferrara, confronto con la regione



Fonte: Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione

La domanda di ricoveri nel 2004 si presenta omogeneamente distribuita nell'Azienda USL di Ferrara.

Tassi di ospedalizzazione * nel 2006

Anno 2006	Azienda USL	Emilia- Romagna
Tasso grezzo di ospedalizzazione (ricoveri e d.h.)	213,13	185,24
Tasso standardizzato di ospedalizzazione	204,10	184,86

^{*}i tassi sono calcolati sul totale dei ricoveri avvenuti in regime ordinario e in day hospital; i tassi standardizzati utilizzano come standard la popolazione E.R. 31-12-97. Fonte: Elaborazione di dati estratti dall'archivio regionale delle SDO (Sistema informativo sanità e politiche sociali della regione.

La successiva tabella ordina i ricoveri secondo le prime 10 MDC (categoria diagnostica maggiore, che raggruppano le cause di ricovero), nel 2006; si riscontra una sostanziale uniformità con la distribuzione in regione, tranne per l'ottava e la decima posizione.

Graduatoria delle cause di ricovero (MDC e Azienda USL di residenza). Anno 2006.

	Emilia-Romagna	
%	MDC	%
14,93	1. APP. CARDIOCIRCOLATORIO	13,77
11,76	2. APP. MUSCOLOSCHELETR., TESS. CONNETTIVO	12,38
9,51	3. APP. DIGERENTE	9,17
7,37	4. GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	7,91
6,64	5. SISTEMA NERVOSO	7,08
6,31	6. APP. RESPIRATORIO	6,93
5,09	7. PERIODO NEONATALE	5,12
	8. MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM.	
4,99	DIFFERENZIATE	4,94
4,72	9. RENE E VIE URINARIE	4,55
4.62	10. APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	3,91
	14,93 11,76 9,51 7,37 6,64 6,31 5,09	% MDC 14,93 1. APP. CARDIOCIRCOLATORIO 2. APP. MUSCOLOSCHELETR., TESS. CONNETTIVO 9,51 3. APP. DIGERENTE 7,37 4. GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO 6,64 5. SISTEMA NERVOSO 6,31 6. APP. RESPIRATORIO 5,09 7. PERIODO NEONATALE 8. MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE 4,72 9. RENE E VIE URINARIE 10. APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE

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

AIDS

L'aspetto più preoccupante dell'epidemiologia dell'AIDS a Ferrara, e in tutto il mondo occidentale, è la perdita di attenzione a questa malattia e ai comportamenti a rischio che ne costituiscono il veicolo di diffusione. La popolazione assume, senza averne coscienza, degli atteggiamenti a rischio in campo sessuale. La conseguenza è la comparsa sempre più frequente di casi di AIDS diagnosticati in persone fino a quel momento ignare della loro positività per l'infezione da HIV (tra l'infezione da HIV e la comparsa dei sintomi di AIDS trascorrono alcuni anni). La situazione di Ferrara è sostanzialmente in linea con la media regionale

Prevalenza (casi sopravviventi)

	31/12/2000		31/12	2/2002	31	31/12/2004		12/2005
	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*
AUSL Piacenza	61	22,9	74	27,6	96	35,4	97	35,2
AUSL Parma	93	23,4	117	29,1	129	31,6	136	32,6
AUSL Reggio Emilia	80	17,8	94	20,3	116	24,3	118	23,9
AUSL Modena	150	24,0	165	25,8	197	30,2	198	29,8
AUSL Bologna	236	29,6	255	31,6	278	34,2	260	31,5
AUSL Imola	63	53,1	64	53,0	67	54,6	72	57,6
AUSL Ferrara	75	21,5	89	25,6	101	29,1	100	28,5
AUSL Ravenna	175	49,9	192	54,2	219	60,7	226	61,2
AUSL Forlì	74	43,3	86	49,8	94	53,6	91	50,8
AUSL Cesena	48	26,2	49	26,3	53	27,7	56	28,6
AUSL Rimini	88	32,3	108	39,0	134	47,3	137	47,2
Totale	1143	28,7	1293	32,0	1484	36,2	1491	35,6

^{*} il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente a inizio dell'anno considerato Fonte: Assessorato alla sanità RER

AIDS – incidenza (nuovi casi diagnosticati)

	Biennio 1999/2000		Biennio 2001/2002		Bienni 2003/2004		Biennio 2004-2005	
	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*
AUSL Piacenza	22	4,1	25	4,7	30	5,5	27	4,9
AUSL Parma	28	3,5	40	5,0	24	2,9	21	2,5
AUSL Reggio Emilia	30	3,3	28	3,0	33	3,5	21	2,1
AUSL Modena	40	3,2	36	2,8	40	3,1	41	3,1
AUSL Bologna	65	4,1	47	2,9	35	2,2	22	1,3
AUSL Imola	20	8,4	11	4,6	5	2,0	12	4,8
AUSL Ferrara	38	5,4	33	4,8	27	3,9	25	3,6
AUSL Ravenna	70	10,0	33	4,7	48	6,7	50	6,8
AUSL Forlì	18	5,3	27	7,8	14	4,0	15	4,2
AUSL Cesena	13	3,5	13	3,5	12	3,1	13	3,3
AUSL Rimini	36	6,6	32	5,8	33	5,8	23	4,0
Totale	380	4,8	325	4,0	301	3,7	270	3,2

^{*} il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente a metà del biennio considerato Fonte: Assessorato alla sanità RER

TBC Polmonare

La tubercolosi polmonare ha mostrato una maggior frequenza di comparsa in questi ultimi tempi, ma il numero complessivo di casi è ancora limitato, anche in ragione del lavoro di profilassi che viene svolto.

Incidenza

	Biennio 1998/1999		_	Biennio 2000/2001		Biennio 2002/2003		ennio 4-2005
	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti *	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti *	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti *	n. casi	Tasso x 100.000 abitanti*
AUSL Piacenza	28	5,3	31	5,8	44	8,2	44	8,0
AUSL Parma	59	7,5	51	6,4	53	6,5	53	5,4
AUSL Reggio Emilia	58	6,5	69	7,6	78	8,3	78	7,7
AUSL Modena	128	10,3	133	10,5	120	9,3	118	7,5
AUSL Bologna	165	10,4	133	8,3	139	8,6	140	9,2
AUSL Imola	16	6,8	13	5,4	20	8,2	20	5,6
AUSL Ferrara	36	5,1	39	5,6	35	5,0	34	5,4
AUSL Ravenna	49	7,0	40	5,7	52	7,3	52	5,0
AUSL Forlì	28	8,2	29	8,4	26	7,5	26	10,4
AUSL Cesena	44	12,1	23	6,2	50	13,3	50	8,0
AUSL Rimini	61	11,3	41	7,5	42	7,5	41	8,1
Totale	672	8,5	602	7,5	659	8,1	657	8,1

^{*} il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente a metà del biennio considerato Fonte: Assessorato alla sanità RER

Disabilità

Qualità della vita e limitazioni dell'attività

Secondo i risultati dell'indagine "In linea con la salute", l'84,9% dei ferraresi non presenta limitazioni nelle attività quotidiane, mentre il 3,6% ha riferito di aver trascorso l'intero mese precedente con limitazione della propria attività.

Il numero di giorni con limitazioni cresce, come atteso, al crescere dell'età: 3,9 giorni negli anziani contro una media pari a 1,9 giorni.

Emerge una forte differenza di genere: nelle donne anziane sono presenti 5,2 giorni con limitazioni mentre per i maschi pari età sono riferiti 2,3 giorni con limitazione.

Distribuzione del numero medio di giorni con limitazione dell'attività

classi di età	maschi	femmine	maschi e femmine
18-29	0,7	1,4	1,1
30-44	1	1	1
45-64	1,4	1,6	1,5
65-79	2,3	5,2	3,9
Totale	1,4	2,3	1,9

Fonte: In linea con la salute - 2005

1.6 Stili di vita e fattori di rischio

Prevalenza di alcuni fattori di rischio nella popolazione ferrarese

La prevalenza dei principali fattori di rischio per malattie cardiovascolari è stata oggetto di un'apposita indagine campionaria nell'Azienda USL di Ferrara. Per la descrizione dettagliata dei risultati si rimanda alla relazione conclusiva "In linea con la salute".

Saranno richiamati, in questa sede, i principali risultati allo scopo di evidenziare la dimensione dei fattori di rischio presenti.

Sono di seguito riassunte le stime del numero di persone che in provincia di Ferrara risultano esposte ai principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. Per maggiore chiarezza i fattori sono stati suddivisi dicotomicamente in due categorie: una categoria a maggior rischio di sviluppo di malattia e l'altra alternativa caratterizzata da assenza di rischio (per quello specifico fattore). La tabella riassume i risultati dell'indagine condotta nell'Azienda USL di Ferrara.

Stima della prevalenza di esposizione a singoli fattori di rischio (popolazione ferrarese 18-79 a.)

		Frequenza stimata	%
Abitudine al fumo	Fumatori ed ex-fumatori	137.817	48,4
	non fumatori	146.360	51,4
Abitudini alimentari	Obesi/soprappeso (BMI>25)	138.387	48,6
	Normopeso	146.360	51,4
Attività fisica	Inattivi (attività leggera < 5		86,8
	volte/settimana)	247.160	
	Attivi	37.586	13,2
Abitudine all'alcool	Bevitori ad alto rischio*	37.301	13,1
	Bevitori a minor rischio	247.445	86,9

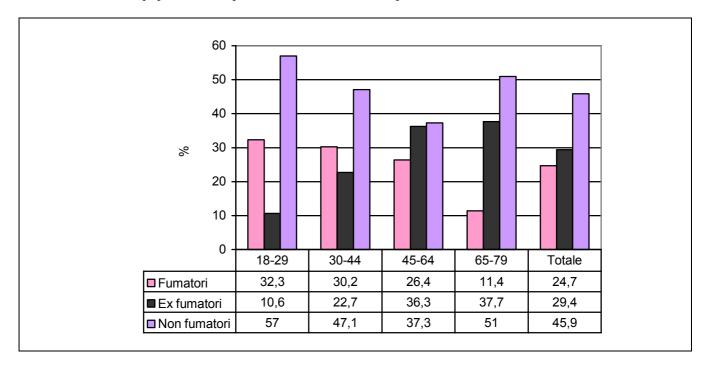
^{*}maschi > 14 Unità Alcoliche/settimana; femmine > 7 Unità Alcoliche/settimana

Il primo risultato emerso dall'indagine, e assai importante, è dato dall'esigua proporzione di ferraresi che non sono esposti ad alcun fattore di rischio per malattie cardiovascolari: solo 13-14.000 persone su 244.000.

Fumo

A Ferrara i fumatori sono pari al 24,7% della popolazione compresa tra i 18 e i 79 anni. La prevalenza dei fumatori è fortemente differenziata in base al sesso: i fumatori maschi sono il 28,6% contro il 21% femmine. Proiettando la percentuale sulla popolazione in studio, si può stimare che i fumatori tra i 18 e i 79 anni siano circa 66.000: 37.00 maschi fumatori e 29.000 donne fumatrici.

Distribuzione della popolazione rispetto all'abitudine al fumo, per classe di età



Il rischio di ammalare in conseguenza dell'abitudine al fumo è funzione dell'esposizione cumulativa al fumo di tabacco (quanto ha fumato una persona nella sua vita). Un modo sintetico per rappresentare l'esposizione cumulativa dei fumatori è costituito dai cosiddetti pack-year¹⁰ (letteralmente: "pacchetti all'anno").

20 pack-year sono considerati la soglia oltre la quale aumenta enormemente il rischio delle malattie più gravi associate al fumo.

L'esposizione media al fumo per ciascun ferrarese che fuma o ha fumato è pari a 17 pack year.

L'incremento maggiore di esposizione cumulativa si osserva nella classe 45-64: in questa fascia di età l'esposizione raggiunge 24,2 pack year.

Distribuzione del numero di pack year nei fumatori attuali, per età

	Numero pack year
18-29	4,2
30-44	13
45-64	24,2
65-79	26
media	17

Il 35% circa dell'universo dei fumatori, compresi gli ex-fumatori, ha già raggiunto un'esposizione pari a 20 pack year. Si tratta, approssimativamente, di circa 38.000 persone ad alto rischio di sviluppare malattie associate al fumo.

¹⁰ il pack-year è il numero di pacchetti consumati ogni giorno moltiplicato per il numero di anni in cui il soggetto ha fumato (es. 1 pack-year può significare che una persona ha fumato per un anno un pacchetto di sigarette al giorno oppure ha fumato una sigaretta al giorno per 20 anni). Costituisce un modo semplice per misurare il rischio che ciascuna persona ha accumulato, grazie al fumo di tabacco.

Ad esempio, il 28,5% delle persone con una diagnosi di ipertensione da parte di un medico ha già un'esposizione superiore a 20 pack-year e per il 10,6% degli ipertesi l'esposizione è compresa tra 10 e 19 pack-year.

Fumo passivo

Il fumo involontario (o passivo) manifesta gli stessi effetti negativi del fumo attivo. Le famiglie che a Ferrara devono convivere con un fumatore all'interno delle mura domestiche sono il 22,6%; questo comporta una stima di circa 60.000 persone esposte a fumo involontario tra le mura di casa. Tra questi molti bambini, quindi un'esposizione in età molto precoce.

Obesità

I risultati dello studio "In linea con la salute" mostrano che il ferrarese medio ha un indice di massa corporea (IMC) pari a 25,3, vale a dire lievemente sovrappeso (il limite è un IMC=25; 25 kg per mq).

Distribuzione dell'indice di massa corporea, per sesso

	Femmine	maschi	Maschi e femmine
sottopeso	5,3	0,4	2,9
normopeso	54,7	41,8	48,5
sovrappeso	28,6	43,2	35,9
obeso	11,4	14,6	12,6

Complessivamente le persone sovrappeso e obese nel loro insieme sono numericamente altrettante che le persone normopeso (48,6% sovrappeso/obese e 48,4% normopeso).

Le persone con obesità/sovrappeso a Ferrara sono 138.387.

Ipertensione arteriosa

Secondo i risultati di "in linea con la salute", il 25,2% dei ferraresi ha una diagnosi di ipertensione da parte di un medico. Di questi, il 21,2% (pari all'84% di chi ha ricevuto una diagnosi di ipertensione) segue una terapia. Si tratta di un risultato coerente con quello di una ricerca¹² condotta in 5 paesi europei, tra i quali l'Italia, secondo la quale il 20% del campione assumeva farmaci anti-ipertensivi.

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

Ipercolesterolemia

Secondo i risultati di "in linea con la salute", il 21,5% dei ferraresi ha una diagnosi di ipercolesterolemia da parte di un medico. Di questi, il 7,4% (pari al 34,3% di chi ha ricevuto una diagnosi di ipertensione) segue una terapia. Si tratta di un risultato coerente con quello di una ricerca¹³ condotta in 5 paesi europei, tra i quali l'Italia, secondo la quale il 9% del campione seguiva una terapia medica per la diminuzione della colesterolemia.

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).

L'indice di massa corporea è una misura dell'obesità; si calcola dividendo il peso per l'altezza al quadrato.

¹² Erhardt &Hobbs Int J Clin Pract 2002; 56:632

¹³ Erhardt &Hobbs Int J Clin Pract 2002; 56:632

Indici di consumo di alcuni farmaci per il controllo del livello di colesterolo nel 2006*

	Sostanze ipolipemizzanti
Ferrara	66,67
Media RER	65,72

Fonte: Sistema informativo regionale sanità e politiche sociali – banca dati assistenza farmaceutica territoriale

Diabete mellito

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 dai sanitari che assistono pazienti diabetici.

Il dato di prevalenza¹⁵ disponibile è riportato nella prima riga della tabella: il 5,5% della popolazione ferrarese risulta diabetica, con lievi variazioni dal 5 al 6% nei tre distretti.

Prevalenza del diabete mellito e tassi di ospedalizzazione per diabete mellito nel 2004*

	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Prevalenza stimata diabete tipo1° e tipo2° *	5,6%	6%	5%	5,5%	n.d.
Esenzione ticket per diabete **	4,9 %	5,2 %	4 %	4,8 %	n.d.
N° di SDO per diabete ***	234	125	79	438	4703
ricoveri totali per diabete (250)	1,3	1,2	1,1	1,3	1,1
ricoveri totali per diabete (250) <65 anni	0,9	0,7	0,8	0,8	0,6
ricoveri totali per diabete (250) >65 anni	2,5	3,0	2,2	2,6	3,0

^{*(}i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. ed espressi per mille). I dati sono stati estratti usando come chiave la diagnosi principale di dimissione.

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)

Attività fisica

L'impegno richiesto dai lavori domestici¹⁶ è il tipo di attività fisica con il quale si misurano la maggioranza dei ferraresi. Le donne sono impegnate in misura maggiore in attività domestiche (89,7% contro il 79,8% per gli uomini), attività che può impegnare un tempo notevole ma che richiede dispendi energetici solitamente modesti.

Esiste dunque un primo livello di sedentarietà assoluta che comprende il 10,3% di donne e il 20,2% di uomini che non compiono nessun lavoro domestico. Tra costoro vanno comprese le persone con limitazioni della propria attività per impedimenti legati alle condizioni di salute: l'1,7% dichiara di non essere in grado di svolgere attività fisiche di qualunque tipo; tra questi, il 4,6% degli anziani.

Le persone che si dichiarano totalmente prive di esercizio fisico leggero (esempio: una passeggiata di un km) sono il 32,9% dei ferraresi. A queste persone sedentarie si aggiunge un ulteriore 25,5% che svolge un'attività fisica di tipo leggero fino a 3 volte per settimana, ossia con una frequenza insufficiente secondo le attuali lineeguida nazionali e internazionali.

_

^{*} consumo espresso come nº DDD¹⁴/1000 abitanti

I dati sono stati estratti usando come chiave il gruppo terapeutico principale (ATC2).

¹⁴ DDD = dosi definite al giorno: è l'unità di misura che consente confronti omogenei sul consumo di un farmaco

¹⁵ prevalenza = numero di persone affette da una malattia

¹⁶ Va tenuto presente che le attività domestiche non possono essere inserite *in toto* tra le attività fisiche, in quanto solo alcuni lavori di casa comportano un sufficiente dispendio energetico. Si tratta di lavori che non vengono abitualmente praticati con regolarità più volte per settimana, come lavare i pavimenti, ad esempio).

Capitolo 1

Le persone sedentarie, che non si muovono, sono dunque pari al 60,1% dei ferraresi e le donne sono più inattive degli uomini: il 63,4% delle donne è sedentario contro il 56,6% degli uomini.

I risultati del sondaggio di Eurobarometer, ¹⁷ basato sullo stesso questionario, consentono un confronto con l'Italia e con l'Unione Europea.

Un'attività fisica di livello leggero non viene praticata dal 17,1% dei cittadini europei (UE a 15 Stati) e dal 18% circa di italiani (a Ferrara dal 34,6%).

Un'attività fisica di livello moderato non viene praticata dal 40,8% dei cittadini europei e dal 50% di italiani (a Ferrara dal 51,6%).

Un'attività fisica di livello intenso non viene praticata dal 57,4% dei cittadini europei e dal 63,9 % di italiani (a Ferrara dal 71,4%).

1.7 Sicurezza

Incidenti stradali

Ferrara continua ad avere un numero di incidenti abbastanza basso rispetto sia alla regione sia all'Italia: nel 2004 sono stati 4,88 incidenti ogni 1000 abitanti (in regione:5,84 e in Italia:3,92).

Sono molto pochi rispetto alla superficie provinciale (0,64 incidenti ogni 100 kmq; regione quasi doppio: 1,06 Italia:0,75) e quasi nella media rispetto al numero di veicoli circolanti (6 incidenti ogni mille veicoli; regione: 7 Italia:5)

La mortalità da incidente stradale è invece doppia a Ferrara rispetto all'Italia e alla regione. Ogni 1000 incidenti si contano nel 2004 a Ferrara 51 morti (in regione:25 e in Italia:25).

La conseguenza immediata è il peso sociale degli incidenti: ogni mille morti, a Ferrara ben 19 muoiono per incidente (regione:13 Italia:10).

Il tasso di mortalità da incidente stradale è il più alto in Italia: 25 per 100.000 abitanti (regione:15 per 100.000 Italia:10 per 100.000).

La tabella presenta la serie storica dell'incidentalità stradale rilevata a Ferrara dalle forze di polizia negli ultimi anni, secondo i dati ISTAT-ACI.

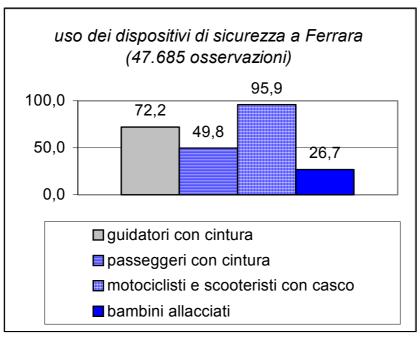
Infortuni stradali - Provincia di Ferrara

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
Incidenti	1.679	1.661	1.619	1.672	1.676	1.613	1.680	1.538
Morti	93	65	86	71	94	77	86	72
Feriti	2.240	2.236	2.238	2.308	2.211	2.154	2.289	2.135
RM	5,5%	3,91%	5,31%	4,25%	5,61%	4,8%	5,1%	4,7%
RL	133,4%	134,62%	138,23%	138,04%	131,92%	133,5%	136,3%	138,8%
RP	3,99%	2,82%	3,70%	2,98%	4,08%	3,4%	3,6	3,3

(2005*dati provvisori)

Tra i fattori che possono spiegare almeno in parte la gravità degli incidenti stradali è da comprendere lo scarso uso dei dispositivi di sicurezza (cintura, casco, seggiolino), evidenziato da una recente indagine *ad hoc* sulle strade ferraresi.

¹⁷ Eurobarometer Physical activity – Special Eurobarometer 183-6 / Wave 58.2 December 2003



Incidenti domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un fenomeno di interesse sociale e sanitario, paragonabile da un punto di vista quantitativo a quello degli incidenti stradali.

Si stima che in Europa circa 45 persone su 1.000 abbiano ogni anno almeno un infortunio domestico o nel tempo libero, ossia una quota circa 10 volte maggiore rispetto agli infortuni stradali (OMS, 1999).

La tabella riporta una stima dei ricoveri attribuibili alle conseguenze di un incidente domestico. Complessivamente questa tipologia di ricovero assomma a circa il 65% di tutti i ricoveri per trauma dei ferraresi.

Tassi grezzi di ricovero per trauma nel 2004

	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Distretto Ovest	Azienda USL	Emilia- Romagna
Ricoveri 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 domestico (somma del campo "incidente domestico" + campo "altro")	5,73	5,83	5,48	5,7	3,33

^{*(}i tassi sono grezzi, riferiti ai ricoveri totali compresi D.H. 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)

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

Dati sugli accessi al Pronto Soccorso-anno 2004

	P.S. Azienda Ospedaliera S. Anna Ferrara	P.S. Ospedali Azienda USL
n. accessi	69.318	92.489
Percentuale di persone ricoverate sul totale degli accessi	23%	14%
proporzione degli accessi per trauma sul totale degli accessi	28%	37,4%
Accessi per traumi accidentali sul totale degli accessi per trauma	63,5%	65,9%

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO PER AZIENDA E PRESIDIO OSPEDALIERO – ANNO 2005

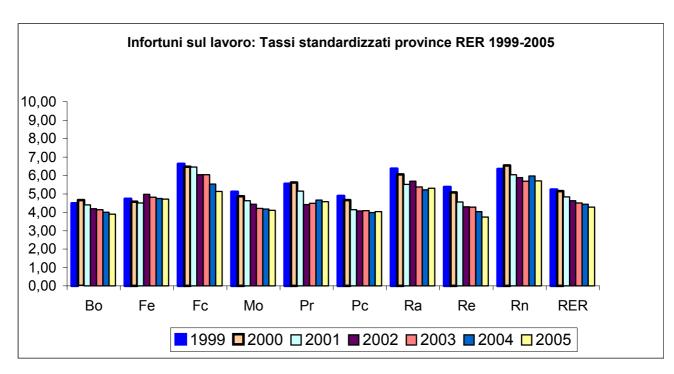
Presidio Ospedaliero	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti	Totale accessi
Presidio Unico Ospedaliero	11.883	72.183	66	84.132
Totale Az. USL Ferrara	11.883	72.183	66	84.132
Arcisped. S.Anna	17.064	56.157	81	73.302
Totale Az. Osp. Ferrara	17.064	56.157	81	73.302

Reportistica predefinita annuale -Pronto soccorso: anno 2005

Infortuni sul lavoro

Gli infortuni sul lavoro mostrano un andamento sostanzialmente stabile, ai valori inferiori del range regionale.

Tasso standardizzato** infortuni indennizzati x100

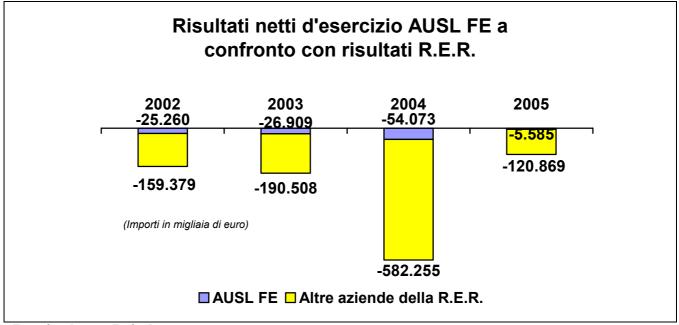


Capitolo 2 - Il profilo aziendale

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

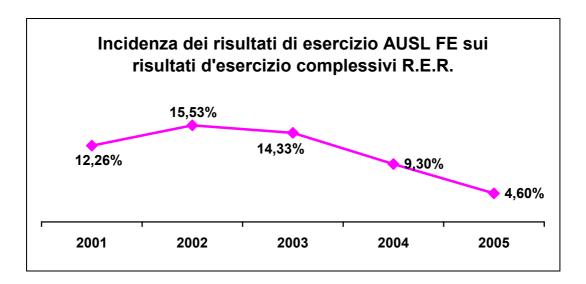
2.1.1 Sostenibilità economica

Il risultato netto misura l'incremento o il decremento del valore del patrimonio aziendale apportato dalla gestione economica annuale.

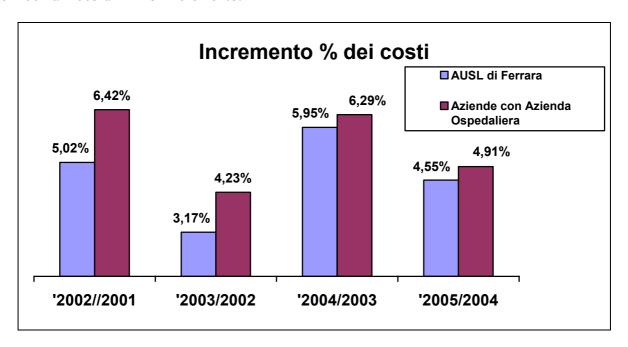


Fonte dati: Regione Emilia-Romagna

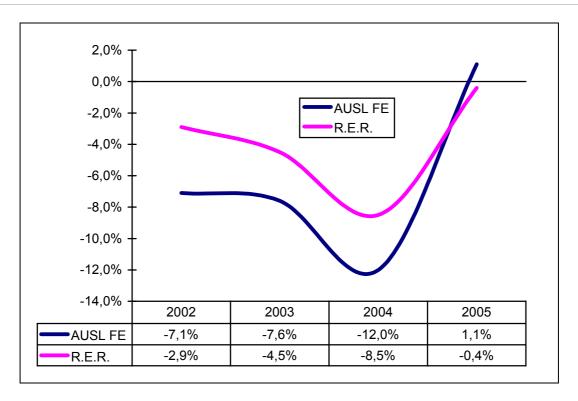
In chiusura dell'esercizio finanziario 2005 sono stati assegnati contributi straordinari alle aziende sanitarie regionali (deliberazione della giunta regionale n. 559/2006); il riparto tra le aziende sanitarie, finalizzato a raggiungere una complessiva situazione di equilibrio economico-finanziario a livello regionale, non è avvenuto col criterio della quota pro-capite, ma ha consentito di portare tutte le aziende a un livello di perdita eguale alla quota di ammortamento annuale (al netto della sterilizzazione); pertanto il trend storico del "Risultato netto di esercizio" risente in maniera significativa dell'intervento regionale. Lo stesso dicasi per l'indicatore relativo all'incidenza dei risultati d'esercizio dell'Azienda USL di Ferrara rispetto alla perdita complessiva regionale, che ovviamente, nell'ultimo anno considerato, non è del tutto esemplificativo delle performance realizzata.



Volendo considerare l'andamento dell'aggregato economico corrispondente ai costi di produzione, si nota che, rispetto alla media delle Aziende Sanitarie territoriali caratterizzate dalla presenza di un'Azienda Ospedaliera nel territorio di riferimento, l'Azienda USL di Ferrara ha sempre prodotto del 2002 al 2005 un minor incremento.

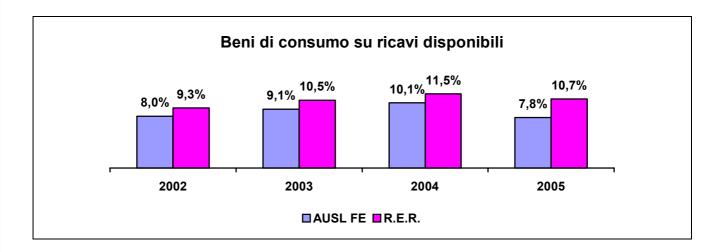


Il grado di performance della gestione caratteristica dell'Azienda può essere misurato attraverso il rapporto tra quest'ultima e i ricavi disponibili. Per L'Azienda USL di Ferrara l'andamento dell'indicatore è decrescente, fino al 2004, invertendo drasticamente direzione nel 2005 a causa del forte incremento del finanziamento regionale, che le ha consentito di superare la media delle Aziende di riferimento (+1,1% contro -0,4%).

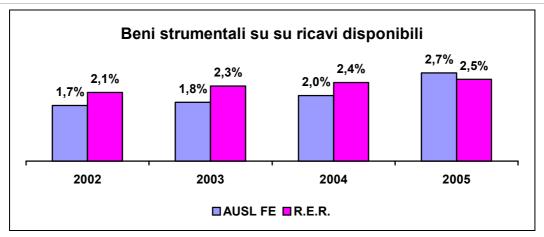


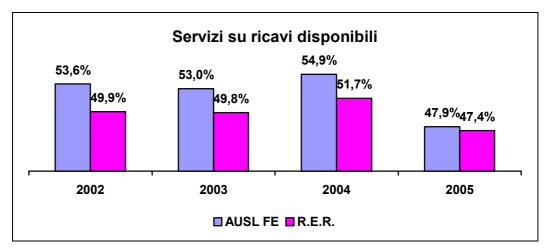
Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili

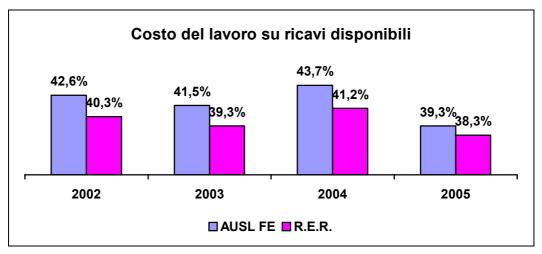
Il rapporto tra aggregati di costo e ricavi disponibili misura il grado di assorbimento per fattori direttamente impiegati nel processo produttivo. Nel caso dell'Azienda USL di Ferrara il Costo del Lavoro e i Servizi Sanitari, che sono gli aggregati di costo che incidono maggiormente sul totale dei costi, incidono più pesantemente rispetto alla media regionale sul totale degli oneri di produzione

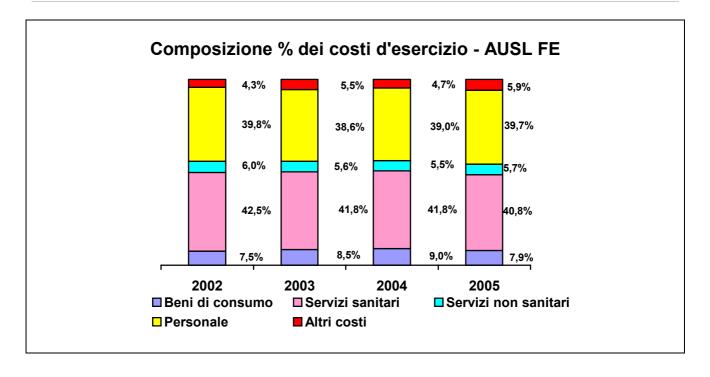


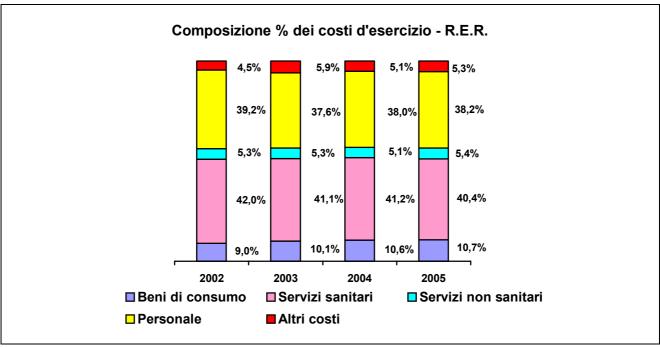
Capitolo 2







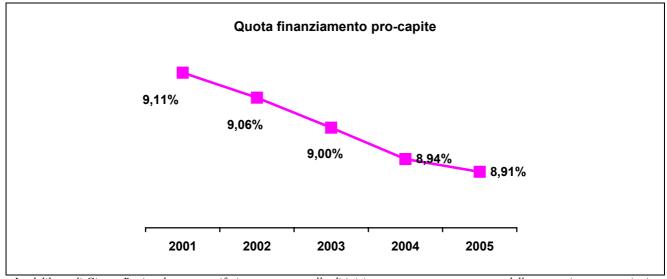




 $Il\ valore\ regionale\ si\ riferisce\ alle\ Aziende\ Sanitarie\ territoriali\ che\ hanno\ Aziende\ Ospedaliere\ nel\ territorio\ di\ riferimento.$

Il Rapporto tra finanziamento a quota capitaria assegnata all'Azienda e finanziamento totale regionale per livelli di assistenza indica la percentuale di assegnazione del finanziamento pro-capite sul totale regionale. Il calo demografico della provincia di Ferrara è la principale causa dell'andamento decrescente della quota di accesso al Fondo Sanitario Regionale

Capitolo 2



Le delibere di Giunta Regionale prese a riferimento sono quella di inizio anno e non tengono conto delle successive assegnazioni per adeguamento popolazione

2.1.2 Saldi di mobilità

Le seguenti tabelle evidenziano i rapporti economici compensativi che l'intero sistema provinciale (Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria e privati) determina nei confronti delle strutture sanitarie regionali ed extra-regionali. Nonostante il saldo per la mobilità extraregionale sia positivo, il saldo complessivo provinciale è negativo a causa del forte deficit della mobilità verso (e da) aziende della Regione Emilia-Romagna.

Mobilità sanitaria infraregionale

Anno 2005	Passiva infra RER	Attiva Infra RER	Attiva infra RER AOSP	Saldo
Degenze (privato e pubblico)	27.126.426	8.646.294	8.244.834	-10.235.298
Specialistica	2.311.062	1.793.950	1.340.508	823.396
	29.437.488	10.440.244	9.585.342	-8.754.528
Farmaceutica	1.121.160	862.126		-259.034
Distribuzione diretta	1.262.102	30.291	2.257.341	1.025.530
Medici di Base	213.011	189.751		-23.260
	32.033.761	11.522.412	11.842.683	-8.011.292

Anno 2004	Passiva infra RER	Attiva Infra RER	Attiva infra RER AOSP	Saldo
Degenze (privato e pubblico)	27.272.861	8.894.334	8.786.742	-9.539.489
Specialistica	2.273.549	1.821.371	1.237.612	784.961
	21.264.207	10.768.001	10.024.354	-8.754.528
Farmaceutica	1.267.783	764.753		-503.030
Distribuzione diretta	941.191	13.964	1.605.431	678.204
Medici di Base	214.478	207.262		-7.216
	31.970.335	11.753.980	11.629.785	-8.586.570

Anno 2003	Passiva infra RER	Attiva Infra RER	Attiva infra RER AOSP	Saldo
Degenze (privato e pubblico)	24.919.473	8.550.460	8.591.189	-7.777.824
Specialistica	1.928.621	1.587.914	1.014.839	674.131
	26.848.094	10.138.374	9.606.028	-7.103.693
Farmaceutica	1.277.996	526.654		-751.342
Distribuzione diretta	933.120	1.916	1.086.010	154.806
Medici di Base	203.999	200.525		-3.474
	29.263.209	10.867.469	10.692.038	-7.703.703

Alla voce:

Mobilità sanitaria extraregionale

Anno 2005	Passiva extra RER	Attiva extra RER	Attiva extra RER AOSP	
Degenze (privato e pubblico)	20.058.899	3.730.360	16.995.751	667.212
Specialistica	4.158.430	761.517	1.986.014	-1.410.899
	24.217.329	4.491.877	18.981.765	-743.687
Farmaceutica	279.136	466.680		187.544
Distribuzione diretta farmaci	412.647	8.917	1.566.100	1.162.370
Medici di Base	63.433	100.244		36.811
Trasporti	85.992	241.430		155.438
	25.058.537	5.309.148	20.547.865	798.476

Anno 2004	Passiva extra RER	Attiva extra RER	Attiva extra RER AOSP	
Degenze (privato e pubblico)	18.914.166	3.528.602	17.338.666	1.953.102
Specialistica	3.418.922	747.558	1.715.969	-955.395
	22.333.088	4.276.160	19.054.635	997.707
Farmaceutica	305.099	360.720		55.621
Distribuzione diretta farmaci	430.722	1.450	1.566100	1.136.828
Medici di Base	55.115	82.857		27.742
Trasporti	81.666	246.201		164.535
	23.205.690	4.967.388	20.620.735	2.382.433

[&]quot;Passiva" è compresa la mobilità verso Aziende pubbliche e private situate fuori dalla Provincia di Ferrara;

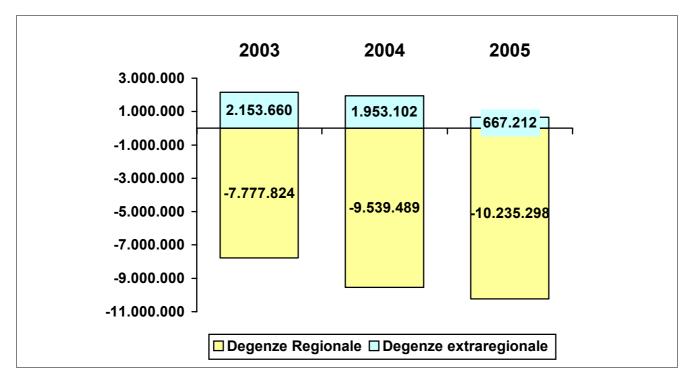
[&]quot;Attiva" si comprende la produzione delle strutture pubbliche e private verso cittadini non residenti nella Provincia.

Capitolo 2

Anno 2003	Passiva extra RER	Attiva extra RER	Attiva extra RER AOSP	Saldo
Degenze (privato e pubblico)	18.258.763	3.490.100	16.922.353	2.153.660
Specialistica	3.045.663	586.782	1.504.752	-954.129
	21.304.426	4.076.882	18.427.105	1.193.394
Farmaceutica	255.718	349.443		93.725
Distribuzione diretta farmaci	427.533	5.809	1.221.417	799.693
Medici di Base	58.011	122.105		64.094
Trasporti	33.431	220.990		187.559
	22.079.118	4.775.229	19.648.522	2.338.465

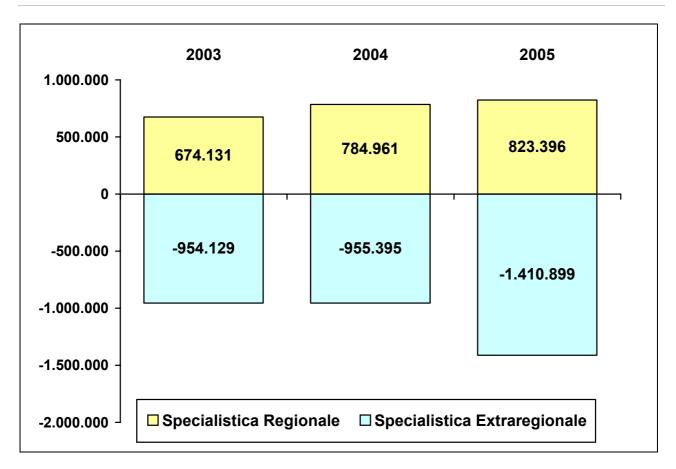
Alla voce:

Saldi della mobilità extra provinciale



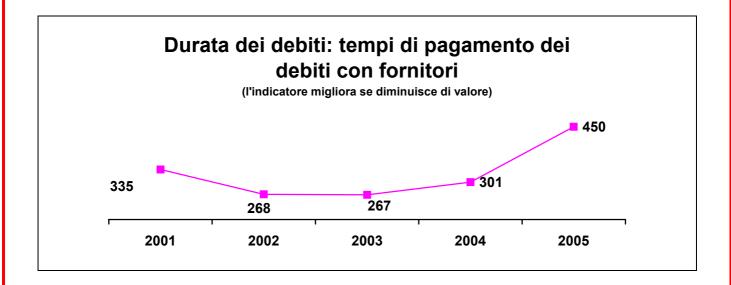
[&]quot;Passiva" è compresa la mobilità verso Aziende pubbliche e private situate fuori dalla Provincia di Ferrara;

[&]quot;Attiva" si comprende la produzione delle strutture pubbliche e private verso cittadini non residenti nella Provincia



2.1.3 Sostenibilità finanziaria

La durata media dell'esposizione verso i fornitori tende a migliorare nel corso degli anni.

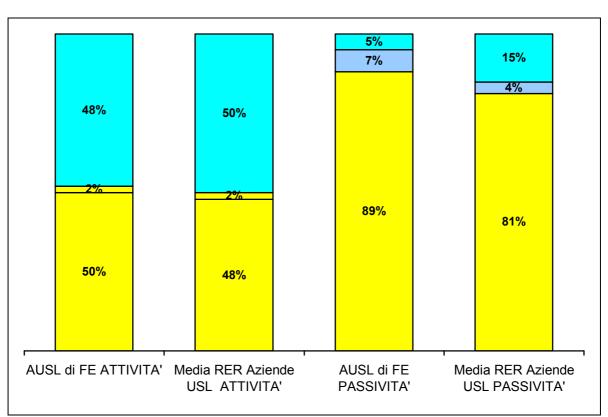


2.1.4 Sostenibilità Patrimoniale

Composizione percentuale dello Stato patrimoniale classificato in chiave finanziaria

	AUSL di FERRARA 2005		
	ATTIVITÀ	PASSIVITÀ	
Liquidità immediate e	50%	89%	Finanziamenti a breve
differite			
Scorte	2%	7%	Finanziamenti a medio lungo
			termine
Immobilizzazioni	48%	5%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITÀ	100%	100%	TOTALE PASSIVITÀ

	Media RER 2005 (Az.de territoriali con AOSP)		
	ATTIVITÀ	PASSIVITÀ	
Liquidità immediate e differite		81,3%	Finanziamenti a breve
Scorte	2,2%	3,6%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	50%	15,2%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITÀ	100%	100%	TOTALE PASSIVITÀ



L'Azienda USL di Ferrara ha l'attivo composto per il 48% da Immobilizazioni e in contropartita una composizione del Passivo per l'89% costituito da Finanziamenti a breve termine. Ciò significa che buona parte dell'attivo immobilizzato a lungo termine viene finanziato con crediti a breve termine.

L'incidenza del Capitale Netto sul totale delle Passività è più bassa rispetto alla media Regionale, il che significa che una parte consistente del Patrimonio Aziendale è finanziato da terzi.

Nella tabella seguente vengono riportati i valori dei nuovi investimenti effettuati nel corso del triennio

Investimenti attivati			
	2003	2004	2005
Costi di impianto e ampliamento	0	0	0
Software	242.921	493.864	710.913
Costi per migliorie apportate a beni di terzi	0	107.188	134.219
Acconti a fornitori per immobilizzazioni immateriali	216.841	434.468	1.134.012
Fabbricati strumentali	8.081.616	3.962.457	11.479.947
Impianti e macchinari	824.746	180.529	0
Attrezzature sanitarie e informatiche	1.279.422	4.092.337	2.411.067
Mobili e arredi	190.266	315.360	173.762
Beni di valore artistico	0	87.080	31.568
Automezzi	68.463	14.000	226.565
Altri beni mobili	1.130.090	1.562.902	286.766
Norme di sicurezza decreto legislativo 626/94 e succ.	0	0	0
Altri beni Ospedale del Delta	0	0	0
Beni per assistenza protesica e integrativa	0	207.756	512.638
TOTALE	12.034.365	11.457.941	17.103.461

I valori riportati si riferiscono alle acquisizioni e ai giroconti positivi dell'esercizio di competenza.

^{**}Per investimenti si intende il valore dei beni entrati a far parte del processo produttivo nell'esercizio.

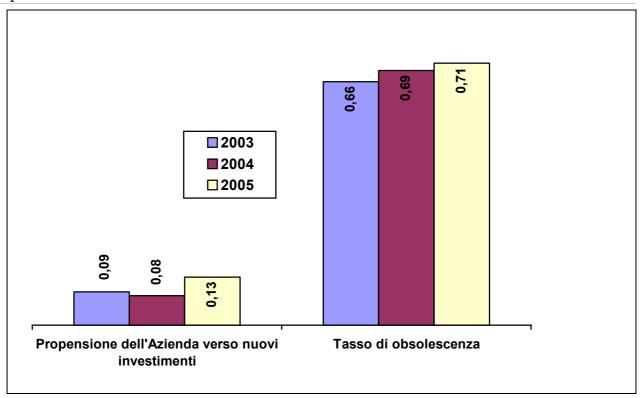
	2005	2004	2003	2005	2004	2003
Nuovi investimenti	17.103.461	11.457.941	12.034.365	0.13	0,08	0.09
Valore patrimonio immobili	135.208.214	135.999.601	129.145.726		0,00	0,07

Tasso di Obsolescenza:

Totale investimenti lordi	205.358.311	197.601.633	182.381.903	19.76	19,05	18,26
Ammortamenti	10.392.687	10.369.391	9.988.020			
Valore residuo delle immobilizzazioni	136.076.002	135.999.601	129.145.726	0,66	0.69	0.71
Totale investimenti lordi	205.358.311	197.601.633	182.381.903	0,00	0,07	0,71

^{*}Al 31/12/2005 risultano euro 7.672.538 di immobilizzazioni in corso e acconti.

Capitolo 2



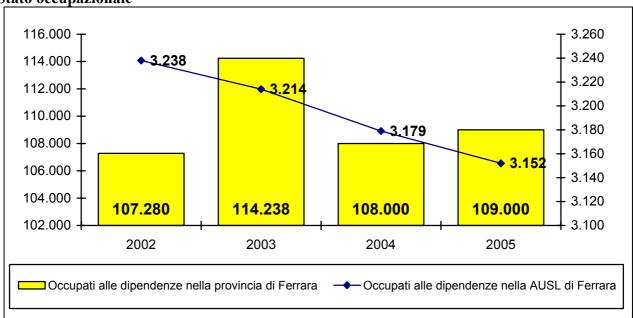
Il rapporto tra i nuovi investimenti e il valore patrimonio immobiliare indica la propensione dell'Azienda effettuare nuovi investimenti: questo valore appare pressoché costante tra il 2003 e il 2004, ma cresce considerevolmente nel 2005.

Gli altri due indici calcolati in tabella misurano l'obsolescenza delle Immobilizzazioni, l'andamento nel corso del triennio appare decrescente.

2.2 Impatto sul contesto territoriale

Impatto economico con il contesto territoriale

Stato occupazionale



Fonte: elaborazione ufficio statistico della Provincia di Ferrara

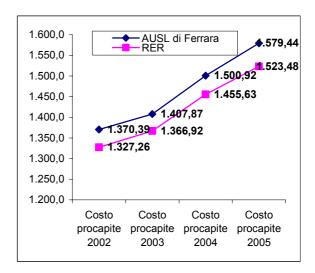
2.3 Livelli Essenziali di Assistenza

2.3.1 La Spesa

Costo pro-capite ponderato

Il costo pro-capite evidenzia il rapporto tra risorse impiegate e popolazione di riferimento, ovvero "quante risorse vengono impiegate per garantire l'assistenza nel territorio di ciascuna Azienda. Ponderando la popolazione di riferimento sulla base della composizione per età è possibile mettere a confronto tale indicatore tra le Aziende Sanitarie della Regione. Rilevando le situazioni ove quest'ultimo assume valori al di sopra della media regionale.

Azienda	Pro-capite 2003	Pro-capite 2004	Pro-capite 2005
Usl Pc	1.388,40	1.496,69	1.590.28
Usl Pr	1.290,52	1.388,02	1.444.35
Usl Re	1.288,37	1.354,83	1.432.70
Usl Mo	1.304,77	1.392,99	1.474,81
Usl Bo	1.431,86	1.512,43	1.552,4
Usl Imola	1.399,18	1.491,41	1.617,96
Usl Fe	1.407,87	1.500,92	1.579,44
Usl Ra	1.441,29	1.566,26	1.604,83
Usl Fo	1.375,40	1.492,99	1.547,32
Usl Ce	1.394,86	1.482,41	1.551,77
Usl Rn	1.342,89	1.401,78	1.491,35
RER	1.366,92	1.455,63	1.523,.48



Ferrara nel 2005 è la quarta Azienda USL Emiliano Romagnola quanto a spesa pro capite ponderata, preceduta da Piacenza, Ravenna, Imola. L'andamento del costo pro-capite ponderato nel corso del triennio si mantiene costantemente superiore del 3% circa a quello medio Regionale.

Finanziamento pro capite ponderato per i cittadini residenti

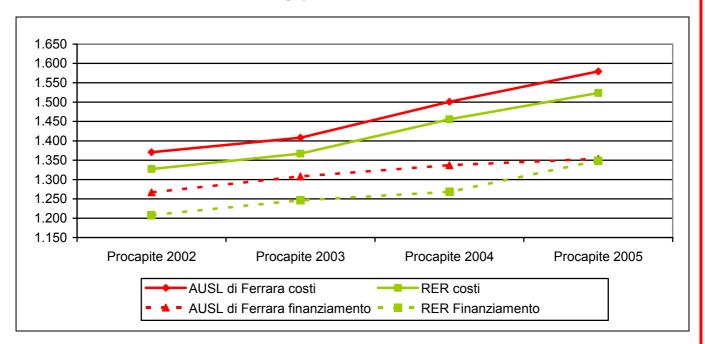
La ripartizione annuale del Fondo Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie avviene sulla base di criteri che tengono principalmente conto della composizione per età della popolazione di riferimento; per questo motivo, essendo la provincia di Ferrara caratterizzata da un elevato indice di vecchiaia, il valore del finanziamento procapite assegnato è il più alto tra le province Emiliano-Romagnole.

AZIENDE	2003	2004	2005
Piacenza	1.309,06	1.331,42	1.352,32
Parma	1.272,33	1.307,70	1.350,81
Reggio Emilia	1.204,04	1.212,86	1.343,20
Modena	1.202,13	1.219,23	1.348,91
Bologna	1.264,04	1.291.60	1.351,08
Imola	1.238,94	1.263,79	1.350,21
Ferrara	1.308,27	1.336,97	1.353,69
Ravenna	1.276,34	1.294,56	1.347,43
Forlì	1.270,60	1.301,89	1.349,06
Cesena	1.186,98	1.196,99	1.341,98
Rimini	1.182,40	1.196,37	1.345,85
TOTALE REGIONE	1.246,36	1.267,88	1.348,96

Confronto tra finanziamento pro-capite e costo pro-capite ponderato

	AUSL di Ferrara		AUSL di Ferrara	RER
	costi	RER costi	finanziamento	Finanziamento
Pro-capite 2003	1.407,87	1.366,92	1.308,27	1.246,36
Pro-capite 2004	1.500,92	1.455,63	1.336,97	1.267,88
Pro-capite 2005	1.579,44	1.523,48	1.353,69	1.348,96

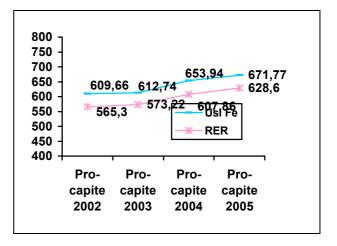
Nel grafico seguente si evidenzia che nel corso del triennio, l'andamento dei costi pro-capite è incrementato più di quello dei finanziamenti; ciò è avvenuto principalmente a causa dell'incremento dei costi legati al rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, pagati e accantonati nel corso del 2003, 2004 e 2005.



Area della degenza ospedaliera

Il costo pro-capite pesato dell'area Ospedaliera è ottenuto dal rapporto tra i costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie Territoriali per garantire l'assistenza Ospedaliera ai propri cittadini residenti e la popolazione ponderata in base all'età.

Azienda	Pro-capite 2003	Pro-capite 2004	Pro-capite 2005
Usl Pc	577,52	630,68	657,63
Usl Pr	558,67	599,16	619,67
Usl Re	559,72	573,86	604,43
Usl Mo	572,16	604,98	639,97
Usl Imola	576,59	610,42	635,82
Usl Bo	582,57	614,55	621,76
Usl Fe	612,74	653,94	671,77
Usl Ra	579,13	617,92	634,5
Usl Fo	540,57	574,41	583,17
Usl Ce	573,57	655,46	629,78
Usl Rn	542,58	561,24	604,94
RER	573,22	607,86	628,6

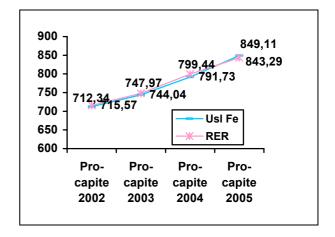


L'Azienda USL di Ferrara, ha speso complessivamente nel 2005 un importo pari a 253.087.000 euro per garantire l'assistenza Ospedaliera ai propri cittadini, e si posiziona al secondo posto in termini di risorse pro capite consumate. Nel corso del triennio il costo pro-capite ponderato è rimasto al di sopra dei valori medi regionali.

Area Distrettuale

Il costo pro-capite pesato dell'area Distrettuale territoriale è ottenuto dal rapporto tra i costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie per garantire l'assistenza territoriale ai propri residenti e la popolazione ponderata sulla base dell'età.

Azienda	Pro-capite 2003	Pro-capite 2004	Pro-capite 2005
Usl Pc	763,75	816,22	880,95
Usl Pr	694,37	741,34	771,21
Usl Re	680,31	734,45	780,03
Usl Mo	690,08	743,03	786,17
Usl Imola	769,88	823,19	878,84
Usl Bo	801,16	849,00	905,62
Usl Fe	744,04	791,73	849,11
Usl Ra	814,08	901,28	922,19
Usl Fo	786,29	867,87	911,28
Usl Ce	770,49	765,43	865,13
Usl Rn	760,47	798,93	842,36
RER	747,97	799,44	843,29

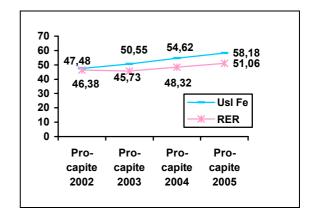


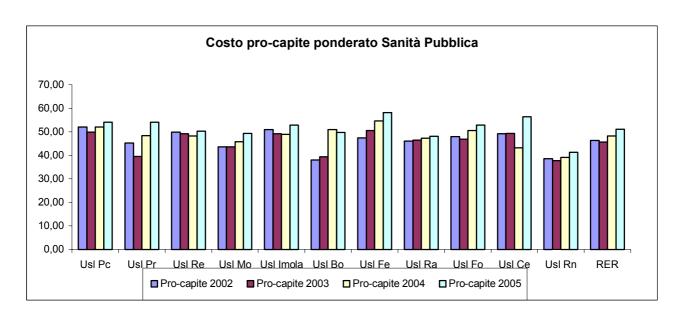
Per garantire l'assistenza Distrettuale nel proprio territorio, l'Azienda USL di Ferrara, nel 2005 ha consumato risorse per complessivi 310.165.000 euro; rispetto alle altre Aziende territoriali si posiziona al settimo posto in termini di costo ponderato pro-capite. Nel corso del triennio, quest'ultimo indice è rimasto di poco al di sotto del valore medio regionale.

Area della Sanità Pubblica

Il costo pro-capite pesato dell'area della Sanità Pubblica è ottenuto dal rapporto tra i costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie Territoriali per svolgere le funzioni di Sanità Pubblica e la popolazione pesata.

Azienda	Pro-capite 2003	Pro-capite 2004	Pro-capite 2005
Usl Pc	49,82	52,04	54,13
Usl Pr	39,53	48,34	54,15
Usl Re	49,20	48,25	50,35
Usl Mo	43,59	45,83	49,37
Usl Imola	49,21	48,97	52,85
Usl Bo	46,23	50,94	49,78
Usl Fe	50,55	54,62	58,18
Usl Ra	46,48	47,27	48,08
Usl Fo	46,95	50,63	52,89
Usl Ce	49,36	43,29	56,42
Usl Rn	37,84	39,12	41,35
RER	45,73	48,32	51,06





Per garantire la funzione di Sanità Pubblica nel proprio territorio, l'Azienda USL di Ferrara, nel 2005 ha consumato risorse per complessivi 18.992.000 euro; rispetto alle altre Aziende territoriali si posiziona al primo posto in termini di costo ponderato pro-capite. Nel corso del triennio, quest'ultimo indice è rimasto costantemente al di sopra del valore medio regionale.

2.3.2 Le risorse impiegate per aree territoriali

Ponendo a confronto gli impieghi di risorse tra i Distretti Sanitari che compongono il territorio dell'Azienda USL di Ferrara e rapportandoli alla popolazione residente è possibile individuare le aree territoriali ove tale indicatore assume valori al di spora della media.

Si tenga conto che la popolazione presa a riferimento non è quella ponderata bensì quella assoluta, pertanto l'indicatore complessivo provinciale non può coincidere con quello ponderato indicato nel capitolo precedente

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

TABELLA SINTETICA

	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	TOTALE
Popolazione	72.755	176.579	102.129	351.463
Distribuzione costi	Costi procapite in euro			
DISTRETTO	215	304	305	286
FARMACEUTICA	199	215	229	216
SANITÀ PUBBLICA	23	47	42	41
SALUTE MENTALE	25	86	59	66
DEGENZE OSPEDALIERE	740	704	707	713
SPECIALISTICA	210	202	308	234

Distribuzione percentuale delle risorse per funzione

Attraverso il seguente indicatore è possibile evidenziare il peso rappresentato da ogni funzione sanitaria nelle singole aree territoriali; esso tiene conto delle specificità distrettuali dovute alla diversa composizione della popolazione, alla vocazione storica oppure alla 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, servendo la popolazione dell'intera Provincia, assorbono nel loro ambito distrettuale una quota consistente di risorse.

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

Nella tabella seguente vengono segnalate con un + oppure con un - le situazioni che presentano squilibri in termini di maggiore o minore impiego di risorse rispetto alla media provinciale. L'utilizzo dei colori consente di focalizzare meglio l'attenzione sulle situazioni critiche, in questo caso sono state evidenziati in rosso i casi in cui sia il costo pro-capite che la distribuzione percentuale assumono valori oltre la media provinciale.

	Ovest		Centro	o Nord	Sud Est		
	P.C.	%	P.C.	%	P.C.	%	
Medicina di base	+	-	-	-	+	-	
Assistenza domiciliare	-	-	+	+	-	-	
Assistenza anziani	-	-	+	+	+	-	
Assistenza tossicodipendenti	-	-	-	+	+	+	
Assistenza ai disabili	-	-	+	+	+	+	
Salute donna	-	-	+	+	-	-	
Salute infanzia	-	-	-	+	+	+	
Area Specialistica	-	-	-	-	+	+	
Area Ospedaliera	+	+	-	-	-	=	

Distribuzione delle risorse in ambito provinciale in rapporto agli indici di vecchiaia

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.

L'area della prevenzione non è stata evidenziata in quanto non correlabile con la numerosità degli abitanti.

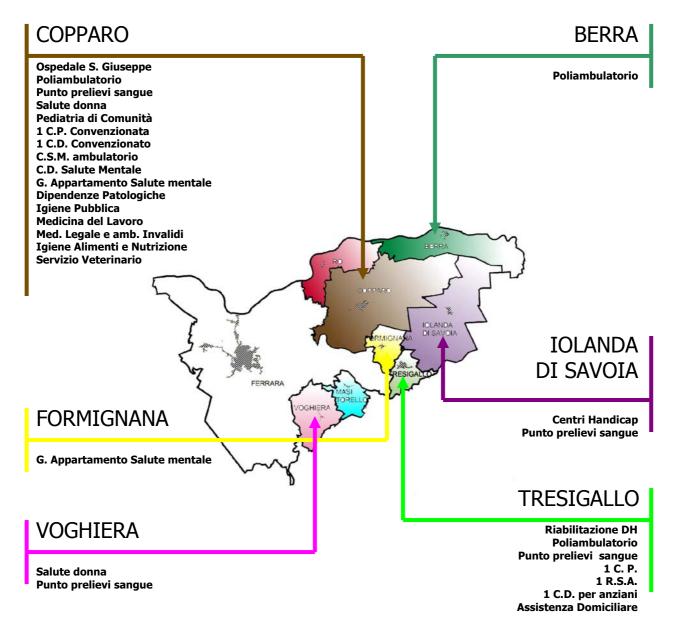
Ripartizione percentuale del consuntivo 2005	Area OVEST	Area CENTRO NORD	Area SUD EST	Totale
Popolazione	72.755	176.579	102.129	351.463
Indici di vecchiaia	194,76	284,23	259,36	255,34
% popolazione	20,70%	50,24%	29,06%	100%
Distribuzione costi				
Distretto	15,58%	53,37%	31,04%	100%
Farmaceutica	19,07%	50,03%	30,90%	100%
Sanità pubblica	11,54%	58,51%	29,94%	100%
Salute mentale	8,04%	65,96%	26,00%	100%
Degenze ospedaliere	21,50%	49,67%	28,83%	100%
Specialistica	18,53%	43,26%	38,20%	100%

TOTALE	18,87%	50,09%	31,04%	100%

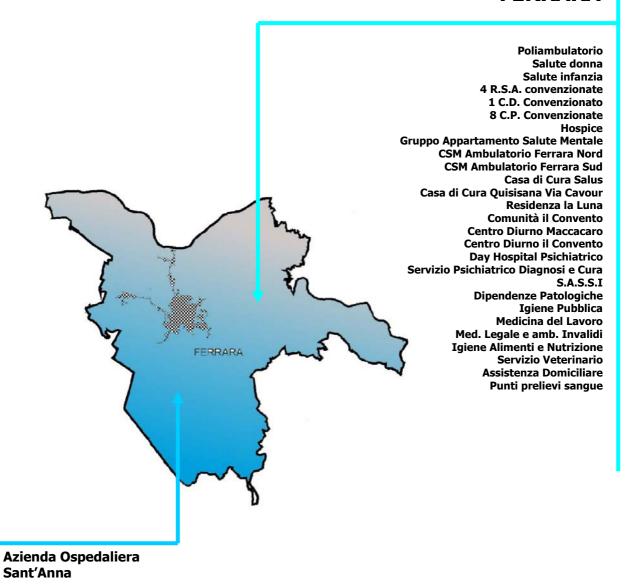
2.3.3 Le strutture di offerta dei Distretti

Il grafico successivo mostra i comuni compresi nell'ambito territoriale del Distretto, indicando le strutture sanitarie presenti sul territorio distrettuale:

- i Presidi Ospedalieri;
- i Servizi Territoriali, quali i Consultori, i Punti Nascita, i Servizi di Medicina di Base, i Poliambulatori, i Centri di Prenotazione Unica (C.U.P.), i Servizi per le Dipendenze Patologiche, i Servizi Assistenziali Socio-Sanitari Integrati (S.A.S.S.I.), i Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), i Centri di Medicina Sportiva, i Centri Diurni per Anziani (C.D.), i Centri di Salute Mentale (C.S.M.), i Gruppi Appartamento della Salute Mentale, i Centri Diurni della Salute Mentale;
- le altre residenze sanitarie, quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.), le Case Protette (C.P.), le Residenze Sanitarie Psichiatriche.



FERRARA



MASSA FISCAGLIA **CODIGORO** 1 C. P. Sportello Unico Salute Donna Pediatria di Comunità **SMRIE ADI** C.S.M. ambulatorio **MIGLIARO** 1 C.P. convenzionata 1 C.D. convenzionato 1 C. P. 1 R.S.A. Dipendenze patologiche Centri Handicap Punto prelievi sangue S.A.S.S.I. Dipendenze Patologiche **MIGLIARINO Igiene Pubblica** CAD **Punto Prelievi Sangue** Sportello Unico Medicina di Gruppo Poliambulatorio **Salute Donna** Pediatria di Comunità **MESOLA Gruppo appartamento Salute Mentale** Igiene Pubblica e Med. Legale e amb. Invalidi Servizio Veterinario Sportello Unico **Poliambulatorio** Punto prelievi sangue **OSTELLATO** Salute Donna Pediatria di Comunità 1 C. P. **Sportello Unico** Dipendenze patologiche Medicina di gruppo e 1 C. P. Igiene Pubblica Punto preievi sangue Servizio Veterinario PORTOMAGGIORE Medicina di gruppo **GORO** Riabilitazione DH Radiologia Sportello Unico . Poliambulatorio Medicina di Gruppo Punto prelievi sangue Punto prelievi sangue Salute Donna Pediatria di Comunità PORTOMAGGIORI LAGOSANTO ADI **SMRIE** SASSI 2 C. P. Osp. del Delta 1 R.S.A. Sportello Unico C.S.M. ambulatorio **Poliambulatorio** C.D. psichiatrico "De Salvia" Semiresidenza C. S. M. Servizio psichiatrico Osp. Del Delta Res. Psichiatrica "Basaglia" Gruppi appartamento ARGENTA **Dipendenze Patologiche** Igiene Pubblica e Medicina del Lavoro Ospedale "Mazzolani-Vandini" Med. Legale e amb. Invalidi Igiene Alimenti e Nutrizione **Sportello Unico** Poliambulatorio COMACCHIO Punto prelievi sangue

Ospedale "S. Camillo" **Sportello Unico Poliambulatorio** Punto prelievi sangue Salute Donna Pediatria di Comunità **SMRIE** SASST 1 C.P. **Dipendenze Patologiche Igiene Pubblica** Medicina del Lavoro Med. Legale e amb. Invalidi Igiene Alimenti e Nutrizione

Servizio Veterinario

Salute Donna

2 C. P.

1 C.D.

S.A.S.S.İ.

Pediatria di Comunità

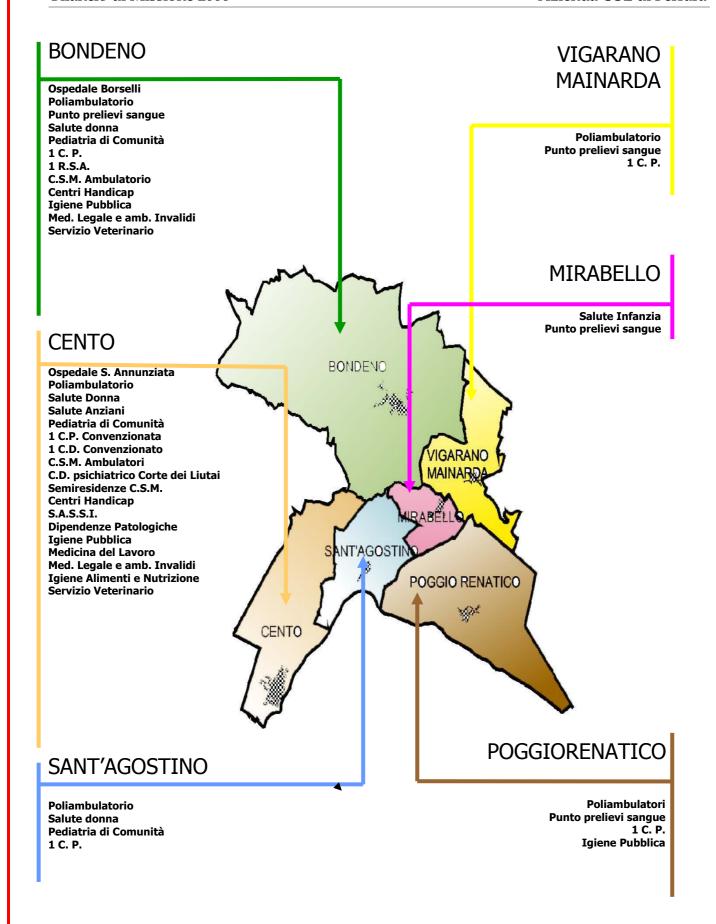
C.S.M. ambulatorio

Centri Handicap

Igiene Pubblica

Med. Legale e amb. Invalidi

Gruppo appartamento Salute Mentale



2.3.4 Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Prevenzione e tutela della salute

Sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, della mammella e del colon

I programmi di screening sono processi complessi organizzati in varie fasi che, dopo l'esecuzione del test diagnostico di base per i soggetti positivi, rendono necessari accertamenti di approfondimento e adeguati percorsi assistenziali. Per affrontare tale complessità sono necessari programmi e azioni di integrazione tali da assicurare una struttura organizzativa in grado di favorire l'integrazione di tutti gli ambiti operativi e delle professioni che intervengono nelle diverse fasi dello screening.

Il coordinamento interaziendale degli screening, modello adottato già dal 2005 dall'Azienda USL, risponde alle esigenze di integrazione fra le aree di prevenzione, diagnosi e trattamento. Gli incontri dei gruppi specifici per ogni screening, regolarmente svoltisi nel corso del 2006, hanno permesso di gestire e valutare i programmi attraverso il coordinamento operativo dei professionisti e delle strutture coinvolte. Ciò ha consentito il consolidamento di azioni volte ad approfondire le criticità dei percorsi diagnostico-terapeutici e del sistema informativo, individuando interventi migliorativi. Questa organizzazione nel suo complesso ha consentito di accrescere l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni e di offrire una puntuale informazione sia sull'attività svolta e sui risultati ottenuti che sulle criticità, cogliendo le proposte di miglioramento emerse.

L'Ufficio di coordinamento è presieduto dal Presidente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria; nel coordinamento sono presenti i rappresentanti dei Comitati Consultivi Misti.

Screening dei tumori della cervice uterina

Lo screening è stato avviato nell'ottobre 1996; dal mese di ottobre 2005 è in corso il quarto round triennale organizzativo.

La popolazione target è composta da 100.575 residenti di sesso femminile, nella fascia di età 25-64 anni; inoltre lo screening è offerto a tutte le donne domiciliate e assistite nella fascia di età di riferimento.

Da Ottobre 2004 è stata introdotta su tutto il territorio provinciale la tecnica di allestimento del pap test su strato sottile, una tecnica sostitutiva dello striscio classico, che consente di analizzare meglio le cellule prelevate e di migliorare la sensibilità del pap test. Infatti i Valori Predittivi Positivi sono passati dal 73,5% con il prelievo convenzionale al 87,5% con il prelievo ora in uso su strato sottile.

Questa metodica ha permesso inoltre di introdurre e consolidare l'uso del test HPV-DNA per la gestione delle citologie equivoche del tipo ASCUS.

Dati di attività periodo gennaio-dicembre 2006

Popolazione invitata	32.289
Adesione totale (64,8%)	20.938
Test eseguiti_	20.938
di cui: test non negativi	609

SCREENING DEI TUMORI DELLA MAMMELLA

Il Programma di Screening ha avuto inizio nel mese di ottobre del 1997; dal mese di ottobre 2005 è in corso il quinto round biennale organizzativo, che si concluderà nel settembre 2007. La popolazione target è composta da 50.246 donne residenti nella fascia di età 50-69 anni (dato aggiornato al 31/12/2005, fonte: R.E.R.); dall'anno 2005 lo screening è offerto a tutte le donne domiciliate e assistite nella fascia di età di riferimento (circa 800).

Dati di attività periodo gennaio-dicembre 2006

Popolazione invitata	<u>21.777</u>
Aderenti all'invito	17.386

Adesione spontanea	160
Avanzamento del programma	96,8%
Risposta all'invito	83,1%
Adesione nella popolazione target	80,9%

L'adesione è passata dal 67,1% nel primo round all' 80,9% nel quinto round.

Dall'inizio dello screening al dicembre 2006 sono state eseguite 149.993 mammografie tra le persone invitate (n° cancri identificati: 1.034) e 6.002 mammografie tra le persone che si sono presentate spontaneamente (n° cancri identificati: 76).

Nel corso del 2006 ha rivestito particolare importanza la progettazione della riorganizzazione e modernizzazione complessiva dello screening mammografico che sarà realizzata a partire dal 2007.

Screening dei tumori del colon retto

Il primo round organizzativo è stato avviato nel marzo 2005, si concluderà nel marzo 2007 con conseguente avvio del secondo round.

La popolazione target è composta da 96.500 persone residenti, uomini e donne in fascia di età 50-69 anni; lo screening è offerto a tutti i cittadini domiciliati e assistiti nella fascia di età di riferimento.

Dati di attività periodo gennaio-dicembre 2006

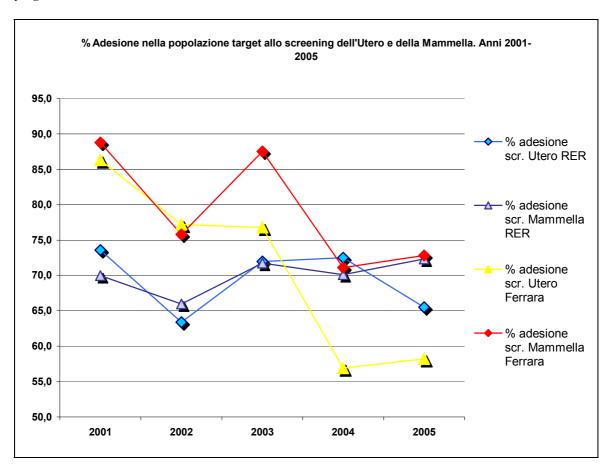
Dati di attività periodo gennalo-dicembre 2006	
Popolazione invitata	49.636
Test eseguiti	24.863
Risposta all'invito	50%
Test positivi (6,2%)	1.563
Dati provvisori da aprile 2005 al 30.06.2006	
Colonscopie eseguite	992
Adenomi identificati	431
Carcinomi diagnosticati	97

- Indicatori di attività - Anni 2002 - 2005

	Screening del collo dell'utero										Sc	reening del	la mammell	a		
	% ava	nzamento	del progra	mma*	% adesione nella popolazione target**			% avanzamento del programma*				% adesion	ie nella po	polazione	target**	
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
PIACENZA	89,7	132,6	105,1	94,9	39,9	58,7	49,8	56,0	86,1	73,2	67,8	72,9	54,4	50,1	47,6	65,0
PARMA	64,1	161,8	94,7	85,2	26,8	80,0	77,7	65,0	94,2	82,2	84,7	84,0	55,1	49,0	76,5	65,2
REGGIO EMILIA	99,6	107,0	116,5	113,0	78,4	77,8	83,6	79,2	110,8	107,8	114,6	106,2	75,5	88,1	90,5	86,6
MODENA	81,4	115,7	113,2	105,0	62,5	59,8	81,3	70,8	99,8	100,0	91,8	94,8	66,0	70,0	63,7	69,9
BOLOGNA	85,3	103,3	113,1	91,0	68,3	79,0	74,1	60,2	98,3	101,1	96,9	103,9	61,4	67,6	60,5	69,1
IMOLA	121,7	120,7	145,1	132,9	88,8	80,5	101,5	98,8	83,1	100,1	121,7	104,8	85,6	78,5	83,8	82,0
FERRARA	114,1	120,0	102,4	102,0	77,2	76,8	56,9	58,2	102,2	97,1	99,2	93,2	75,8	87,5	71,1	72,8
RAVENNA	105,4	102,5	99,4	100,3	59,9	71,8	67,2	66,8	65,3	101,3	113,7	88,9	56,2	81,5	86,7	69,8
FORLÌ	119,8	129,4	102,1	93,4	62,6	69,4	52,2	52,5	101,0	92,6	96,1	108,0	76,6	75,2	76,5	84,0
CESENA	113,2	144,8	117,5	110,5	74,5	83,9	73,5	64,1	87,9	106,6	88,1	73,1	74,5	84,8	71,0	65,5
RIMINI	83,3	132,7	123,9	79,7	73,5	56,8	69,5	56,5	127,5	99,0	109,7	108,0	73,0	70,6	60,2	78,0
TOTALE REGIONE	92,0	120,0	110,6	99,1	63,4	72,0	72,5	65,5	96,9	97,2	97,7	95,6	66,0	71,7	70,1	72,3

^{* %} donne chiamate/donne da chiamare nell'anno;

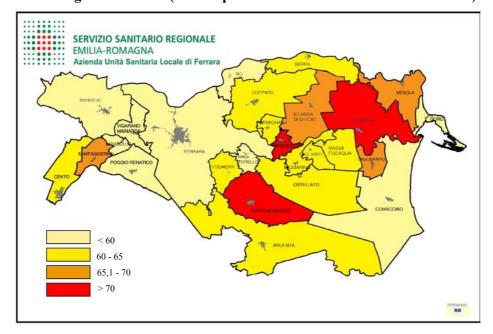
La % di avanzamento del programma può essere superiore al 100% nel caso in cui siano state chiamate più donne rispetto alla popolazione target annuale; ciò può essere dovuto o alla diversa gestione delle chiamate o al recupero di ritardi pregressi.



Le cartine tematiche di seguito evidenziate indicano le diverse percentuali di copertura realizzata dagli screening nei diversi ambiti comunali della provincia di Ferrara (calcolate sull'utenza Target).

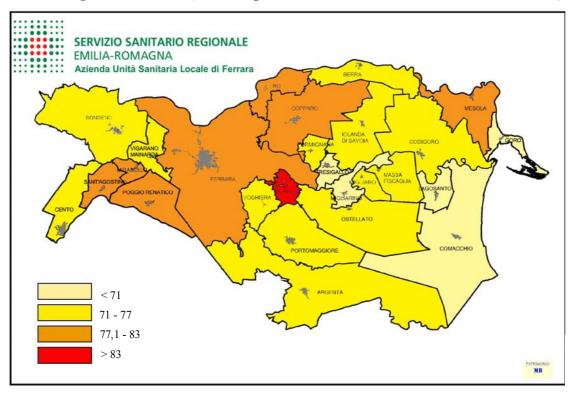
^{** %} donne esaminate/donne da chiamare nell'anno

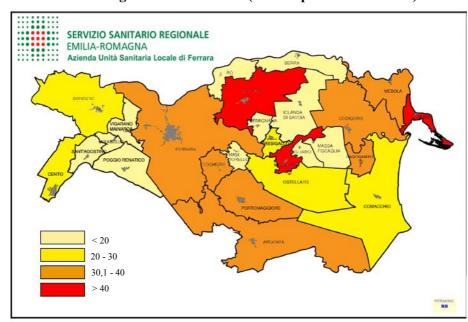
Anno 2005 Screening tumori utero (% di copertura riferita a donne tra i 25-65 anni)



Screening per la Prevenzione dei Tumori della Mammella anno 2005

Screening tumori seno (% di copertura riferita a donne tra i 50-69 anni)





Screening tumori colon retto (% di copertura -1° round)

Programmi di vaccinazione

Copertura vaccinale per alcune vaccinazioni nell'infanzia

L'attività vaccinale nell'infanzia viene svolta tramite:

- gli ambulatori del Dipartimento della Sanità Pubblica,
- gli ambulatori del Servizio Salute Infanzia,
- i Medici di Base e i Pediatri di Base.

Il confronto regionale evidenzia che la percentuale di copertura per la provincia di Ferrara è, per tutte le tipologie di vaccino, al di sopra di quella media regionale.

Aziende USL	Polio al 24° mese* Mort					Aorbillo al	24° mese	r-sk		Hib al 2	4° mese*		Pertosse al 24° mese*			
Takende OSE	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
PIACENZA	99,5	99,3	99,3	99,1	95,2	96,0	97,1	95,7	96,7	97,9	98,7	98,6	98,8	98,8	99,1	98,8
PARMA	98,5	98,9	98,1	98,3	91,9	92,5	89,4	91,9	95,2	97,0	97,6	97,8	98,1	98,5	97,9	98,2
REGGIO EMILIA	97,1	97,0	97,7	96,9	90,9	92,5	93,5	91,7	94,1	95,4	96,0	95,5	95,7	96,2	97,2	96,7
MODENA	97,9	98,2	97,9	97,9	93,4	93,6	94,4	94,7	95,6	96,8	97,3	97,5	96,4	96,7	97,5	97,6
BOLOGNA	98,1	97,2	98,0	97,9	93,1	91,4	92,0	92,3	95,6	94,6	96,2	96,7	96,5	95,9	96,9	97,6
IMOLA	99,4	99,1	98,9	99,2	96,0	96,2	97,5	97,7	96,2	95,9	97,4	98,3	98,5	98,5	98,5	98,8
FERRARA	99,3	99,1	98,8	98,4	96,9	96,1	95,4	95,4	98,0	98,2	98,2	98,3	99,3	99,0	98,4	98,1
RAVENNA	99,1	98,9	98,8	98,1	95,1	95,5	95,2	94,8	96,3	96,8	97,4	96,1	97,6	97,5	97,8	97,1
FORLÌ	98,7	97,8	98,3	97,5	90,6	90,8	90,4	90,3	93,2	94,6	96,3	96,5	97,1	96,7	96,5	96,7
CESENA	99,0	98,6	98,3	96,8	92,2	92,2	91,1	92,7	96,8	96,5	96,8	95,0	98,1	98,2	97,9	95,7
RIMINI	94,4	96,3	94,7	95,1	80,3	83,3	87,8	86,8	90,7	91,3	93,2	93,4	91,8	93,2	93,8	94,2
TOTALE	98,0	98,0	97,9	97,7	92,3	92,5	92,9	92,9	95,2	95,8	96,7	96,7	96,8	96,9	97,3	97,2

^{*}bambini che sono stati vaccinati con almeno 3 dosi di vaccino

Fonte - Servizio Sanità Pubblica

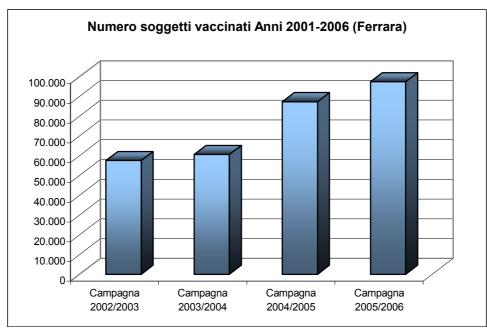
Il programma di prevenzione antinfluenzale rivolto alla popolazione anziana (ultra 65enne) nell'anno 2005/2006 ha garantito una percentuale di copertura della popolazione di riferimento mediamente del 73,9%, garantita in modo omogeneo su tutti i Distretti, in linea con la media regionale del 74,2%.

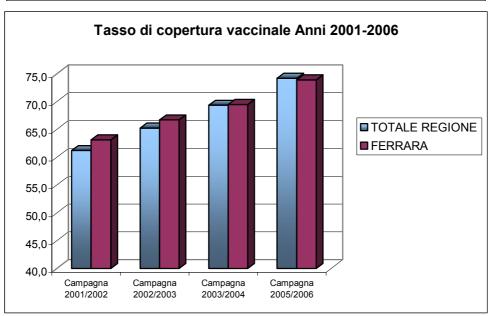
^{**} bambini che sono stati vaccinati con almeno 1 dose di vaccino

Vaccinazione antinfluenzale - Anni 2000 - 2005

Aziende USL		Numero di s	oggetti vaccinati		Variazione % dei	Tasso di copertura per 100 abitanti di età oltre i 65 anni (%)*				
	Campagna 2002/2003	Campagna 2003/2004	Campagna 2004/2005	Campagna 2005/2006	soggetti vaccinati tra 2005/05 e 2001/02	Campagna 2002/2003	Campagna 2003/2004	Campagna 2004/2005	Campagna 2005/2006	
PIACENZA	41.491	47.062	62.894	79.252	142,8	63,5	71,4	72,	75,3	
PARMA	49.722	53.309	78.536	96.968	121,9	53,3	56,5	62,3	69,0	
REGGIO EMILIA	65.011	69.452	102.773	111.352	88,1	67,8	71,6	73,7	76,2	
MODENA	98.169	101.844	137.049	158.724	81,5	74,4	75,9	75,6	78,0	
BOLOGNA	120.581	133.580	117.494	204.128	106,7	62,6	68,5	69,5	72,8	
IMOLA	17.222	17.720	26.755	29.663	101,1	71,9	72,6	71,6	73,9	
FERRARA	57.579	60.657	87.372	97.452	99,0	66,7	69,5	70,1	73,9	
RAVENNA	55.335	58.783	83.307	92.875	99,5	64,5	67,6	70,3	74,9	
FORLÌ	27.370	31.637	44.422	48.176	89,4	67,0	76,4	75,8	77,9	
CESENA	24.681	26.692	39.918	44.561	100,6	65,2	68,8	70,0	72,0	
RIMINI	35.696	38.481	57.724	65.316	103,3	64,9	68,2	69,4	72,4	
TOTALE REGIONE	592.857	639.217	898.244	1.028.467	100,9	65,2	69,3	70,8	74,2	

^{*} La popolazione di riferimento è quella al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale. Fonte - Servizio Sanità Pubblica





Sicurezza e tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro

Controllo sugli ambienti di lavoro

L'area Tutela della Salute negli Ambienti di Vita e di Lavoro dell'Azienda USL vigila, controlla, informa e assiste i datori di lavoro e i lavoratori sulla sicurezza del lavoro e sulla prevenzione delle malattie professionali.

Percentuale di aziende controllate sulle esistenti

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
PC	2,8%	3,1%	3,2%	3,3
PR	4,6%	4,7%	4,6%	4,3
RE	4,3%	4,3%	4,1%	3,8
МО	2,8%	2,7%	3,0%	3,2
ВО	3,6%	3,7%	3,8%	3,9
IMO	3,1%	3,3%	3,3%	2,7
FE	3,1%	3,6%	3,5%	3,1
RA	2,1%	2,1%	2,6%	3,0
FO	3,9%	3,4%	3,2%	2,6
CES	3,6%	3,4%	2,1%	3,1
RN	2,9%	2,9%	2,4%	2,2
TOTALE	3,4%	3,4%	3,4%	3,4

Prescrizioni elevate emesse sulle aziende controllate

	Anno	Anno	Anno	Anno
	2002	2003	2004	2005
PC	18,5%	20,8%	20,9%	20,8
PR	15,3%	13,4%	15,3%	15,6
RE	22,0%	23,3%	23,0%	28,5
MO	15,1%	23,8%	27,1%	28,5
BO	27,0%	25,4%	12,4%	26,9
IMO	24,3%	27,9%	23,8%	30,5
FE	28,9%	20,0%	25,3%	19,9
RA	27,7%	24,0%	25,1%	19,5
FO	38,0%	31,1%	29,5%	34,5
CES	26,8%	19,6%	25,1%	19,6
RN	17,3%	17,2%	24,9%	11,5
TOTALE	22,6%	22,0%	20,7%	23,7

Ferrara	2001	2002	2003	2004	2005
N. di aziende esistenti	28.882	28.882	28.882	28.882	29.561
N. di aziende controllate	905	881	1.027	1.021	904
N. di prescrizioni	201	255	205	258	180

Unità locali di imprese esistenti: ISTAT (censimento 2001)

Controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari

Il controllo sanitario dei prodotti alimentari è finalizzato a garantire che i processi produttivi rispettino le nome igienico-sanitarie nazionali e europee e che i prodotti alimentari rispettino i parametri di sicurezza, integrità e qualità nutrizionale.

A occuparsi di questo sono i Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende Usl, attraverso i Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione e i Servizi veterinari (per quanto riguarda gli alimenti di origine animale), che hanno il compito di programmare controlli e ispezioni su tutte le fasi della filiera produttiva, a partire dalle verifiche sulle condizioni igienico-sanitarie degli stabilimenti, sulle procedure adottate all'interno delle aziende alimentari, sui sistemi di conservazione e di trasporto degli alimenti, sul rispetto delle norme che ne regolano la somministrazione e la vendita.

Nel corso del 2005 sono state controllate 1.972 aziende, pari al 86% delle attività censite nella Provincia. In tali aziende sono state rilevate 697 attività con irregolarità (di tipo amministrativo e/o strutturale e/o gestionale e/o igienico-sanitario).

	% AZ. TRASF.LAVORAZ.CONF. CONTROLLATE SU ESISTENTI				% AZ. TRASF.LAVORAZ. CONF. CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
PC	28,9	24,8	28,8	29,9	17,7	20,3	1,5	14,0
PR	66,1	67,7	57,3	52,7	33,6	33,9	19,3	27,4
RE	55,7	57,0	60,9	49,8	13,8	15,4	33,1	30,6
МО	39,9	42,9	37,0	36,2	25,0	33,6	41,6	43,0
BO	31,1	26,2	26,8	26,6	27,3	20,4	16,3	18,2
IMO	15,7	46,0	45,2	26,7	6,1	10,3	13,8	18,7
FE	81,5	66,0	59,1	60,9	34,2	38,1	26,1	31,4
RA	43,2	50,0	46,3	34,3	16,5	13,3	5,6	10,6
FO	42,2	37,0	39,0	42,1	18,6	19,5	19,0	17,8
CES	51,8	38,0	18,2	24,1	0,3	29,7	4,1	15,6
RN	30,0	37,0	24,1	40,9	13,7	10,8	12,2	47,0
TOTALE	42,1	42,5	39,1	37,5	21,4	23,9	20,8	26,8

	% AZ. RISTORAZIONE CONTROLLATE SU ESISTENTI			% AZ. RISTORAZIONE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE				
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
PC	48,0	48,1	54,4	39,8	8,0	17,7	7,3	17,3
PR	49,7	51,0	45,3	42,0	22,1	25,2	18,6	24,3
RE	41,8	48,3	44,5	44,0	12,7	14,9	32,8	33,8
MO	37,9	41,3	39,4	44,1	32,9	44,2	40,1	40,5
BO	38,9	29,3	29,6	30,4	19,0	24,5	21,3	22,0
IMO	65,6	44,6	43,7	41,8	9,7	14,3	12,5	21,5
FE	52,7	49,1	52,3	59,8	34,4	39,0	33,9	36,5
RA	57,6	48,9	48,9	36,4	24,0	15,6	17,5	23,5
FO	47,4	44,4	35,4	40,7	22,5	18,7	22,3	19,6
CES	36,1	29,3	27,6	31,7	2,5	25,4	8,0	10,4
RN	38,9	40,4	37,0	29,0	24,3	20,7	79,8	38,3
TOTALE	44,2	41,9	40,4	38,3	21,3	24,9	32,5	29,1

Ferrara	2002	2003	2004	2005
Trasformazione alimenti				
Aziende esistenti	639	748	829	841
Aziende controllate	521	494	490	512
Aziende con infrazione	178	188	128	161
Ristorazione				
Aziende esistenti	2496	2446	2407	1454
Aziende controllate	1316	1200	1258	1468
Aziende con infrazione	453	468	426	536

Sopralluoghi per allevamenti

I controlli sulla salute e il benessere degli animali e sulle condizioni igieniche delle strutture che li ospitano fanno riferimento al Servizio veterinario dei Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende USL. In ogni allevamento devono essere programmati interventi di profilassi stabiliti dalla normativa nazionale e da quella comunitaria per il controllo delle malattie infettive a seconda del tipo di animale allevato. Vengono di seguito rappresentati i dati relativi ai sopralluoghi condotti:

% di sopralluoghi per allevamento

		Anno						
	2002	2003	2004	2005				
PC	141,3	235,7	377,1	578,5				
PR	330,3	387,1	713,6	777,2				
RE	597,3	693,8	617,8	661,3				
MO	357,6	504,0	544,6	457,5				
BO	193,8	294,1	316,9	309,4				
IMO	345,3	354,9	349,6	354,7				
FE	379,5	606,9	621,7	574,4				
RA	477,7	503,3	499,7	460,2				
FO	442,1	472,3	424,6	449,9				
CES	333,7	472,4	386,3	335,7				
RN	251,0	342,5	259,1	219,6				
Totale	367,5	457,1	510,9	512,0				

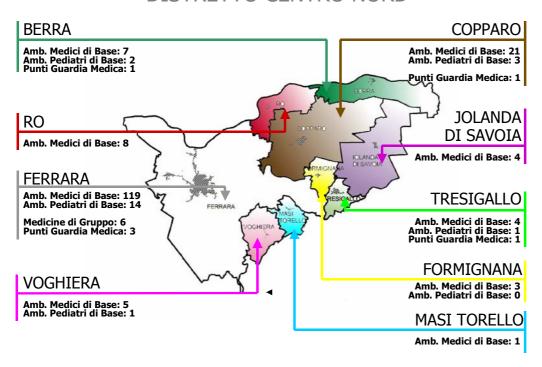
Ferrara	Numero di allevamenti	Numero di sopralluoghi
2000	969	4944
2001	1110	4079
2002	1054	4000
2003	681	4133
2004	747	4644
2005	712	4090

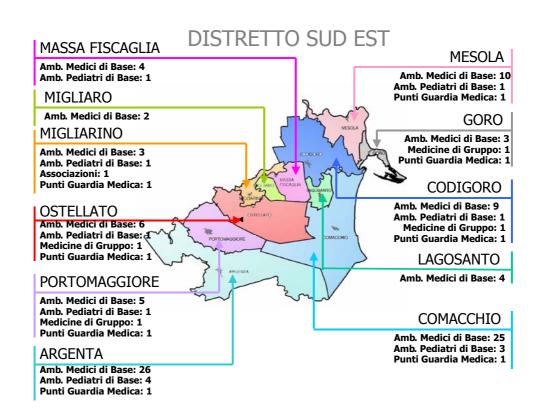
2.3.5 Assistenza distrettuale

Assetto organizzativo dell'assistenza di base

Nelle seguenti cartine vengono evidenziati il numero di ambulatori dei Medici di Base e dei Pediatri di libera scelta nonché i punti di Guardi Medica presenti in ciascun ambito Comunale.

DISTRETTO CENTRO NORD





DISTRETTO OVEST VIGARANO BONDENO MAINARDA Amb. Medici di Base: 19 Amb. Pediatri di Base: 2 Associazioni: 1 Punti Guardia Medica: 1 Amb. Medici di Base: 4 Amb. Pediatri di Base: 1 Medicine di Gruppo: 1 BONDENO **MIRABELLO CENTO** VIGARANO Amb. Medici di Base: 29 Amb. Pediatri di Base: 7 Punti Guardia Medica: 2 MAINABDA Amb. Medici di Base: 3 Amb. Pediatri di Base: 1 SANT'AGOSTIN POGGIO RENATICO OGGIORENATICO SANT'AGOSTINO Met. Amb. Medici di Base: 2 Amb. Medici di Base: 6 Amb. Pediatri di Base: 3 Punti Guardia Medica: 1 Amb. Pediatri di Base: 2

Assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani

Le funzioni specificatamente svolte dall'Azienda Sanitaria nell'ambito dell'assistenza territoriale agli anziani che si trovano in situazioni di temporanea o definitiva precaria condizione di salute sono individuabili nell'assistenza residenziale in Case Protette e Residenze Sanitarie Assistenziali, affiancata da soluzioni miste e di integrazione quali possono essere i Centri diurni, l'assistenza domiciliare e l'erogazione del contributo economico a chi sostiene autonomamente l'assistenza (assegno di cura).

N. di posti ogni 1000 >74	Posti r	esidenziali con	venzionati (C	P +RSA)	Posti s	emi residenzi:	ali convenziona	nti (CD)
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
PIACENZA	36,9	36,4	35,7	35,7	2,8	3,7	3,6	3,6
PARMA	33,0	32,8	32,7	32,9	8,5	8,4	8,5	8,6
REGGIO EMILIA	35,6	34,7	34,0	35,3	8,3	8,2	8,0	8,2
MODENA	30,2	30,2	29,4	30,3	4,7	5,3	5,4	5,6
BOLOGNA	25,0	26,7	25,2	25,3	3,9	4,2	4,3	4,3
IMOLA	31,7	31,7	35,5	35,8	2,7	2,6	3,5	3,5
FERRARA	33,9	33,3	32,6	34,5	2,7	2,7	2,7	2,7
RAVENNA	34,5	34,7	33,2	33,1	7,6	7,5	7,5	7,3
FORLI'	38,0	37,6	37,5	37,5	3,6	4,1	4,5	4,5
CESENA	37,7	36,5	37,8	38,0	3,3	4,0	3,9	3,9
RIMINI	23,7	22,4	23,2	23,3	1,7	1,7	2,9	3,3
TOTALE REGIONE	31,6	31,6	31,0	31,5	4,9	5,2	5,3	5,3

Ferrara	Case protette e RSA	Centri Diurni
2000	1.400	84
2001	1.125	105
2002	1.387	112
2003	1.382	112
2004	1.381	116
2005	1.460	113

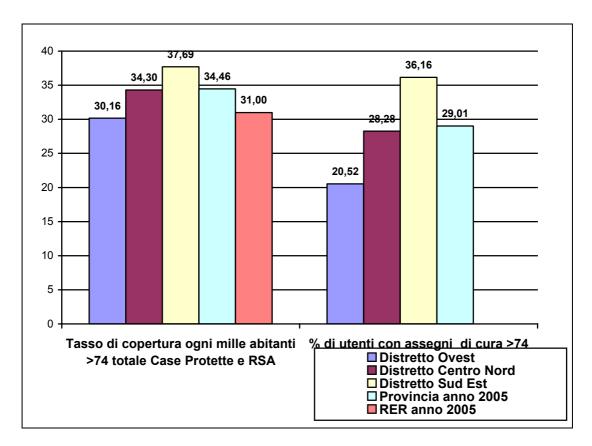
Struttura dell'offerta (valori assoluti)

N. di posti Convenzionati	OVEST	CENTRO NORD	SUD-EST	Provincia anno 2005
Residenziale Protetta	221	640	374	1.235
RSA	20	135	70	225
Centri Diurni per anziani	18	75	20	113
Hospice		12		12

Indicatori di offerta e di utilizzo (anno 2005)

	Centri diurni Tasso di copertura su >74	Residenzialità protetta e RSA Tasso di copertura >74	utenti con assegni di cura >74
Distretto OVEST	2,25	30,16	20,52
Distretto Centro Nord	3,31	34,3	28,28
Distretto Sud Est	1,69	37,69	36,16
PROVINCIA 2005	2,66	34,46	29,01

^{*} percentuale ogni mille abitanti



Nel 2005 l'assistenza residenziale presso Case Protette e Residenze Sanitarie Assistenziali è stata caratterizzata da un incremento dell'offerta, portando da 32,6 a 34,6 il numero dei posti ogni 1000 abitanti con età superiore a 74 anni

Il rapporto risulta comunque superiore alla copertura media regionale, pari a 31,5 posti ogni 1000 abitanti con più di 74 anni.

Per quanto riguarda i Centri Diurni per anziani, l'andamento è sostanzialmente stabile negli ultimi 4 anni, la percentuale di copertura provinciale è al di sotto della media regionale (2,7 posti di Centro Diurno ogni 1.000 ab. >74 anni, contro i 5,3 posti a livello regionale).

L'utilizzo ancora poco diffuso di questo servizio, che per funzionare deve mettere in gioco molte variabili organizzative, trasporti efficienti, rete di solidarietà di supporto, orari adeguati, denota ancora una difficoltà da parte della nostra provincia ad accogliere soluzioni assistenziali più flessibili, ma anche più complesse da gestire. Le caratteristiche territoriali, ampie distanze e dispersione abitativa, comportano costi relativamente alti per i trasporti; inoltre anche le resistenze socio-culturali nei confronti del servizio, tendono a spingere le famiglie verso tipologie assistenziali definitive (Case Protette) o verso assistenti familiari a pagamento. Occorre dire che le strutture interessate hanno cercato di offrire un servizio diversificato per andare incontro alle necessità dell'utenza, ma la struttura dell'offerta è visibilmente condizionata da questi fattori.

Se si osserva la distribuzione geografica dei posti, il tasso di copertura più alto è riscontrabile nel Distretto Sud Est, con le punte più alte di ricoveri in Casa Protetta e Residenza Sanitaria Assistenziale nei Comuni di Tresigallo, Migliaro, Massafiscaglia, Ostellato e Portomaggiore.

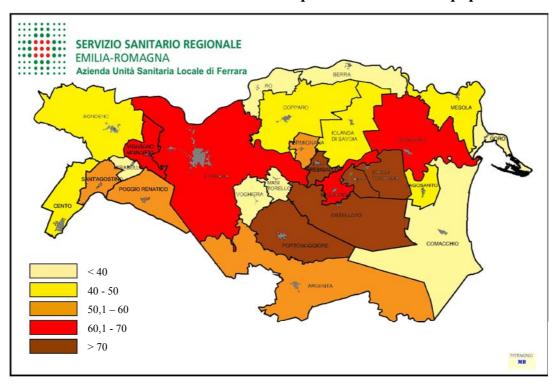
L'assegno di cura è uno strumento per il sostegno a domicilio delle famiglie che prestano cure per contrastare o ritardare il ricorso ai ricoveri in istituti. Nell'anno 2005, nella provincia di Ferrara hanno ricevuto un assegno di cura circa 29 persone ogni 1000 abitanti di oltre 74 anni di età.

Tale assegno, finanziato con fondi sia del bilancio sanitario che sociale, viene utilizzato dai beneficiari verosimilmente per far fronte alle spese personali del paziente in cura, e in parte anche per l'assistenza privata. La diffusione dell'assegno di cura presenta una progressione geografica crescente da ovest verso est; sono infatti, in larga parte, i Comuni del Basso Ferrarese a presentare i tassi più alti di anziani con assegno di cura rispetto alla popolazione >74 anni.

L'assegno di cura, a differenza dell'assegno di accompagnamento, è una tipologia di intervento assistenziale che è rapportata sia alle condizioni di non autosufficienza che alle condizioni economiche dei beneficiari; ciò

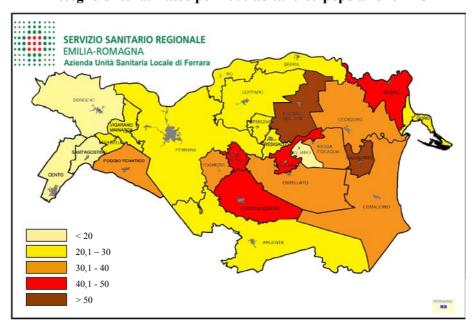
può costituire una parziale spiegazione di questa distribuzione, seppure con tutte le cautele necessarie in quanto molte sono le variabili che intervengono al di là dei dati puramente quantitativi.

Ricoveri in Casa Protetta e RSA: Tasso per 1000 abitanti su pop. >75 anni



NB. I dati sono riferiti agli assistiti nelle strutture durante l'anno 2005 (presenti all'1/1/05+gli ammessi nel corso dell'anno)

Assegno di cura: Tasso per 1000 abitanti su popolazione > 75



Assistenza residenziale e semi-residenziale per disabili

L'Azienda USL di Ferrara garantisce l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone con problemi psichiatrici e a disabili fisici, psichici e sensoriali, sia direttamente attraverso proprie strutture che attraverso strutture convenzionate.

In quest'area è fondamentale l'integrazione socio-sanitaria tra i servizi sia dei Comuni della Provincia che dell'Azienda USL al fine di arrivare al "superamento della frammentazione delle risposte, sia nella programmazione che nella gestione".

Numero di Posti Letto destinati a portatori di handicap per 1.000 abitanti (pop. Target tutta)

		Reside	enziali		Semiresidenziali			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
PIACENZA	0,36	0,36	0,36	0,38	0,64	0,64	0,68	0,69
PARMA	0,25	0,25	0,27	0,27	0,39	0,39	0,48	0,51
REGGIO EMILIA	0,18	0,18	0,18	0,30	0,51	0,51	0,49	0,61
MODENA	0,14	0,14	0,16	0,19	0,55	0,54	0,58	0,83
BOLOGNA	0,24	0,24	0,28	0,35	0,64	0,64	0,72	0,96
IMOLA	0,14	0,14	0,14	0,14	0,37	0,37	0,47	0,48
FERRARA	0,30	0,30	0,41	0,39	0,59	0,56	0,70	0,59
RAVENNA	0,37	0,36	0,31	0,38	0,50	0,50	0,38	0,67
FORLI'	0,50	0,49	0,54	0,62	1,61	1,60	1,66	1,58
CESENA	0,32	0,32	0,52	0,57	0,84	0,83	0,78	0,88
RIMINI	0,35	0,35	0,52	0,51	1,11	1,03	1,30	1,33
TOTALE REGIONE	0,26	0,26	0,30	0,35	0,64	0,63	0,69	0,81

Fonte: Servizio Sistemi Informativi Sanità e Politiche Sociali

Ferrara	Posti residenziali	Posti semiresidenziali
2000	47	181
2001	103	204
2002	103	194
2003	143	243
2004	138	207

Le "cure domiciliari"

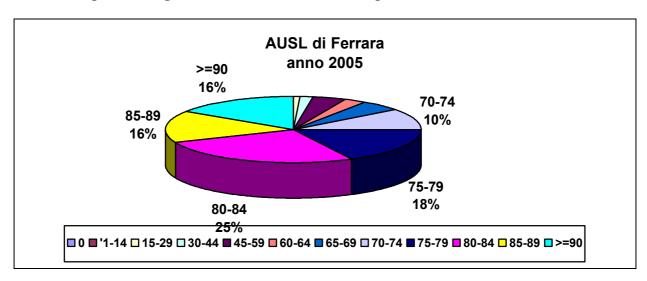
Il servizio di assistenza domiciliare garantisce e fornisce cure domiciliari a persone non autosufficienti o impossibilitate, per gravi motivi di salute, a uscire di casa che necessitano di un'assistenza personalizzata sanitaria e sociale.

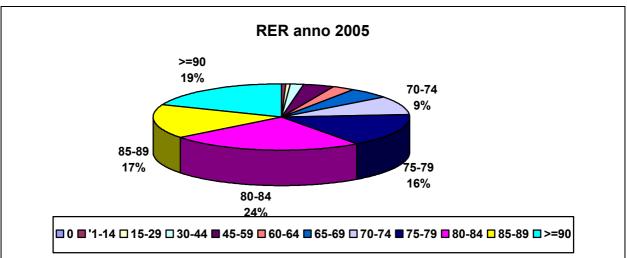
È un servizio reso al cittadino e si colloca fra le strutture ospedaliere e le strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Infatti garantisce la continuità assistenziale ai pazienti che hanno necessità di dimissioni protette quando terminano il periodo di ricovero ospedaliero.

L'assistenza domiciliare è basata sull'integrazione delle figure professionali coinvolte (medici di base, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti di base e membri delle associazioni del volontariato). L'attività si avvale del supporto dei Dipartimenti ospedalieri quali ad esempio quello di Emergenza per la gestione di pazienti critici, tracheostomizzati o che necessitano di assistenza respiratoria domiciliare.

Un aspetto assai significativo dell'assistenza domiciliare è rappresentato dall'assistenza infermieristica, che può svolgere la propria attività di nursing anche in maniera esclusiva (cioè non in forma integrata).

Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per classi di età - Anno 2005



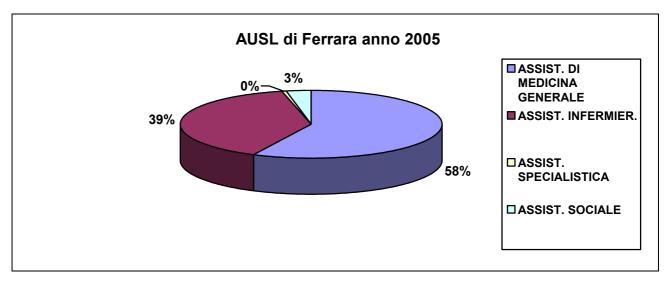


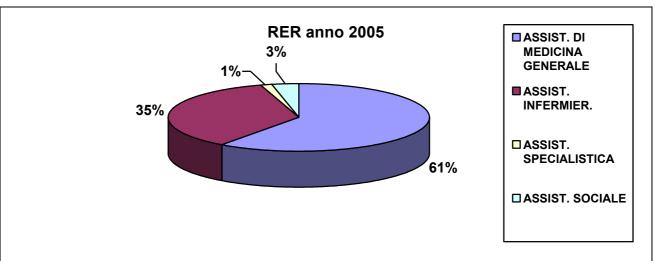
Fonte: Servizio Sistemi informativi Sanità e politiche sociali

La suddivisione dei pazienti per classi di età rispecchia sostanzialmente la composizione dell'anno precedente, con un'accentuarsi della concentrazione degli assistiti nelle ultime fasce di ultra-74enni, passando dal 73% al 75% di tutti gli assistiti. Rispetto al dato regionale (76%) la provincia di Ferrara ha una percentuale minore di

ultra74enni, lo scarto è più evidente nelle ultime tre classi dove la media regionale è nettamente superiore. Di conseguenza risulta più alta una quota di assistiti relativamente "più giovane" nelle classi di età inferiori.

Percentuale di TAD per tipologia di assistenza Domiciliare - Anno 2005





Fonte Servizio Sistemi informativi Sanità e politiche sociali

L'Assistenza Domiciliare Integrata è un servizio che comprende una vasta gamma di modalità assistenziali, nei grafici riportati sopra si possono analizzare, rispetto a tali modalità, le differenze emergenti dal confronto regionale. È necessaria tuttavia una precisazione: nei dati elaborati dal Sistema Informativo regionale non sono comprese quelle prestazioni infermieristiche considerate come occasionali (soprattutto prelievi), che costituiscono nella provincia di Ferrara circa il 20% di tutte le cure domiciliari e che sono invece state conteggiate nelle tabelle che riflettono nel dettaglio la composizione dell'assistenza a livello locale.

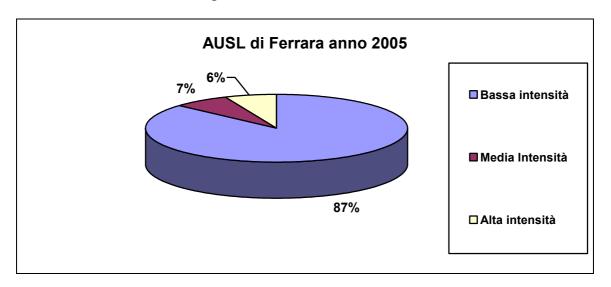
A Ferrara il 58% dell'assistenza a domicilio, continuativa e non occasionale, viene fornita dai Medici di Medicina Generale, in collaborazione con gli altri operatori dell'équipe (Infermieri e/o Assistenti di base del servizio sociale), ovvero anche senza il supporto dell'équipe domiciliare, sulla base di contratti chiamati Assistenza domiciliare integrata nel primo caso, e Assistenza domiciliare programmata nel secondo.

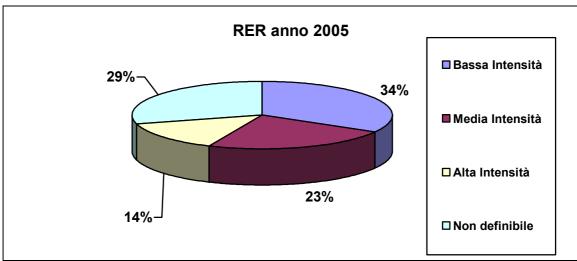
Nel caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata il paziente viene preso in cario dall'équipe multiprofessionale mediante la predisposizione di un Piano personalizzato di assistenza. La tipologia assistenziale infermieristica è quella in cui l'infermiere è il responsabile dell'assistenza, pur essendo possibili accessi a domicilio anche di altri operatori se necessario.

La quota rappresentata dall'AUSL di Ferrara in questo ambito è più alta di quella regionale, 39% rispetto al 35%.

Gli episodi di cura in cui il Responsabile terapeutico è il Medico specialista, nella maggior parte dei casi appartenente a un'Associazione di Volontariato, nel 2005 hanno raggiunto lo 0,5%, contro l'1,5 % del livello regionale. È questa una tipologia che sta guadagnando terreno soprattutto nell'ambito delle cure riservate ai pazienti in fase critica, richiedenti un livello maggiore d'intensità assistenziale. Infine la tipologia di cure domiciliari dove è prevalente l'intervento sociale, mentre la struttura sanitaria provvede al rimborso degli oneri a rilievo sanitario, quando l'assistenza sociale (SAD) viene espletata per 5 giorni ovvero per almeno 6 ore settimanali, ha raggiunto il 3% di tutte le TAD, al pari dell'incidenza regionale.

Percentuale di TAD per livello di intensità assistenziale - Anno 2005





Fonte: Servizio Sistemi informativi Sanità e politiche sociali

Per necessità di sintesi, nella valutazione dei livelli di intensità dell'assistenza, vengono raggruppate le tipologie assistenziali, inserendo nel 1° livello anche le TAD infermieristiche e le TAD Sociali, accanto a quelle del Medici di Medicina Generale di pari intensità, e inserendo le TAD specialistiche e del volontariato nel 3° livello, qualora non sia indicato altro livello specifico. Appare subito evidente la maggiore incidenza del livello assistenziali più basso nella nostra provincia rispetto a quello regionale, che è tuttavia di meno facile lettura dato l'alto numero di dati "non definibili". In ogni caso la connotazione socio-assistenziale, peculiare del 1° livello, è la caratteristica prevalente dell'intervento domiciliare nella provincia di Ferrara.

Hospice: numero di posti letto, dimessi e degenza media - Anni 2003 e 2005

				Anno 2003		Anno 2004			Anno 2005			
Aziende Sanitarie	Presidio		Posti Letto	Dimessi	% deceduti sul totale dei dimessi	Degenza media (gg.)	Dimessi	% deceduti sul totale dei dimessi	Degenza media (gg.)	Dimessi	% deceduti sul totale dei dimessi	Degenza media (gg.)
PIACENZA	HOSPICE DI BORGONOVO VALTIDONE (1)	Pubblico	10							7	43%	20,1
PARMA	HOSPICE BORGOTARO (2)	Pubblico	8							59	73%	22,4
	HOSPICE LANGHIRANO (3)	Pubblico	8				10	5 (0)	20.5	25	76%	21,6
	HOSPICE FIDENZA (4)	Privato accreditato	15				49	76%	20,5	152	73%	23,1
REGGIO EMILIA	HOSPICE MADONNA DELL'ULIVETO DI ALBINEA	Privato accreditato	12	189	67%	21,7	189	69%	21,4	207	70%	20,2
AOSP MODENA	HOSPICE POLICLINICO DI MODENA	Pubblico	10	237	63%	12,9	253	70%	11,0	286	65%	12,7
BOLOGNA	HOSPICE CHIANTORE SERAGNOLI	Privato accreditato	30	412	70%	21,8	497	74%	19,7	493	76%	19,3
IMOLA	HOSPICE CASTEL S.PIETRO (5)	Pubblico	12							148	70%	17,9
FERRARA	HOSPICE ADO	Privato accreditato	12	215	67%	19,1	230	77%	16,5	207	74%	20,1
RAVENNA	HOSPICE LUGO	Pubblico	5	43	65%	27,1	70	69%	21,0	83	59%	23,2
FORLI'	HOSPICE FORLIMPOPOLI	Pubblico	11	311	48%	12,1	314	46%	12,2	302	55%	12,5
	HOSPICE DI DOVADOLA (6)	Pubblico	8							12	75%	20,5
CESENA	HOSPICE SAVIGNANO SUL RUBICONE	Pubblico	12	196	48%	18,4	218	59%	18,6	246	58%	16,6
RIMINI	HOSPICE RIMINI	Pubblico	10	136	67%	21,4	179	60%	16,4	162	56%	17,7
TOTALE			137	1.739	61%	18,2	1.999	66%	16,9	2.389	67%	17,8

Fonte: Servizio Sistemi Informativi Sanità e Politiche Sociali

L'Hospice territoriale di Ferrara, che accoglie 12 posti letto per pazienti in fase terminale, prevalentemente oncologici, costituisce parte integrante della rete per le cure palliative insieme all'assistenza domiciliare di alta intensità e ai servizi di assistenza e consulenza ambulatoriale ospedalieri. L'Hospice di Ferrara "Casa della solidarietà" è stato costruito a Ferrara nel 2000 e ha iniziato la sua attività il 1° ottobre del 2001. La struttura è gestita dal Volontariato (ADO) è convenzionata con l'Azienda USL. Dal confronto dei dati del 2003 al 2005 si può rilevare una diminuzione nel numero dei pazienti dimessi (anno 2005), e una sostanziale stabilità della degenza media, che si attesta su valori superiori a quelli regionali. Il flusso di ricoveri verso altre strutture regionali, soprattutto dai distretti periferici è considerevolmente aumentato nel corso dell'ultimo anno.

Composizione per livelli

Assistenza Domiciliare Integrata	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2005
assistiti liv. 1	418	686	581	1.685
assistiti liv. 2	187	215	241	643
assistiti liv. 3 e volontariato	71	346	202	619
TOTALE	676	1247	1024	2.947
assistiti in Assistenza domiciliare Programmata	145	782	229	1156
assistiti inferm. Domiciliare*	828	3.131	1.087	5.046
assistiti TAD sociali**	14	44	68	126

^{*}Sono inserite in questa voce anche le prestazioni infermieristiche occasionali (1 solo accesso per paziente)

La tabella mostra la più articolata composizione per livelli assistenziali, tipologia dell'assistenza in rapporto all'organizzazione distrettuale dell'Azienda USL. Come si può notare dai dati rappresentati in maniera più analitica, tra le TAD che fanno riferimento a programmi di Assistenza Domiciliare Integrata del Medico di Medicina Generale e Volontariato, il 57% è costituito da assistenza di 1° livello, il 22% dal 2° livello e il 21% dal 3° livello. Si può notare inoltre che a livello distrettuale il numero relativamente più basso di TAD del 1° livello è generalmente compensato da un alto numero di Assistenza Domiciliare Programmata, riconducibili alle TAD a bassa intensità assistenziale. Lo stesso si può dire per l'attività infermieristica, caratterizzata da un'intensità di basso livello, e a maggior ragione per le TAD sociali.

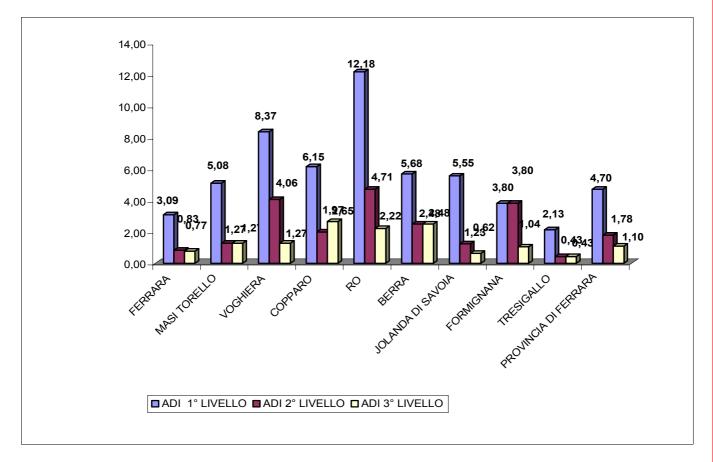
Nella tabella successiva sono stati calcolati gli indici assistenziali in rapporto agli abitanti dei distretti, distinti per TAD Mediche e TAD infermieristiche. Si può dire che nel 2005 vi sono stati circa 8,4 episodi di cura il cui responsabile assistenziale era un Medico ogni 1000 abitanti residenti nei comuni della provincia e circa 14 episodi di cura riferiti a TAD in cui il responsabile assistenziale era un Infermiere. La copertura dell'assistenza Medica è maggiore nel distretto Sud est, mentre quella infermieristica è più alta nel Distretto Centro Nord. È necessario sottolineare tuttavia la grande variabilità di questi dati in relazione all'età, alla tipologia assistenziale e alla suddivisione per comune, dove l'esiguità dei numeri considerati nei piccoli centri aumenta ulteriormente tale comportamento.

Assistiti ogni mille abitanti totali	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2005
Assistiti liv. 1	5,7	3,9	5,7	4,8
Assistiti liv. 2	2,6	1,2	2,4	1,8
assistiti liv. 3 e volontariato	1	2,0	2,0	1,8
TOTALE	9,3	7,1	10,0	8,4
Assistiti inferm. domiciliare	11,4	17,7	10,6	14,4

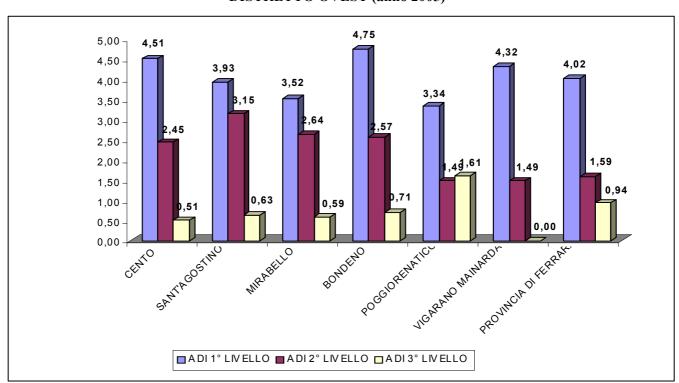
^{**}Tipologia assistenziale costituita dal servizio di assistenza domiciliare sociale(SAD) più gli oneri a rilievo sanitario rimborsati dall'AUSL per un'assistenza di almeno 5 giorni oppure di 6 ore settimanali

Numero di assistiti in Assistenza Domiciliare I ogni mille abitanti residenti nel Comune

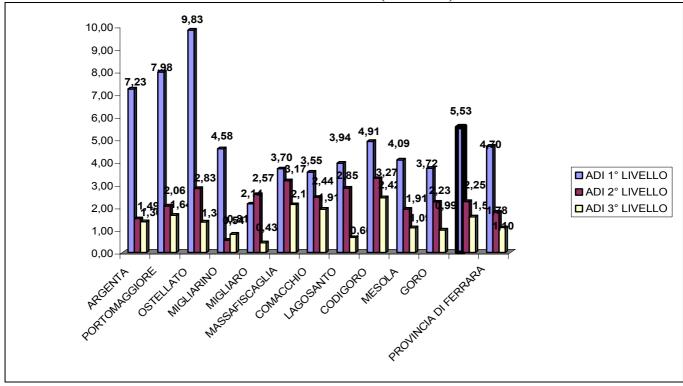
DISTRETTO CENTRO NORD (anno 2005)



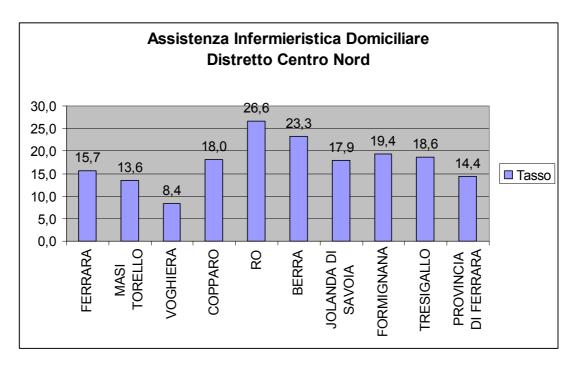
DISTRETTO OVEST (anno 2005)

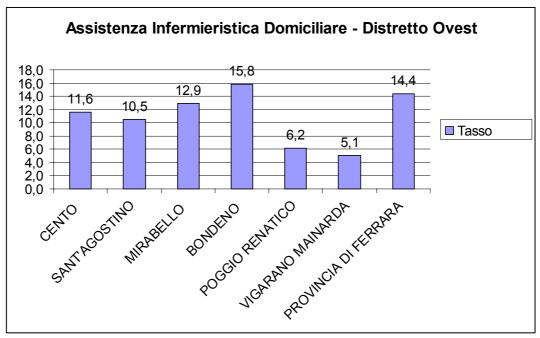


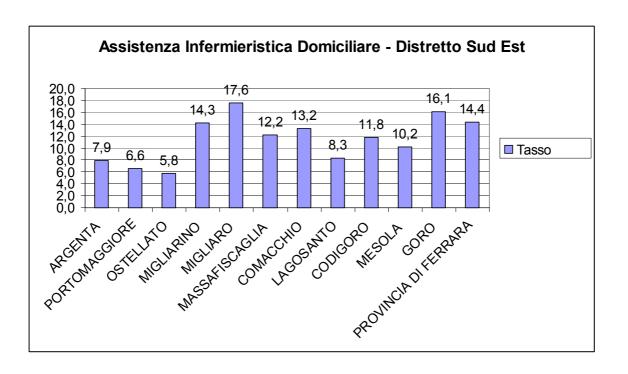




Numero di assistiti dall'Assistenza infermieristica ogni mille abitanti residenti nel Comune (anno 2005)







Servizi consultoriali

Salute Donna

Le funzioni che costituiscono l'ambito di competenza del consultorio familiare riguardano la tutela della salute femminile, della procreazione nelle sue varie articolazioni, della sessualità, delle relazioni di coppia e di famiglia, nonché la promozione delle più ampie forme di informazione ed educazione socio-sanitaria rispetto alle tematiche sopra riportate.

Nello specifico il "percorso nascita" garantisce un'assistenza completa per quanto riguarda la gravidanza fisiologica e precisamente:

- assistenza ambulatoriale
- assistenza ecografia
- corsi di accompagnamento alla nascita
- ambulatorio ostetrico riservato alle donne dei paesi al di fuori della comunità europea
- ambulatorio di sostegno all'allattamento materno e consulenza telefonica.

I servizi del salute Donna (ecografici, corsi di accompagnamento alla nascita e sostegno all'allattamento) accolgono anche le richieste dell'utenza esterna proveniente da altre aziende o altre strutture sanitarie pubbliche e private.

Il percorso ginecologico prevede gli ambulatori consultoriali dedicati alla assistenza ginecologica, preventiva, contraccettiva e di consulenza sessuologia rivolta a tutte le donne comprese le immigrate.

In particolare: il consultorio dei giovani è un servizio che si occupa dei problemi riguardanti la sessualità, la sfera affettiva e delle relazioni interpersonali e familiari (è gratuito per ragazzi e ragazze con età compresa tra i 14 e 19 anni).

Inoltre viene offerto:

- il Servizio Menopausa in collaborazione con l'Università per la fascia di età 45/60 anni;
- ambulatori dedicati una fascia di età protetta (oltre 65 anni) per tutto quanto è attinente alla sfera ginecologica;
- screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero diretto a tutte le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni con accesso a invito.

Utenti e attività 2005

	Distretto Ovest	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Prov. 2005	Prov. 2004	Prov. 2003	R.E.R. 2005
* Numero di donne seguite in gravidanza	220	858	238	1316	1298	1122	14.337
% di Donne seguite in gravidanza sul	220	030	230	1310	1270	1122	11.557
totale dei nati vivi da residenti	33,7%	76,3%	34,4%	53,3%	52,08%	48,07%	37,2%
** Donne in carico per settore Ostetricia							
e Ginecologia	3090	11866	3687	18643	17802		212.375
% utenti su pop. Donne 15-64	13,3%	20,7%	11,3%	16,5%	15,70%		16,50%
Donne in carico per settore Psicologia		56		56	184	230	8.099
% utenti su pop. Donne 15-64		0,10%			0.31%		0,60%
Donne immigrate incinte seguite dal							
servizio	64	247	95	406	252	214	6.590
% immigrate incinte su totale donne in							l 1
gravidanza seguite dal servizio	29,1%	28,8%	39,9%	30,9%	19,41%	19,07%	46%
% di prestazioni di assistenza alla							l 1
gravidanza sul totale				11,6%	12,50%	11,00%	18,20%
% di prestazioni di contraccezione sul							l 1
totale				6,1%	6,10%	6,10%	6,40%
% di prestazioni di IVG sul totale				1,4%	1,30%	1,50%	1,90%
% di prestazioni per menopausa sul							l 1
totale				8,4%	7,80%	9,50%	3,60%
% di prestazioni di prevenzione tumori							
femminili sul totale				48,9%	45,00%	47,90%	32,30%
% di prestazioni di Psicologia sul totale				0,8%	2,50%	3,00%	12,00%
% di prestazioni di puerperio sul totale				3,7%	3,70%	1,30%	4,0%

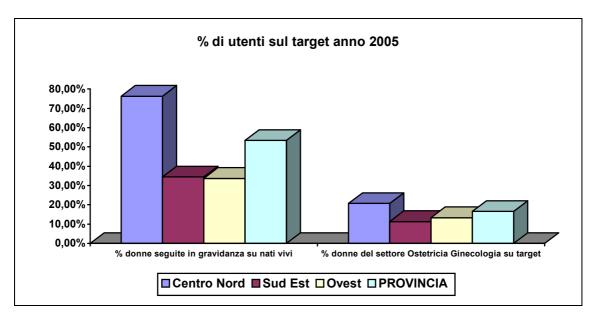
^{*} Rilevazione Sistema Informativo Regionale: gravidanza prese in carico nell'anno

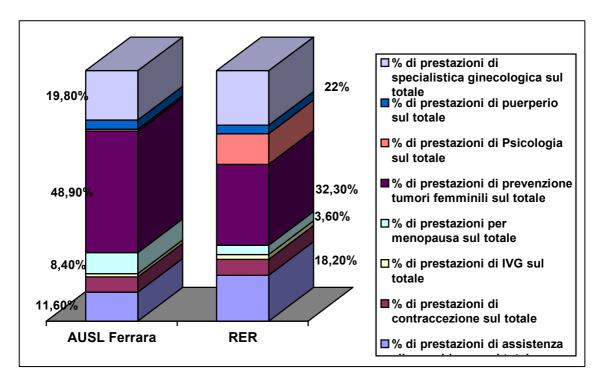
^{**} Rilevazione Sistema Informativo Regionale: utenti dell'attività sanitaria di Ostetricia e Ginecologia

^{***} popolazione al 31/12/2005

Nel valutare il numero di utenti seguiti, sia nell'ambito delle gravidanze che nell'ambito del settore Ostetrico Ginecologico, più in generale, bisogna tener conto che tale indicatore non rileva l'attività prestata direttamente dai presidi Ospedalieri che sovlgono attività ambulatoriale di primo livello, nonché dai medici in libera professione che vengono frequentemente interpellati per questo tipo di assistenza. In entrambe i casi il Distretto Centro Nord presenta valori al di sopra della media provinciale in quanto l'Azienda Ospedaliera che insiste in tale territorio non svolge attività ambulatoriale di primo livello, ma garantisce il secondo livello ostetrico come previsto nel percorso nascita.

In ogni caso, a livello medio provinciale, gli indicatori si posizionano vicino e al di sopra dei livelli medi regionali.





Salute infanzia

Il servizio Salute Infanzia svolge funzioni di tutela della salute della popolazione in età compresa fra 0 e 14 anni in particolare per quanto riguarda:

- interventi nelle comunità scolastiche a seguito di notifica di malattie infettive (pediculosi, scabbia, meningite, ecc..);
- organizzazione degli interventi volti a garantire la necessaria assistenza a bambini affetti da malattie croniche in ambito scolastico in collaborazione con altri servizi, enti e istituzioni.

Tabella malattie croniche

	Distretto Ovest	Distretto Centro- Nord	Distretto Sud Est	Provincia 2005	Provincia 2004	Provincia 2003
N° bambini con malattie croniche seguiti a fine anno (*)	4	55	71	130	87	119
N° interventi N° bambini affetti da malattie	58	160	324	442	491	489
croniche ogni 1.000 abitanti 0-14 (**)	0,5	3,3	7,1	3,7	2,5	3,5

^{*} bambini presi in carico dal servizio a fine periodo

^{**}Popolazione al 31/12/2005

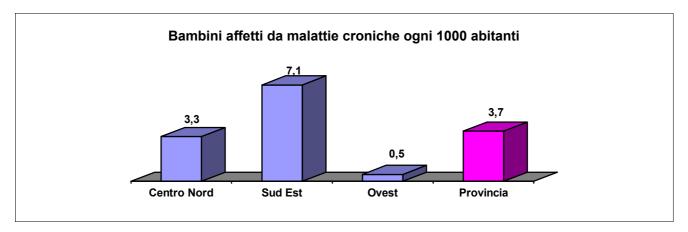
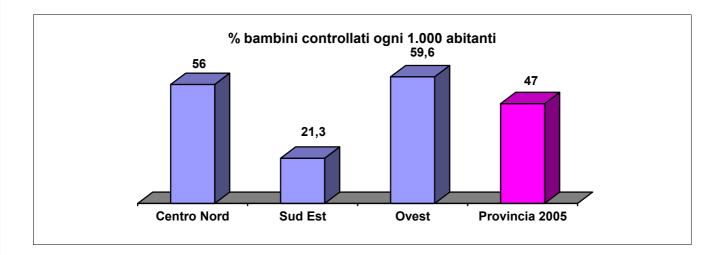


Tabella malattie infettive in Comunità

	Distretto Ovest	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Provincia 2005	Provincia 2004	Provincia 2003
Bambini controllati per malattie	511	020	212	1 (52	1.042	1.060
infettive in comunità	511	929	213	1.653	1.942	1.868
Interventi		19	6	25	238	204
% bambini controllati ogni 1.000						
abitanti 0 -14 anni (**)	59,6	56	21,3	47	57,9	55.7

^{*} Dati di attività-Pediatria di Comunità - Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla Sanità, Servizio Assistenza Distrettuale

^{**}Popolazione al 31/12/2005



Programma Dipendenze Patologiche

Il **Programma Dipendenze Patologiche** dell'Azienda USL di Ferrara governa il Sistema dei Servizi, ed è costituito dai Ser.T. operanti nei Distretti socio sanitari e dalle Strutture di Trattamento Residenziali e Semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso e da comportamenti additivi presenti sul territorio provinciale.

Il Programma Dipendenze Patologiche è finalizzato alla creazione di un sistema integrato di servizi pubblici e del privato sociale per garantire un'offerta equa, congrua e di qualità dei servizi territoriali nel trattamento delle dipendenze patologiche. Individuando percorsi e definendo strategie atte a favorire la continuità dei trattamenti in un contesto di appropriatezza terapeutica.

Il **Ser.T (Servizio Tossicodipendenze)** è lo strumento operativo dell'Azienda USL individuato dalla legge 309 del 1990 per intervenire con compiti di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi legati alla dipendenza da una o più sostanze psicoattive legali e illegali (droga, alcol, fumo di tabacco) o da comportamenti additivi (gioco d'azzardo).

Gli Utenti dei Ser.T. accedono ai programmi di trattamento spontaneamente o attraverso l'invio di altre istituzioni definite dalle leggi vigenti o facenti parte della rete dei servizi alla persona sociali e sanitari.

L'evoluzione delle esigenze e delle problematiche che interessano il target di utenza dei Ser.T. orienta i servizi ad assicurare il raggiungimento degli obiettivi attraverso:

- la produzione di prestazioni e servizi efficaci e centrati sui bisogni delle persone;
- l'utilizzo ottimale delle risorse;
- lo sviluppo di un livello adeguato e omogeneo di proposte terapeutiche su tutto il territorio di riferimento;
- una pratica d'intervento basata sull'integrazione tra i servizi dell'Azienda USL, dell'Azienda Ospedaliera, del Privato sociale, degli Enti locali e del Volontariato;
- l'aggiornamento delle conoscenze del personale finalizzato al progressivo miglioramento del servizio e quindi alla soddisfazione degli utenti.

Date queste premesse gli obiettivi generali che vengono perseguiti sono stati i seguenti:

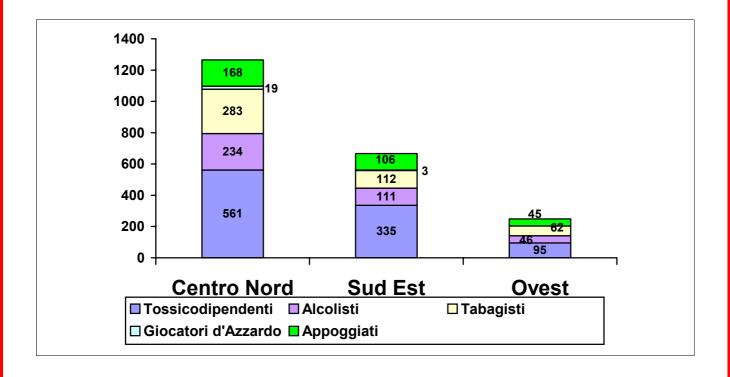
- a) facilitare il libero accesso agli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, correggendo gli aspetti organizzativi e strutturali che ostacolano la fruizione dei servizi;
- b) garantire la personalizzazione degli interventi e la continuità assistenziale;
- c) garantire l'attuazione dei programmi terapeutici per i tossicodipendenti detenuti;
- d) sviluppare l'aggiornamento professionale e la formazione di tutti gli operatori in relazione agli obiettivi assegnati perseguendo l'innovazione e lo sviluppo in specifici settori ritenuti strategici per importanza e livello di competenze richieste (nuove droghe, doppia diagnosi, terapie farmacologiche, psicoterapie, trattamento delle famiglie);
- e) garantire l'ottimale accessibilità al servizio, in relazione alle risorse assegnate e agli standard di cura e di riabilitazione efficaci, definiti dalle evidenze e dalle esperienze;
- f) favorire l'integrazione con le articolazioni organizzative territoriali dell'Azienda USL, in particolare con il Dipartimento di Salute Mentale, il Servizio Salute infanzia, la Neuropsichiatria Infantile, il Servizio Salute Donna, il Servizio Sociale, il Presidio Unico Ospedaliero e altri ancora al fine di assicurare gli interventi sanitari e socio assistenziali ritenuti necessari verso i pazienti tossicodipendenti ed eventualmente verso i loro familiari;
- g) potenziare la multidisciplinarietà e interdisciplinarietà della rete delle relazioni del PDP, promuovendo un'effettiva integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali aziendali ed extra aziendali, in particolare con l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna, per fornire una risposta tempestiva, globale e di durata definita nel tempo;
- h) favorire l'integrazione con i servizi esterni all'Azienda USL definendo accordi e protocolli operativi per la gestione dei percorsi terapeutici;
- i) partecipare alla pianificazione locale e ai progetti per il miglioramento della salute della popolazione e l'integrazione socio sanitaria all'interno dei Piani per la Salute, dei Programmi delle Attività Territoriali e dei Piani di Zona;
- j) garantire interventi di prevenzione sulla dipendenza e l'abuso da sostanze psicoattive;

- k) contribuire, attraverso l'Osservatorio Epidemiologico, alla conoscenza dei fenomeni di consumo, della tipologia delle sostanze presenti sul mercato illegale, delle modalità culturali legate alle condizioni di abuso e di dipendenza;
- l) garantire, attraverso la collaborazione con gli organismi consultivi aziendali e regionali, i rapporti con le rappresentanze dei cittadini e degli utenti.

Nel 2005 il sistema dei servizi provinciale ha risposto alle richieste di 2.180 utenti attraverso:

- Day Care per disintossicazione da abuso di sostanze psicoattive e alcol;
- terapia farmacologica della tossicodipendenza da sostanze legali e illegali;
- psicoterapia individuale e/o familiare;
- programmi di disassuefazione dal fumo di tabacco;
- terapie per il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)
- interventi di sostegno e counselling per la promozione della salute;
- trattamenti terapeutico-riabilitativi in regime residenziale o semi-residenziale.

Utenti in carico ai Ser.T. dei Distretti:	Ovest	Centro Nord	Sud Est	Totale 2005	Totale 2004
Utenti complessivi seguiti dai Ser.T.	248	1.265	667	2.180	2.189
di cui:					
tossicodipendenti	95	561	335	991	1.001
alcolisti	46	234	111	391	384
tabagisti	62	283	112	457	469
giocatori d'azzardo		19	3	22	24
provenienti da altri Ser.T. fuori provincia					
	45	168	106	319	311



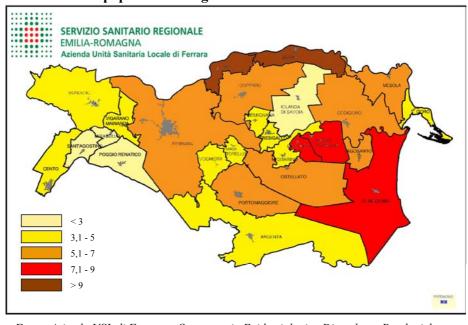
Utenti			Utenti	* *			
Tossicodipendenti ¹	pop. target 15-54 per 10.000		Tossicodipendenti	su pop. t	64 per		
<u></u>	2003	2004	2005			10.000	
Piacenza	6,30	8,61	7,23		2003	2004	2005
Parma	7,24	8,32	11,88	Piacenza	36,85	41,00	42,62
Reggio Emilia	8,05	11,19	10,64	Parma	56,73	56,07	62,32
Modena	5,46	8,69	7,86	Reggio Emilia	42,47	49,35	46,02
Bologna	11,25	11,88	20,37	Modena	37,65	40,38	37,63
Imola	19,56	16,83	14,73	Bologna	58,51	61,73	79,19
Ferrara	11,96	10,50	9,86	Imola	67,84	57,04	61,23
Ravenna	9,50	10,35	9,62	Ferrara	55,61	56,21	55,53
Forlì	10,18	11,43	13,94	Ravenna	51,73	53,09	56,76
Cesena	10,60	7,85	8,65	Forlì	47,29	52,30	56,75
Rimini	16,69	14,44	17,96	Cesena	48,14	43,16	43,24
Regione Emilia-				Rimini	59,99	57,68	60,18
Romagna	9,66	10,58	12,51	Regione Emilia-			
				Romagna	50,20	51,96	55,96

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Osservatorio Dipendenze Patologiche

Gli utenti tossicodipendenti dell'Emilia-Romagna nel 2005 hanno subito un incremento del 8,7% rispetto al 2004. La crescita dell'utenza si deve attribuire soprattutto all'utenza in carico o ai reingressi con un incremento del 6%, mentre i nuovi pazienti sono l'1,9% in più rispetto al 2004. Nel panorama regionale la provincia di Ferrara mette in evidenza una costante capacità di ritenzione in trattamento dei servizi, registrando 55,53 soggetti tossicodipendenti in carico ai Ser.T. ogni 10.000 abitanti con età compresa tra i 15 e i 54 anni contro i 55,96 della media regionale.

L'analisi dei flussi della nuova utenza, evidenzia una capacità di attrazione in lenta flessione, con un tasso di incidenza di **9,86/10.000** al di sotto della media regionale (12,51/10.000).

Tasso di prevalenza di tossicodipendenti per 1000 abitanti su popolazione target 15-54 anni – Anno2005



Fonte: Azienda USL di Ferrara - Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

_

¹ La Regione Emilia-Romagna per raffrontare l'utenza a livello provinciale utilizza il rapporto tra utenti totali e nuovi utenti (residenti e non residenti). in carico ai Ser.T. sulla popolazione target

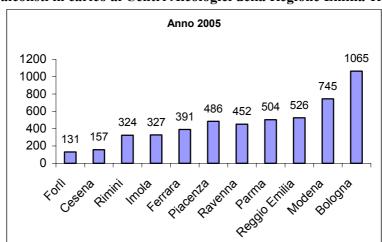
Il confronto tra aree geografiche (distretti socio-sanitari) attraverso l'analisi dei tassi di prevalenza distinti per Comune di residenza degli utenti in carico, mette in luce interessanti differenze tra i diversi territori. Infatti il distretto Sud Est (6,0*1000) registra valori nettamente al di sopra della media provinciale (5,1*1000), seguito dal distretto Centro Nord che presenta in assoluto il numero più elevato di utenti in carico residenti (480 utenti di cui 341 a Ferrara), con una prevalenza di periodo pari al 5,4*1000. Il distretto Ovest presenta un tasso di prevalenza al di sotto della media provinciale (3,2*1000).

Tra i Comuni che fanno parte di questi distretti socio-sanitari, si evidenzia una forte presenza del fenomeno a: Ro (11,6*1000), Berra (9,8*1000), Migliaro (8,7*1000), e Comacchio (8,5*1000); seguono Massafiscaglia (7,2*1000), Mesola (7*1000) e Copparo (6,9*1000).

Per quanto riguarda **l'incidenza** del fenomeno i distretti che presentano i valori al di sopra della **media provinciale** (0,8*1000) sono il Sud Est (1,1*1000) e l'Ovest (0,9*100), mentre il Centro Nord è al di sotto del tasso provinciale (0,6*1000).

I Comuni che hanno presentano i valori che superano la media provinciale sono: Masi Torello e Comacchio (1,6*1000), Ostellato e Bondeno (1,4*1000), Lagosanto (1,3*1000), Berra e Cento (1,1*1000).

Nel 2005 i Centri Alcologici presenti nelle Aziende Usl della Regione Emilia-Romagna hanno preso in carico 5.108 utenti alcolisti, il 12,45% in più rispetto all'anno precedente. L'istituzione di questi servizi risponde quindi a una domanda di trattamento molto diffusa e in crescita nella popolazione. Nel quadro regionale la provincia di Ferrara si colloca al settimo posto per numero di soggetti seguiti dai centri, con un tasso di prevalenza provinciale di 16,94 utenti alcolisti ogni 10.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, e un'incidenza pari a 4,94/10.000.



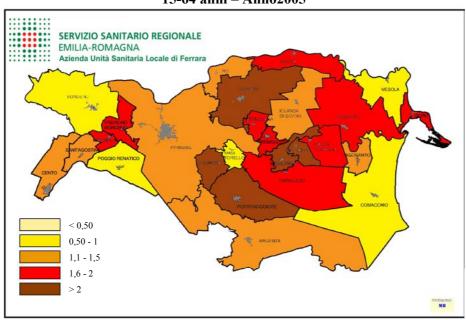
Utenti alcolisti in carico ai Centri Alcologici della Regione Emilia-Romagna

² Per confrontare il fenomeno tra i Comune della provincia di Ferrara sono calcolati i tassi di prevalenza e incidenza solo sugli utenti residenti nei territori di riferimento.

Utenti Alcolisti	Rapporto nuovi utenti su pop. target 15-64 per 10.000		Utenti Alcolisti	Rapport su pop.			
	2003	2004	2005		2003	2004	2005
Piacenza	5,57	7,19	5,61	Piacenza	23,91	25,21	27,81
Parma	2,08	3,31	3,80	Parma	15,01	16,21	18,77
Reggio Emilia	4,56	4,61	4,25	Reggio Emilia	13,42	15,35	16,43
Modena	3,76	6,85	5,35	Modena	11,95	16,83	17,11
Bologna	4,52	3,54	3,79	Bologna	15,59	18,00	20,09
Imola	16,93	10,83	10,79	Imola	44,95	38,80	41,04
Ferrara	4,53	4,94	4,89	Ferrara	16,04	16,94	17,22
Ravenna	4,83	4,81	3,33	Ravenna	18,86	18,97	19,28
Forlì	3,86	2,29	3,32	Forlì	8,36	9,94	11,44
Cesena	2,73	3,43	3,80	Cesena	12,17	11,00	12,17
Rimini	4,36	6,12	7,17	Rimini	12,92	14,15	16,96
Regione Emilia-	,	,	,	Regione Emilia-			
Romagna	4,46	4,98	4,69	Romagna	15,65	17,45	18,89

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Osservatorio Dipendenze Patologiche

Tasso di prevalenza di alcolisti per 1000 abitanti su popolazione target 15-64 anni – Anno2005



Fonte: Azienda USL di Ferrara - Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

Nel 2005 gli utenti alcoldipendenti in carico ai Centri Alcologici della provincia di Ferrara sono stati 391, l'1,8% in più rispetto all'anno precedente. La proporzione dei nuovi utenti sull'utenza complessiva risulta del 28,4%. Dal 2004 al 2005 la **prevalenza** dei soggetti in trattamento, rispetto alla popolazione residente con età compresa tra i 15 e i 64 anni, passa da 1,7/1000 a **1,6/1000**, mentre l'**incidenza** media provinciale passa da 0,49 a **0,42/1000**.

Dall'analisi geografica dei tassi di prevalenza e incidenza solo il distretto Centro Nord si colloca leggermente al di sopra della media provinciale (1,8/1000; 0,43/1000), in controtendenza con il distretto Sud Est (1,56/1000; 0,41/1000) che si colloca al di sotto. Nel distretto ovest (1,22/1000; 0,42/1000) a fronte di un'incidenza in linea con quella provinciale, si rileva una prevalenza decisamente al di sotto della media provinciale.

Nel distretto **Centro Nord** i comuni con i tassi al di sopra della media provinciale sono: Copparo con una prevalenza di 3,38/1000 e un'incidenza di 0,80/1000, Voghiera con una prevalenza pari a 2,84/1000 e Berra con 2 utenti alcolisti trattati ogni 1000 residenti.

Nel distretto **Ovest** l'utenza alcolista proviene in prevalenza dai comuni di Vigarano Mainarda (1,77/1000; 0,44/1000) e Mirabello (1,79/1000; 1,79/1000) che presenta il tasso di incidenza più elevato di tutta la provincia.

Nel distretto **Sud Est** il comune di Migliarino (3,69/1000; 0,82/1000) ha il tasso di prevalenza più alto su tutto il territorio provinciale. Rilevanti anche i tassi di prevalenza e incidenza del comune di Migliaro (2,64/1000; 1,32/1000) e la prevalenza di Portomaggiore (2,38/1000).

Salute mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura operativa dell'Azienda USL di Ferrara che si configura come l'organizzazione di base per l'aggregazione della psichiatria, della neuropsichiatria, della psicologia e riabilitazione dell'età evolutiva.

Gestisce e organizza le attività per la produzione delle prestazioni finalizzate alla:

- promozione della salute mentale
- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle disabilità psicofisiche delle persone per l'intero arco della vita.

I Centri di Salute Mentale

Attività sanitaria psichiatrica per gli adulti

Persone trattate per Azienda - 2000-2005 su popolazione residente

Persone trattate su 10.000 abitanti	2002	2003	2004	2005
Piacenza	126,0	162,6	180,8	182,4
Parma	126,6	159,9	166,4	168,7
Reggio Emilia	137,2	173,2	176,3	198,6
Modena	132,8	171,7	184,8	151,8
Bologna	187,2	254,6	251,8	241,3
Imola	174,5	216,1	189,3	191,7
Ferrara	135,1	151,7	187,8	165,2
Ravenna	92,3	123,4	158,3	157,0
Forlì	176,3	173,2	171,9	179,6
Cesena	207,2	217,6	223,5	230,1
Rimini	122,2	124,2	176,6	146,9
Totale Regione	145,6	181,1	193,9	186,1

 $\textit{Per il calcolo dell'indicatore si è utilizzata la popolazione residente adulta (età =>18 anni) all'1/1 \ di \ ciascun \ anno}$

Il numero di persone annualmente trattate dal Dipartimento di Salute Mentale di Ferrara è lievemente al disotto della media regionale, presumibilmente per la presenza nella popolazione di una difficoltà a richiedere un intervento sanitario per problemi che nell'opinione di molti hanno lo stigma della " malattia mentale "

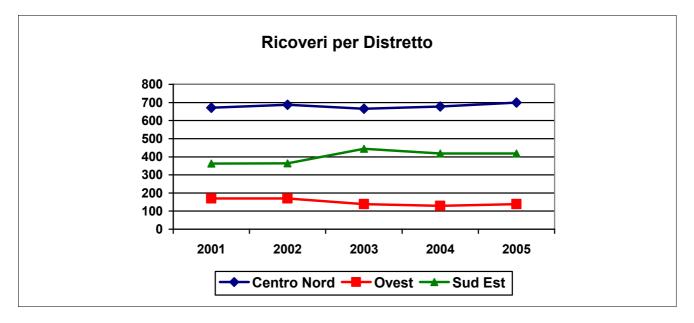
Dati Distrettuali 2005

	Distretto Ovest	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Provincia anno 2005	Provincia anno 2004
Totale persone trattate	714	2.590	1.795	5.099	5.771
N. di persone trattate ogni 10.000 abitanti					
<=18	115,32	165,1	199,66	165,2	187,8

I ricoveri sono stati i seguenti:

	Distretto Ovest	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Provincia 2005	Provincia 2004
N° ricoveri totali	138	699	419	1.256	1.226
con un tasso di ricovero su 1.0000 ab.					
Over 17 anni	22,0	44,6	46,6	40,6	39,9
di cui il N° ricoveri in Case di Cura	33	63	44	140	151
con un tasso di ricovero su 1.0000 ab.					
Over 17 anni	5,3	4,0	4,9	4,5	4,9

Nei ricoveri totali sono compresi quelli presso i reparti psichiatrici ospedalieri pubblici e privati della Regione Emilia Romana e fuori Regione e presso le Residenze psichiatriche del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL di Ferrara



Il diverso ricorso ai servizi ambulatoriali per la salute mentale e ai ricoveri specialistici delle persone nei tre Distretti provinciali si può correlare alle differenti abitudini di utilizzo dei servizi sanitari, comune anche ad altre branche specialistiche.

Inverso è il ricorso ai ricoveri nelle Case di Cura, attribuibile all'offerta di posti letto per ricoveri volontari, collocati prevalentemente nel Distretto Sud Est e assenti nel Distretto Ovest.

Servizio psichiatrico di Diagnosi e cura

Dimessi dagli SPDC dell'Emilia-Romagna per residenza Tasso di ospedalizzazione per 10.000 abitanti

Azienda di residenza	2001	2002	2003	2004	2005
Piacenza	16,5	16,7	15,5	15,9	15,4
Parma	14,4	14,7	12,9	12,8	13,4
Reggio Emilia	11,1	11,8	11,2	10,6	11,4
Modena	21,1	20,7	20,2	18,8	15,4
Bologna	19,0	21,3	20,9	21,3	19,7
Imola	28,5	26,7	24,1	20,8	19,0
Ferrara	10,7	10,3	10,4	10,4	11,9
Ravenna	23,9	21,8	23,6	27,1	24,9
Forlì	16,9	15,7	14,7	17,3	16,6
Cesena	17,2	19,1	20,4	21,1	21,4
Rimini	12,2	12,8	12,1	12,8	14,7
Totale Regione	17,2	17,5	17,1	17,2	16,5

Per il calcolo del tasso di ospedalizzazione si è utilizzata la popolazione residente all'1/1 di ciascun anno

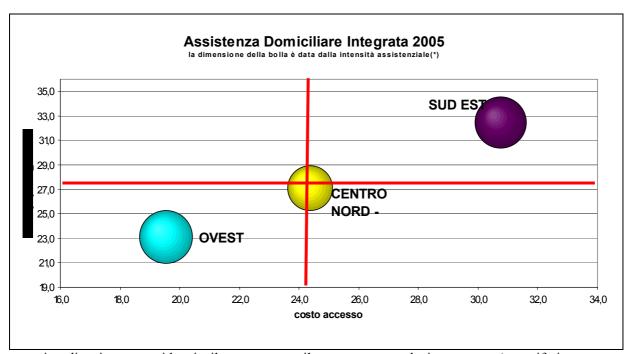
Il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL di Ferrara utilizza in maniera inferiore rispetto alla media Regionale il ricovero in SPDC, struttura prevalentemente preposta alla risposta all'emergenza e ai Trattamenti Sanitari Obbligatori, come risposta ai bisogni.

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.

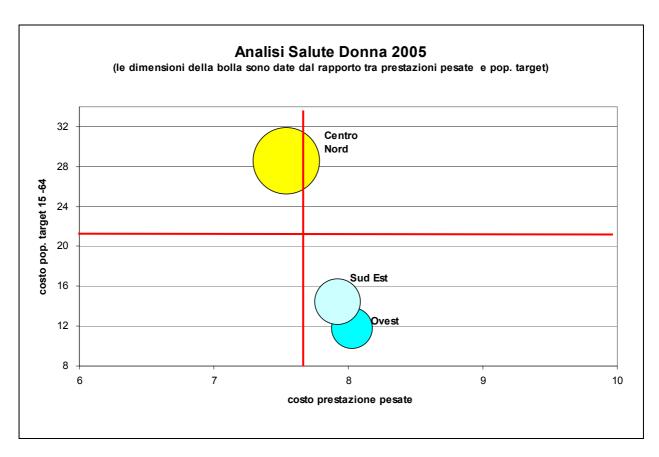
Ne consegue che possiamo notare in quali Distretti ci sia un costo pro-capite più alto o più basso rispetto alla media aziendale e nel mentre ogni prestazione erogata si posiziona al di sopra o al di sotto del costo medio aziendale ne deriva una valutazione complessiva di efficienza gestionale rispetto alla propensione dell'azienda di investire risorse in misura difforme da Distretto a Distretto.

Al seguito di ciascuna matrice, distintamente per area di attività, si trovano elencati alcuni obiettivi dell'anno 2005 pensati e costruiti in coerenza con le criticità emerse sia dal confronto con le ripartizioni percentuali e le risorse procapite 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 a una popolazione di età uguale e superiore ai 45 anni) di ogni distretto, e il costo di accesso.

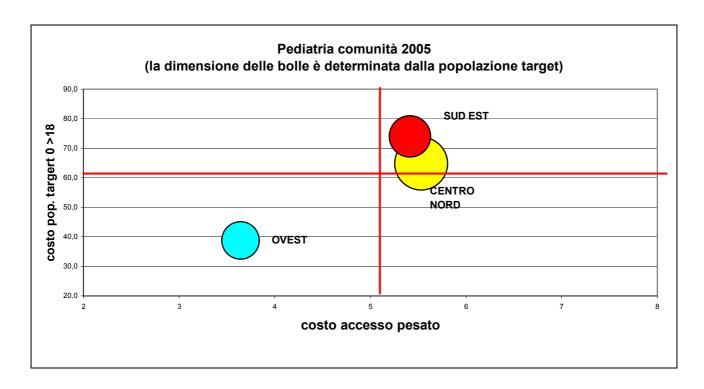
La posizione del Distretto Sud Est nel quadrante in alto a destra denota sia un sovradimensionamento delle risorse rispetto alla media regionale che una scarsa efficienza organizzativa dell'attività del Servizio, quest'ultimo fatto è probabilmente determinato dalle maggiori risorse investite in tale area in relazione all'intensità assistenziale garantita, che, per quanto riguarda le Assistenza Domiciliare Integrata di primo, secondo e terzo livello si presenta sistematicamente al di sotto della media provinciale.



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

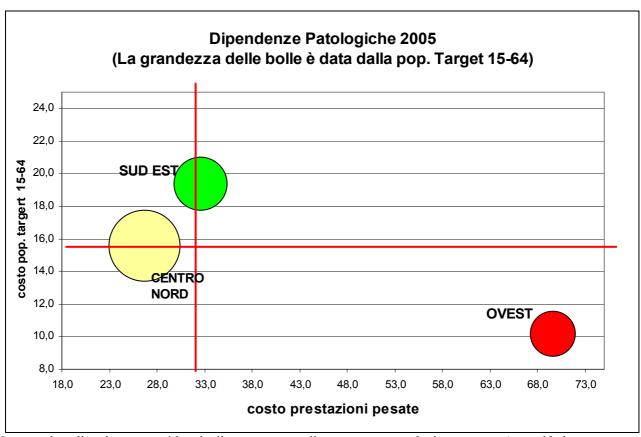
La posizione del Distretto Centro Nord nell'area del sovradimensionamento delle risorse rispetto alla popolazione target è sicuramente originata dal carattere esclusivo che il servizio territoriale sito nel Comune di Ferrara riveste con riferimento all'area di competenza (Ospedale solo per funzioni di secondo livello) oltre che da alcune funzioni sovradistrettuali da questo svolte, e ciò contribuisce a spiegare il segno positivo rosso nella tabella matrice a segni "+ e -".

Dal punto di vista dell'efficienza operativa i tre Distretti sono sostanzialmente allineati, complice anche l'omogenizzazione avvenuta nel corso del 2005 nei sistemi di registrazione della attività.



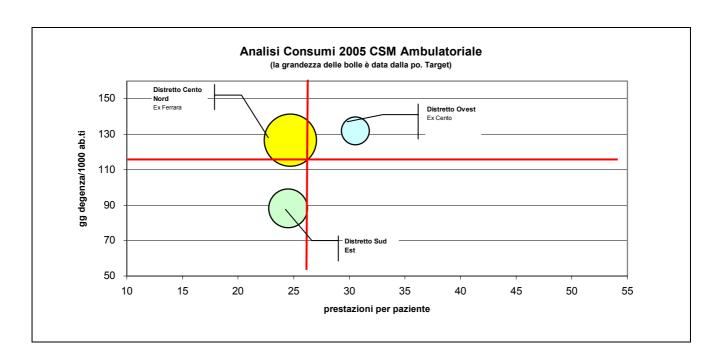
La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento a una popolazione di età compresa tra i 0 e i 18 anni) di ogni distretto, e il costo di accesso pesato di ciascun servizio, sostenuto per la medesima popolazione di riferimento.

Nel caso del Distretto Ovest, la scarsa dimensione strutturale dei servizi in rapporto alla popolazione target risente della recente inclusione in tale Distretto dei Comuni di Vigarano Mainarda e Poggio Renatico. Per quanto riguarda l'efficienza operativa, è sempre il Distretto Ovest che tende a distinguersi, più che per l'elevato numero di accessi, per il basso consumo di risorse.



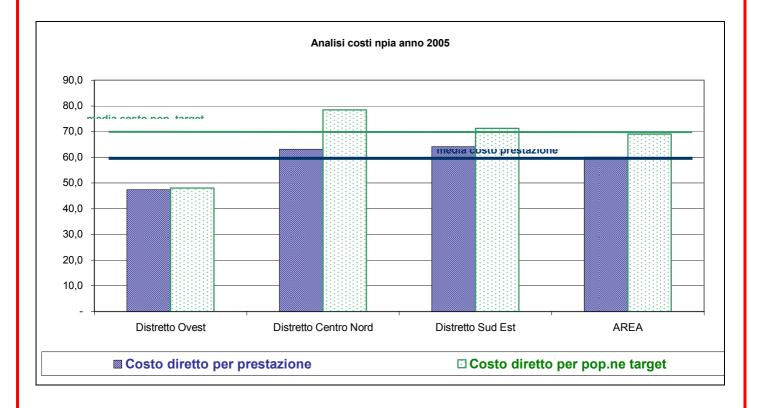
La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il costo per popolazione target (con riferimento a una popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni) di ogni distretto, e costo per prestazioni pesate effettuate dal servizio (la pesatura della prestazione è determinata dal consumo della risorsa personale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

Di fronte a una sostanziale uniformità de servizi offerti, sia rispetto alla dimensione che rispetto al livello di efficienza, spicca la situazione dell'area Ovest, che evidenzia un sottodimensionamento rispetto alla popolazione target e un basso livello di efficienza produttiva, quest'ultimo causato sicuramente dalle scarse risorse investite che danno origine a diseconomie di scala.



La matrice di cui sopra evidenzia il rapporto tra il numero di giornate di degenza in regime di ricovero per 1.000 abitanti di ogni distretto (con riferimento a una popolazione di età uguale e superiore ai 18 anni), e il numero di prestazioni eseguite su ciascun paziente in carico ai Centri di Salute Mentale.

Di fronte a un numero di prestazioni per paziente più alto della media provinciale l'area Ovest presenta un tasso di giornate di degenza al di sopra della media del resto della provincia.



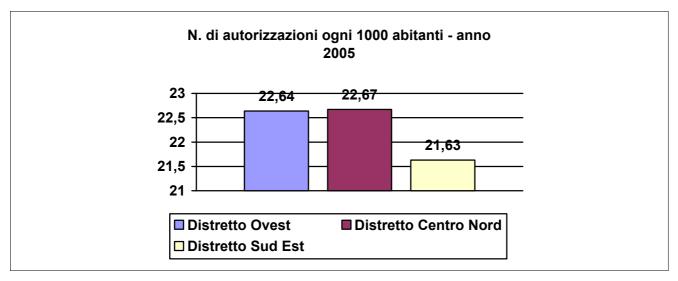
Il Grafico evidenzia lo scostamento del costo prestazione e del costo popolazione target (quest'ultimo riferito a una popolazione target compresa tra i 0-18 anni) di ciascun servizio di neuropsichiatria infantile distrettuale rispetto alla media provinciale. Non si evidenziano situazioni critiche, se non per la considerazione di elevata efficienza del Distretto Ovest, mentre i restanti due si attestano vicino al livello medio.

Assistenza integrativa e protesica

Nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza si comprende anche:

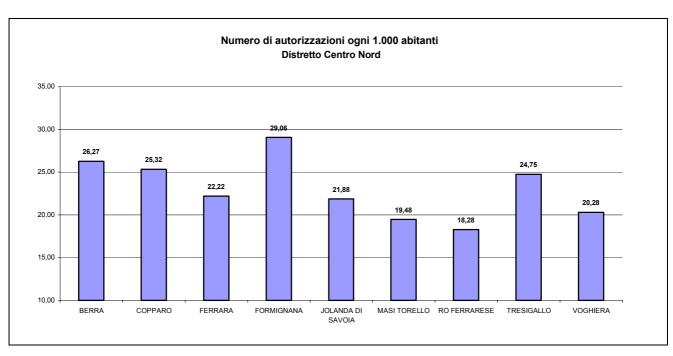
- la fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari di assistiti,
- la fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito,
- fornitura di protesi e ausili.

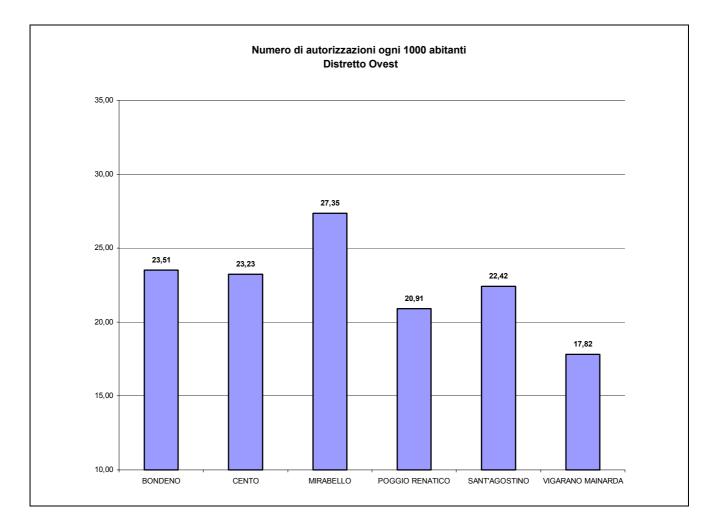
L'erogazione del servizio descritto è subordinata all'ottenimento di un'autorizzazione che viene rilasciata dalla stessa Azienda USL. Il grafico seguente evidenzia il rapporto tra il numero di autorizzazioni rilasciate e il numero di abitanti di ciascuna area Distrettuale

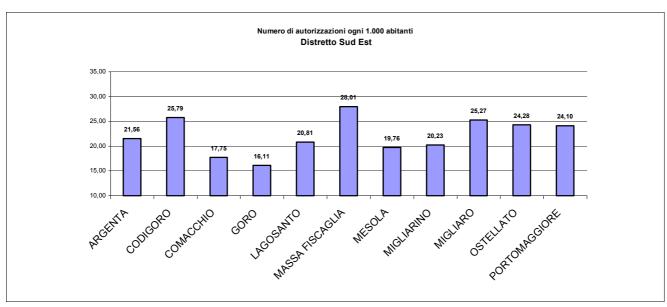


Il comportamento assunto nei tre Distretti Aziendali è sostanzialmente molto diversificato, infatti, il grafico pone in evidenza un valore di tale indicatore molto più elevato nel territorio del Distretto Centro Nord.

Numero di autorizzazioni per ausili protesici ogni mille abitanti del comune di appartenenza





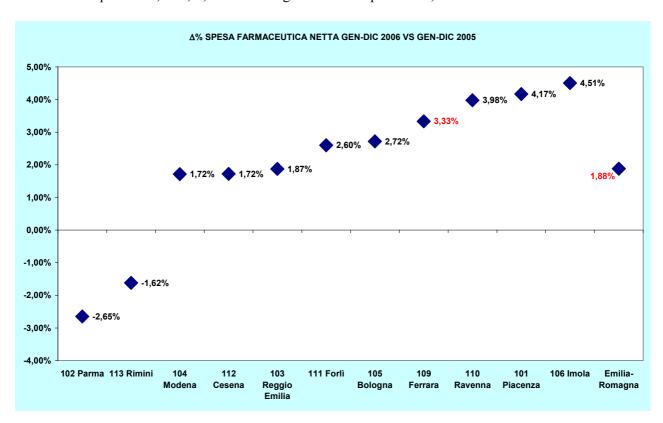


La politica del farmaco

Contenimento spesa farmaceutica convenzionata

Nel primo semestre dell'anno 2006 la spesa farmaceutica convenzionata ha subito un brusco incremento, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, significativamente influenzato anche dalle manovre governative che dal novembre 2005 avevano fatto cessare lo sconto aggiuntivo sulla spesa farmaceutica netta, non compensato dalla Determina AIFA del 15.01.2006, che altresì aveva innalzato il prezzo di farmaci a elevato impatto sulla spesa farmaceutica. Al termine del 1° semestre Ferrara si posizionava al penultimo posto in termini di minor incremento di spesa rispetto al 1° semestre 2005, con un incremento pari a +9,55%. Nel corso del secondo semestre si é avuto una variazione di tendenza che ha contenuto l'incremento della spesa riscontrato nel primo semestre, determinata, oltre che da significativi interventi aziendali di sensibilizzazione sui prescrittori, e dal potenziamento dell'attività di erogazione diretta, anche da ulteriori Determine AIFA che hanno riequilibrato il prezzo dei farmaci all'anno precedente.

Di conseguenza l'anno 2006 si è chiuso con un incremento, rispetto al 2005, della spesa farmaceutica netta convenzionata pari al +3,33%,%, la media regionale è stata pari al +1,88%.



Analizzando la spesa farmaceutica per indicatori principali registriamo una spesa procapite pesata pari 187,53€, una esposizione della popolazione all'uso do farmaci pari a 849,12 DDD per 1000 ab. pesati/ die e un costo DDD pari a 0,61€.

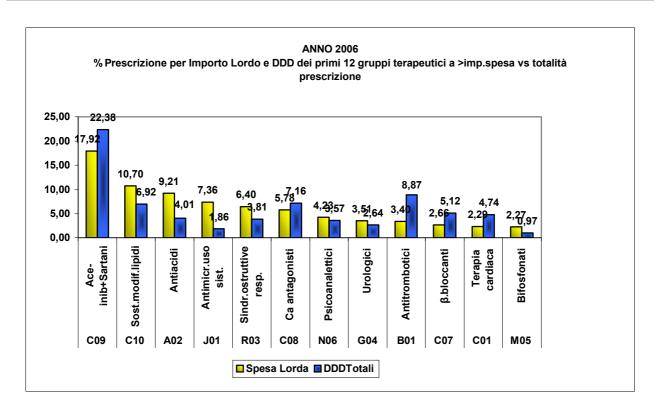
Per conoscere quali siano le principali classi farmacologiche prescritte si riportano di seguito i primi 25 gruppi terapeutici a maggior importo di prescrizione, che da soli superano il 94% della spesa farmaceutica globale, con la relativa percentuale di spesa e prescrizione rispetto al totale e i rispettivi indicatori principali di prescrizione, ovvero spesa procapite pesata, DDD 1000ab.pesati /die, che rappresenta l'esposizione della popolazione ai farmaci, e il costo della DDD.

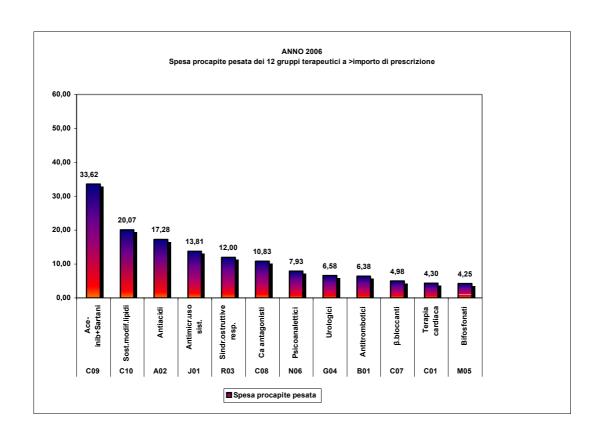
	ANNO 2006										
	PRIMI 25 GRUPPI TERAPEUTICI A > IMPORTO DI SPESA										
					Tot.						
		ATC2 ar	no 2006	presc	rizione	Indicato	ri prescri	zione			
						Spesa	DDD				
ATCO	ATC2Descrizione	Creas Lands	DDDTotali	Spesa Lorda	DDDTatali	procapite	1000Ab. Pes/Die	Costo DDD			
		Spesa Lorda			DDDTotali 22,38						
C09	Ace-inib+Sartani	13.559.062,68	27.981.875,06	17,92		33,62					
C10	Sost.modif.lipidi	8.095.904,97	8.648.511,47	10,70	6,92	20,07	58,74				
A02	Antiacidi	6.968.589,00	5.007.452,38	9,21	4,01	17,28	34,01	1,39			
J01	Antimicr.uso sist.	5.569.218,50	2.322.083,81	7,36	1,86	13,81	15,77				
R03	Sindr.ostruttive resp.	4.841.516,00	4.765.064,08	6,40	3,81	12,00	32,37	1,02			
C08	Ca antagonisti	4.370.247,44	8.945.350,58	5,78		10,83	60,76	0,49			
N06	Psicoanalettici	3.197.912,74	4.461.555,34	4,23	3,57	7,93	30,30	0,72			
G04	Urologici	2.654.959,07	3.298.441,83	3,51	2,64	6,58	22,40	0,80			
B01	Antitrombotici	2.575.118,10	11.085.627,03	3,40	8,87	6,38	75,30	0,23			
C07	β.bloccanti	2.008.395,64	6.398.736,06	2,66	5,12	4,98	43,46	0,31			
C01	Terapia cardiaca	1.735.716,75	5.931.234,30	2,29	4,74	4,30	40,29	0,29			
M05	Bifosfonati	1.716.218,39	1.211.797,14	2,27	0,97	4,25	8,23	1,42			
A07	Antimicr.intest.	1.545.543,31	814.230,06	2,04	0,65	3,83	5,53	1,90			
N03	Antiepilettici	1.535.800,66	1.051.002,30	2,03	0,84	3,81	7,14	1,46			
M01	FANS	1.518.923,96	2.971.277,64	2,01	2,38	3,77	20,18	0,51			
C02	Antiipertensivi	1.462.747,76	1.635.829,66	1,93	1,31	3,63	11,11	0,89			
N04	AntiparKinson	1.238.940,75	482.516,82	1,64	0,39	3,07	3,28	2,57			
S01	Oftalmologici	1.146.780,57	2.596.108,06	1,52	2,08	2,84	17,63	0,44			
N02	Analgesigi	1.089.824,19	329.049,73	1,44	0,26	2,70	2,24	3,31			
G03	Ormoni sessuali	1.047.255,25	3.153.965,20	1,38	2,52	2,60	21,42	0,33			
C03	Diuretici	1.008.075,48	7.440.187,32	1,33	5,95	2,50	50,54	0,14			
A10	Antidiabetici	832.580,11	2.760.691,13	1,10	2,21	2,06	18,75	0,30			
J02	Antimicotici	692.278,72	97.512,50	0,92	0,08	1,72	0,66	7,10			
L02	Antineopl.Terapia Endocr.	548.018,56	346.623,94	0,72	0,28	1,36	2,35	1,58			
R06	Antiistaminici	422.522,77	927.267,50	0,56	0,74	1,05	6,30	0,46			
	TOT.25 GR.TER.>IMP.SPESA	71.382.151,37	114.663.990,96	94,37	91,72	176,97	778,84	0,62			
	SPESA LORDA TOT.2006	75.643.350,90	125.012.104,79	100,00	100,00	187,53	849,12				

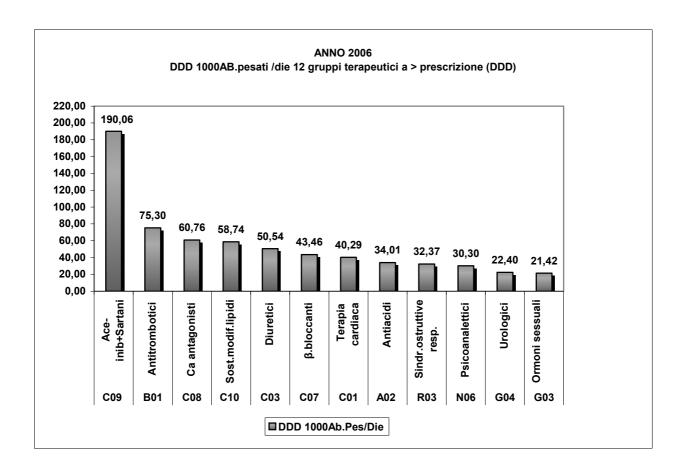
I gruppi terapeutici maggiormente prescritti appartengono principalmente al gruppo anatomico dei farmaci cardiovasolari, come ace-inibitori e sartani, calcio antagonisti, beta bloccanti, farmaci utilizzati prevalentemente per la terapia dell'ipertensione arteriosa e sostanze modificatrici dei lipidi anche conosciuti come ipolipemizzanti; tale gruppo di farmaci, rappresentato principalmente dalle statine, viene utilizzato per la terapia delle ipercolesterolemie.

Un altro gruppo fortemente prescritto sono i farmaci antiacidi, utilizzati principalmente per il trattamento delle ulcere gastrica e duodenale nonché di altre patologie del tratto gastro-esofageo.

Seguono quindi i farmaci antimicrobici per uso sistemico, principalmente antibiotici per uso orale e iniettabile, farmaci dell'apparato respiratorio antiasmatici, psicoanalettici, prevalentemente antidepressivi, urologici, antitrombotici eparine....e i farmaci per il metabolismo osseo.



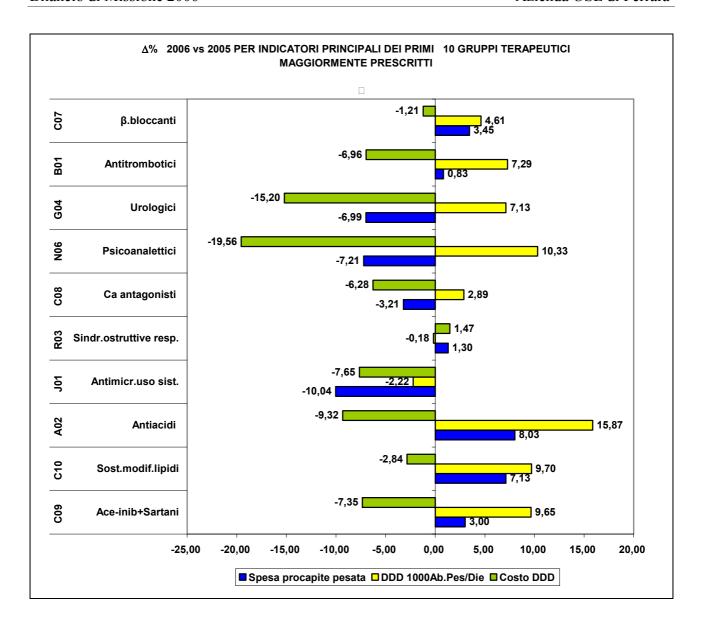




	CONFRONTI PRESCRIZIONE DEI PRIMI 25 GRUPPI TERAPEUTICI A > IMPORTO SPESA ANNO 2006 vs2005										
			Indicatori prescrizione						2006 vs 20	05	
			ANNO 2006			NNO 2005		A/0 2000 V3 2000			
ATC2	GRUPPI TERAPEUTICI	Spesa procapite pesata	DDD 1000Ab.P es/Die	Costo DDD	Spesa procapite pesata	DDD 1000Ab. Pes/Die	Costo DDD	Spesa procapite pesata	DDD 1000Ab. Pes/Die	Costo DDD	
C09	Ace-inib+Sartani	33,62	190,06	0,48	32,61	171,72	0,52	3,00	9,65	-7,35	
C10	Sost.modif.lipidi	20,07	58,74	0,94	18,64	53,05	0,96	7,13	9,70	-2,84	
A02	Antiacidi	17,28	34,01	1,39	15,89	28,61	1,52	8,03	15,87	-9,32	
J01	Antimicr.uso sist.	13,81	15,77	2,40	15,19	16,12	2,58	-10,04	-2,22	-7,65	
R03	Sindr.ostruttive resp.	12,00	32,37	1,02	11,85	32,42	1,00	1,30	-0,18	1,47	
C08	Ca antagonisti	10,83	60,76	0,49	11,18	59,01	0,52	-3,21	2,89	-6,28	
N06	Psicoanalettici	7,93	30,30	0,72	8,50	27,17	0,86	-7,21	10,33	-19,56	
G04	Urologici	6,58	22,40	0,80	7,04	20,81	0,93	-6,99	7,13	-15,20	
B01	Antitrombotici	6,38	75,30	0,23	6,33	69,81	0,25	0,83	7,29	-6,96	
C07	β.bloccanti	4,98	43,46	0,31	4,81	41,46	0,32	3,45	4,61	-1,21	
C01	Terapia cardiaca	4,30	40,29	0,29	4,78	42,71	0,31	-11,06	-6,02	-4,75	
M05	Bifosfonati	4,25	8,23	1,42	3,61	6,40	1,55	15,11	22,23	-9,15	
A07	Antimicr.intest.	3,83	5,53	1,90	3,65	4,92	2,03	4,85	11,01	-6,93	
N03	Antiepilettici	3,81	7,14	1,46	3,33	6,77	1,35	12,67	5,18	7,90	
M01	FANS	3,77	20,18	0,51	3,80	19,49	0,53	-0,96	3,41	-4,52	
C02	Antiipertensivi	3,63	11,11	0,89	3,74	10,78	0,95	-3,19	2,98	-6,36	
N04	AntiparKinson	3,07	3,28	2,57	3,12	3,28	2,60	-1,45	-0,07	-1,38	
S01	Oftalmologici	2,84	17,63	0,44	3,33	18,74	0,49	-17,20	-6,29	-10,26	
N02	Analgesigi	2,70	2,24	3,31	2,57	1,81	3,89	5,01	19,08	-17,39	
G03	Ormoni sessuali	2,60	21,42	0,33	2,78	23,10	0,33	-7,01	-7,83	0,76	
C03	Diuretici	2,50	50,54	0,14	2,55	49,54	0,14	-1,97	1,98	-4,03	
A10	Antidiabetici	2,06	18,75	0,30	2,00	17,36	0,32	3,16	7,44	-4,63	
J02	Antimicotici	1,72	0,66	7,10	1,90	0,62	8,40	-10,90	6,27	-18,33	
L02	Antineopl.Terapia Endoc	1,36	2,35	1,58	1,77	2,67	1,82	-30,63	-13,54	-15,05	
R06	Antiistaminici	1,05	6,30	0,46	0,96	5,36	0,49	8,71	14,93	-7,31	
	TOT.25 GR.TER.>IMP.SP	176,97	778,84	0,62	175,92	733,74	0,66	0,59	5,79	-5,52	

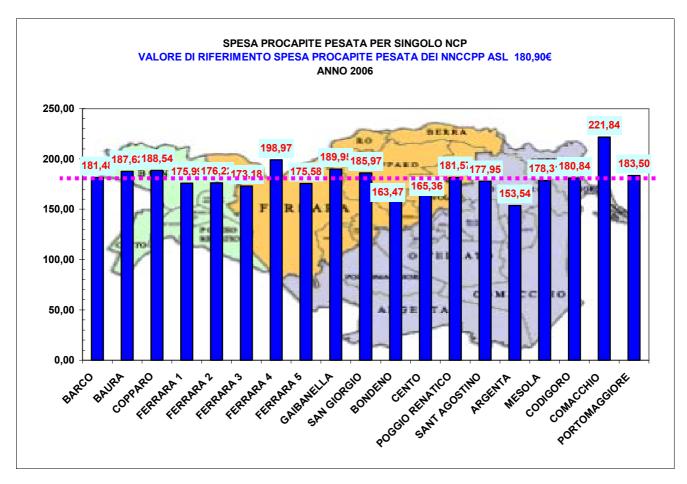
Dal confronto tra l'anno 2006 rispetto al 2005, sempre relativamente agli indicatori principali osserviamo un limitato incremento (+0,59%) della spesa procapite pesata sulla totalità dei primi 25 gruppi, un incremento pari al +5,59% della prescrizione e al contempo un calo del costo della DDD, determinato principalmente dal calo del prezzo dei farmaci, ma anche dall'utilizzo di molecole a minor costo e/o di farmaci generici. Nell'anno 2006, infatti, sono state inserite in commercio farmaci generici come il Lansoprazolo fra gli antiacidi, l'Enalapril tra gli ace-inibitori. Per gli antiepilettici invece si registra un incremento del costo DDD nonostante sia stato registrato il Gabapentin come generico; tale incremento determinato principalmente dall'introduzione di un nuovo farmaco dello stesso gruppo terapeutico, Pregabalin, dovrebbe subire un incremento nell'anno in corso a seguito delle limitazioni introdotte dalla nuova nota AIFA 4. Un incremento di consumo e di spesa, si registra per i farmaci del metabolismo osseo, bifosfonati.

Al contrario invece è da segnalare un significativo decremento sia in termini di spesa, che di prescrizione dei farmaci oftalmologici e dei farmaci antineoplastici, determinato principalmente dall'azione di sviluppo dell'attività di erogazione diretta, ulteriormente sviluppata nell'anno 2006.



Spesa Farmaceutica Distrettuale

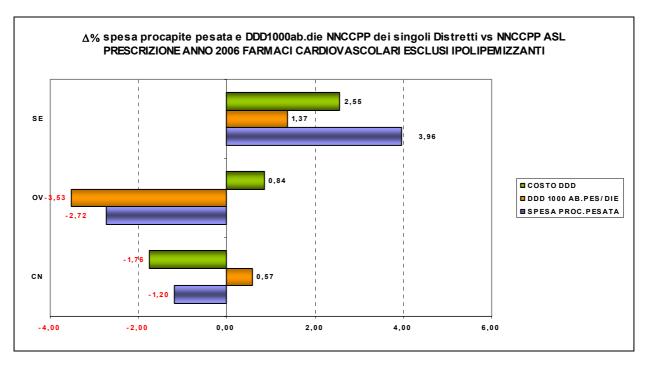
Viene di seguito illustrato il diverso comportamento prescrittivo dei medici di medicina generale attraverso la spesa procapite pesata per "nucleo di cure primarie" di appartenenza.

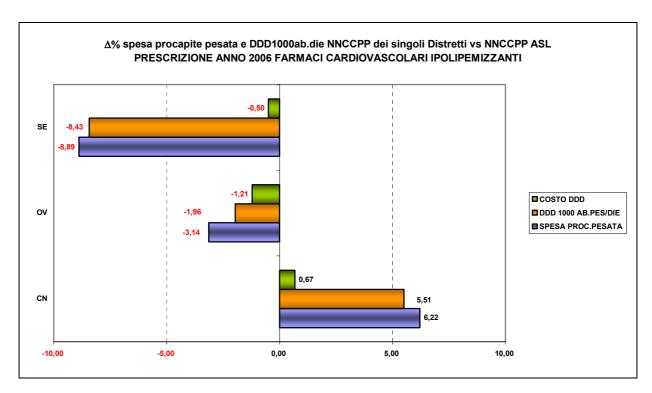


Come si può rilevare esistono evidenti comportamenti prescrittivi difformi tra nuclei, in particolare si nota il divario di spesa procapite pesata all'interno dello stesso Distretto Sud Est tra il nucleo di Argenta e quello di Comacchio (+44,48%).

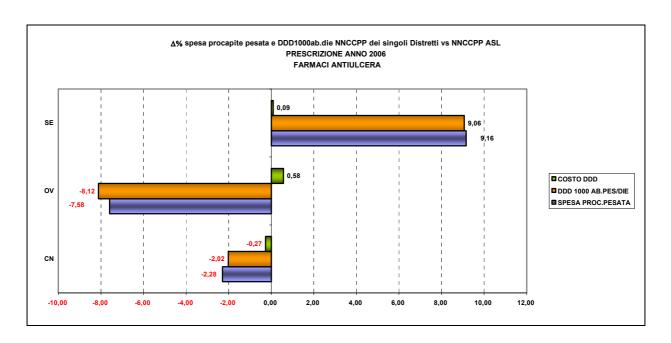
Spesa distrettuale per gruppi terapeutici

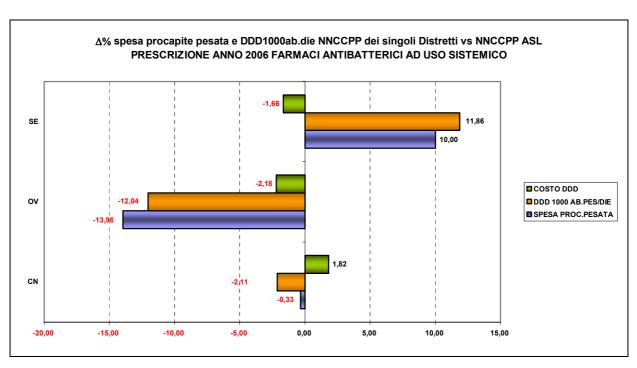
Si riportano di seguito le variazioni distrettuali di prescrizione, rispetto alla media aziendale, di alcuni gruppi terapeutici tra le più significative categorie di farmaci prescritti.

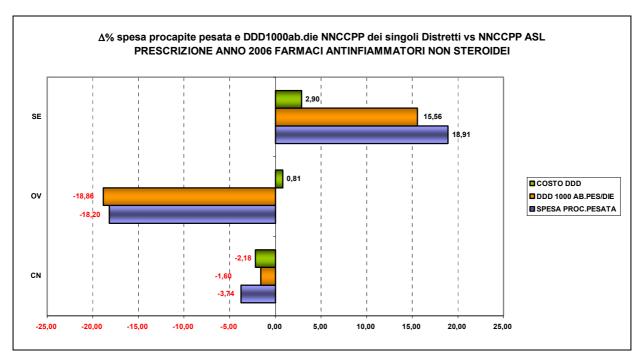


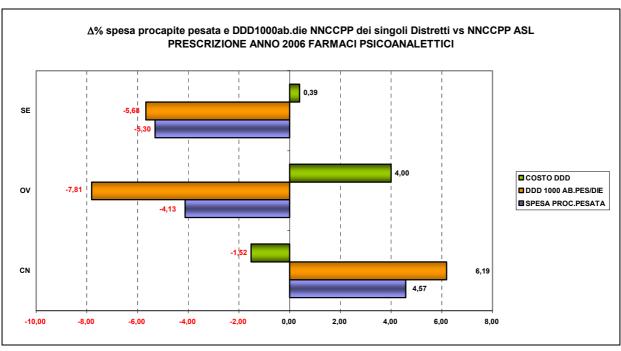


Capitolo 2

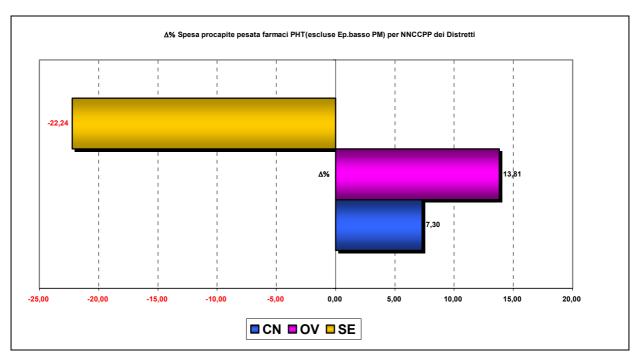


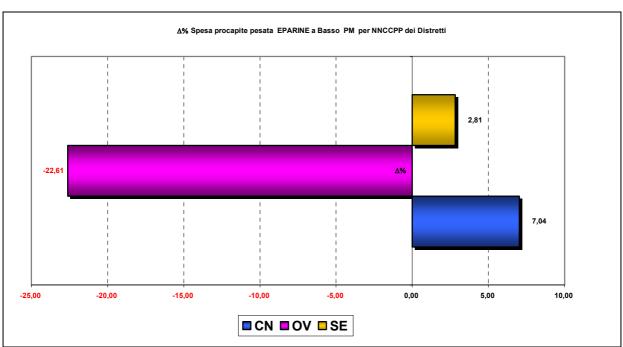






Capitolo 2

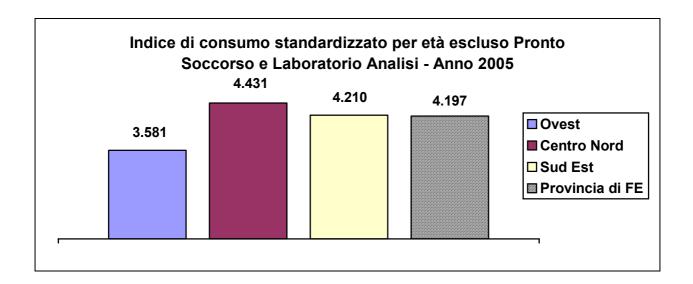


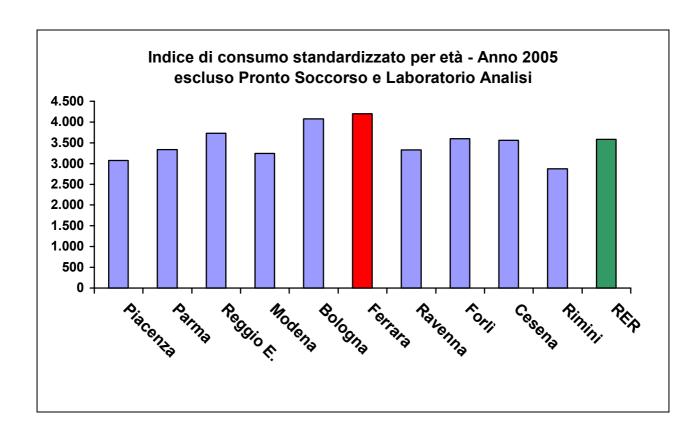


Assistenza specialistica

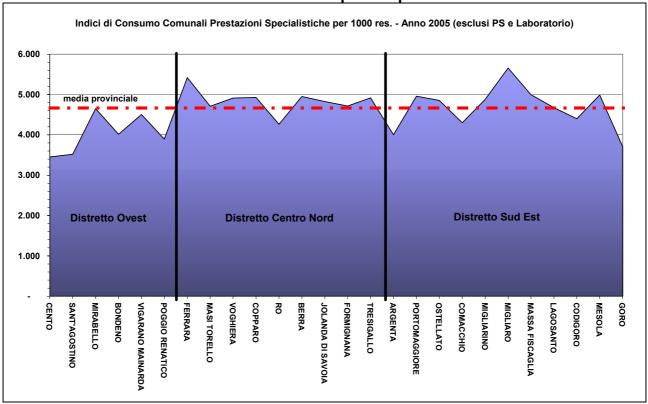
Il consumo

Il consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali viene rappresentato attraverso l'indice di consumo per 1.000 persone residenti. Tale indice non tiene conto della prestazioni fornite in sede di Pronto soccorso e di Diagnostica di Laboratorio.





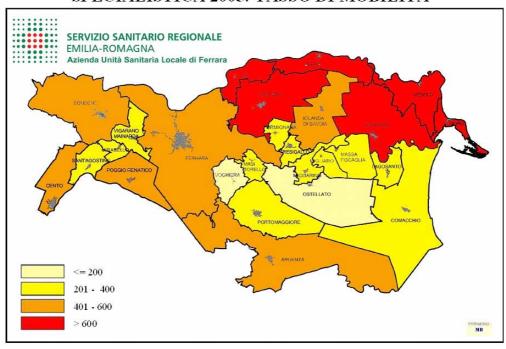




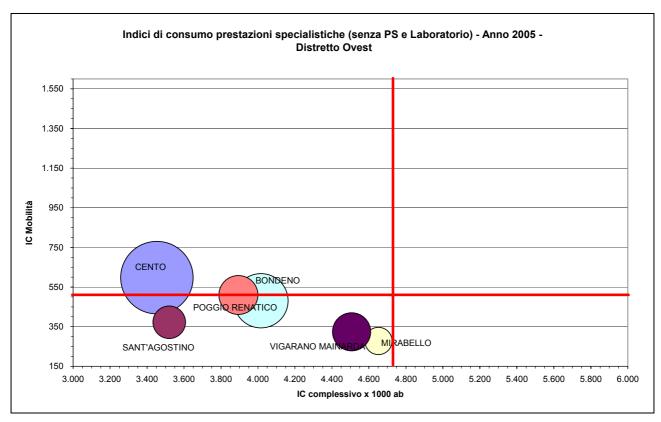
Tasso di consumo in mobilità per Comune

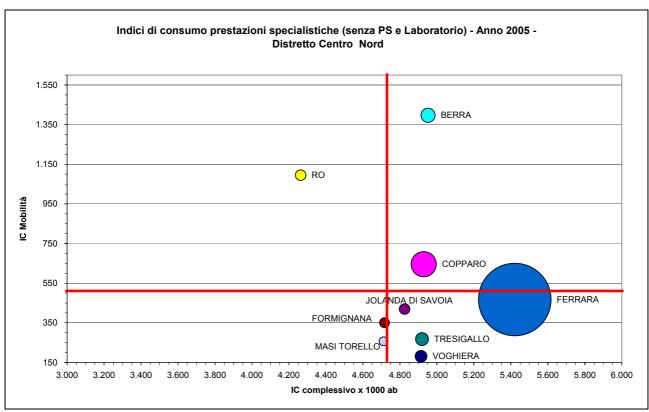
(per mobilità si intende verso strutture situate al di fuori della Provincia)

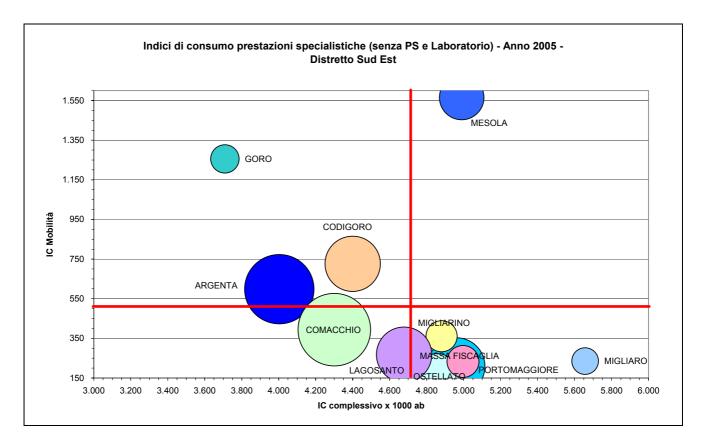
SPECIALISTICA 2005: TASSO DI MOBILITA'



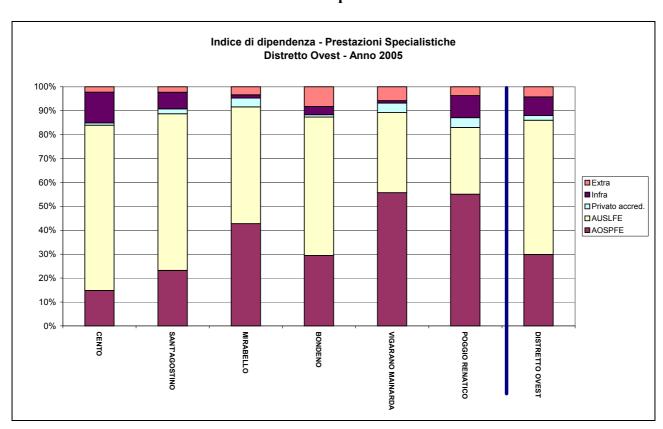
Correlazione tra consumo e mobilità (fuori provincia) in ogni singolo Distretto

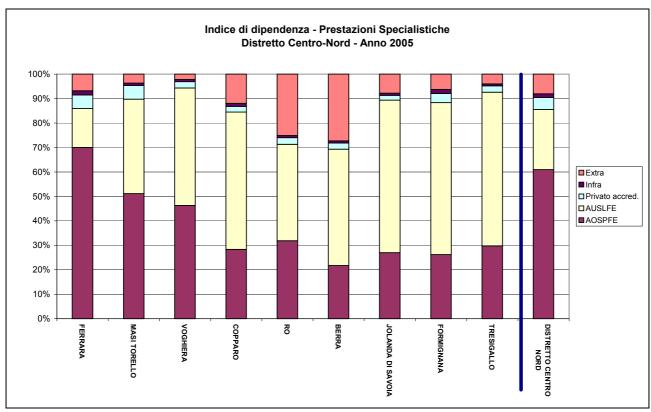


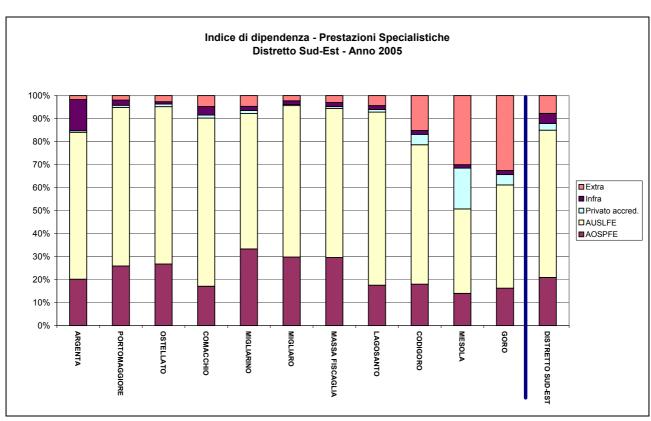




Indici di dipendenza







2.3.6 L'area Ospedaliera

L'assistenza ospedaliera dell'Azienda USL di Ferrara, si articola sul territorio provinciale nel seguente modo:

Area 1 (EST) comprendente gli ospedali del Delta, di Comacchio e di Argenta, **Area 2 (OVEST)** comprendente gli ospedali di Cento, di Copparo e di Bondeno;

e prevede sette **Dipartimenti**:

- 1. Chirurgia;
- 2. Medicina;
- **3.** *Materno Infantile;*
- 4. Emergenza;
- 5. Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica;
- **6.** Diagnostica di Laboratorio;
- 7. Medicina di Comunità di Copparo.

Posti letto

Posti letto per dipartimento ospedaliero, disciplina e struttura al 1/05/2006

	Argenta Cento Bondeno Copparo De		lta	Com	acchio	To	tale								
Dipartimento	Disciplina	Ord.	D.H.	Ord.	D.H.	Ord.	D.H.	Ord.	D.H.	Ord.	<i>D.H.</i>	Ord.	D.H.	Ord.	D.H.
Chirurgia	Chirurgia	16	1	23	1			10	8	23		5		77	10
	D.H. surgery						8				10		8		26
	Ortopedia	20	2	28	1					21				69	3
	Urologia			13	1					12				25	1
Emergenza	Terapia Intensiva	4		4						4				12	
	Osservazione intensiva														
Materno-	Ostetricia	8	1	19	2					18				45	3
Infantile	Ginecologia														
	Pediatria				2		2			8	2			8	6
Medicina	Cardiologia			11	1					10	2			21	3
	Geriatria					6								6	0
	Lungodegenza	26				34		30		33		20		143	
	Medicina	49	2	59	5		5	26	12	45	2	6	2	185	28
	Gastroenterologia									8		4		12	
	Oncoematologia											4		4	
	Medicina d'urgenza											5		5	
	Recupero, Riab.		6				6		8		6		5		31
	Funz.														
	Unità Coronarica			4						4				8	
Totale		123	12	161	13	40	21	66	28	186	22	44	15	620	111

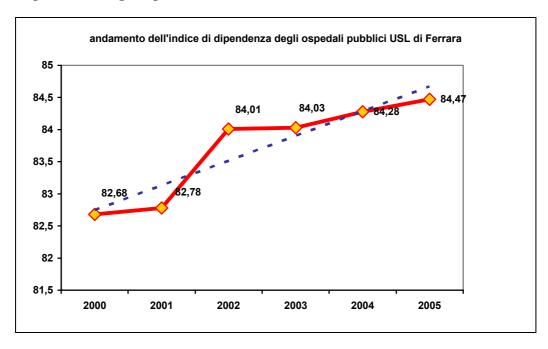
Complessivamente il sistema ospedaliero dell'Azienda USL di Ferrara è dotato di 731 posti letto (esclusi 30 posti letto di psichiatria), di cui 620 di ricovero ordinario e 111 di ricovero in regime di Day Hospital, e presenta di 17 discipline, articolate nei diversi stabilimenti.

Prendendo in considerazione anche i posti letto dell'azienda Ospedaliera e delle Case di Cura Private che insistono sullo stesso territorio, complessivamente la dotazione dei posti letto è la seguente:

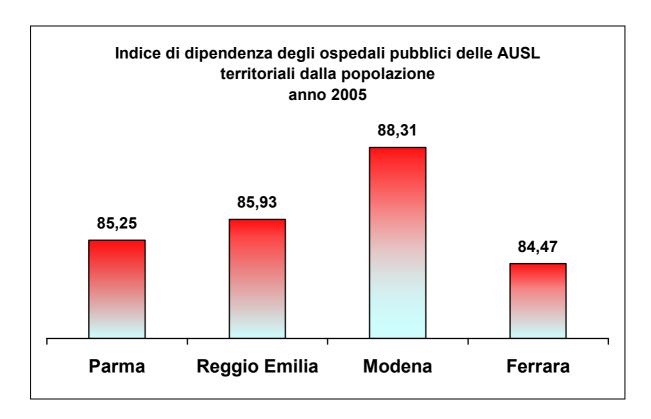
Riferimenti	2003	2004	2005
Posti letto dell'azienda USL di Ferrara	752	765	765
Di cui in lungodegenza e riabilitazione	181	174	174
Posti letto dell'azienda OSP di Ferrara	890	890	888
Di cui in lungodegenza e riabilitazione	81	81	83
Posti letto accreditati nelle Case di Cura	242	195	189
di cui in lungodegenza e riabilitazione	128	75	75
Totale di posti letto	1.884	1850	1842
di cui lungodegenza e riabilitazione	390	330	332
Dotazione media ogni 1.000 abitanti	5,11	5,09	5,24
di cui in lungodegenza e riabilitazione	1,0	0,95	0,95
Posti letto totali RER	21.129	21.155	21.397
di cui in Lungodegenza e Riabilitazione	3.320	3.568	3.768
Dotazione media ogni 1.000 abitanti RER	4,83	4,7	5,1
di cui in lungodegenza e riabilitazione	0,87	0,87	0,9

Nota: esclusa la psichiatria.

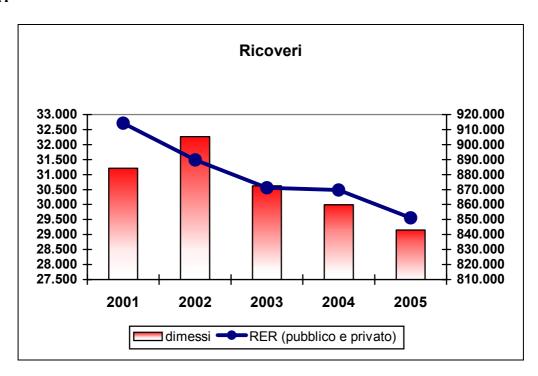
Indice di dipendenza degli ospedali



Nell'anno 2005 sono stati dimessi degli ospedali dell'Azienda USL di Ferrara complessivamente 29.156 persone (esclusi i nati sani), di cui 24.627 residenti nella provincia di Ferrara; il dato si traduce nel c.d. indice di dipendenza della struttura, che è pari all'84% e che negli anni ha segnato una crescita (vedi grafico), evidenziando una maggiore capacità attrattiva dei nostri ospedali verso i residenti.



Ricoveri

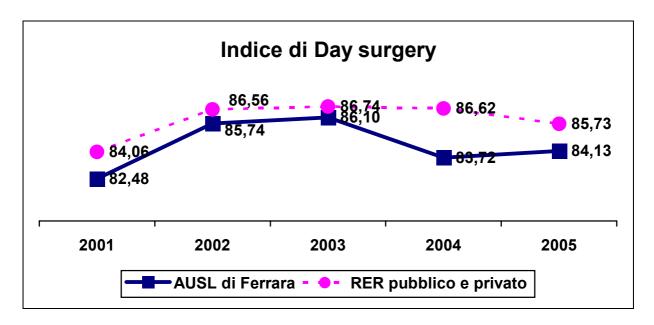


L'andamento generale dei ricoveri, sia in regime ordinario che diurno (Day Hospital), degli ospedali dell'Azienda USL di Ferrara, che fino all'anno 2002 ha fatto registrare una tendenza alla crescita, evidenzia dall'anno 2003 una controtendenza, con un calo dei ricoveri legato a una maggiore appropriatezza dell'uso della risorsa ospedaliera.

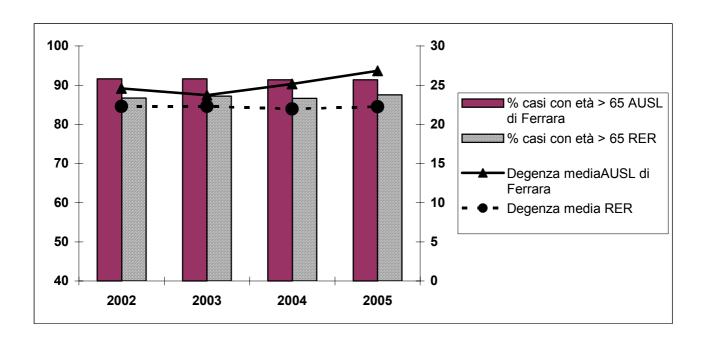
Per quanto riguarda la composizione per regime di ricovero abbiamo un 29% in diurno e un 71% in regime ordinario.

Day Surgery

La tendenza al trasferimento di parte della attività chirurgica verso tale forma di assistenza è testimoniata sia dall'incremento dei dimessi in Day Hospital di tipo chirurgico, che dall'INDICE DI DAY – SURGERY, che esprime la percentuale di dimissioni avvenute in Day Hospital e in regime ordinario di un giorno per ricoveri di tipo chirurgico.



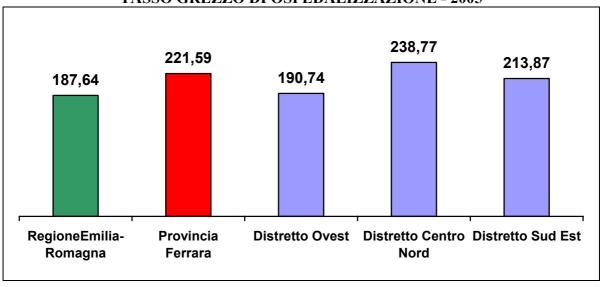
Lungodegenza



La degenza media più elevata (rispetto alla media regionale) delle strutture dell'AZIENDA USL di Ferrara, può essere originata dall'età più avanzata dei ricoverati, evidenziata dal "Tasso di occupazione degli over 65".

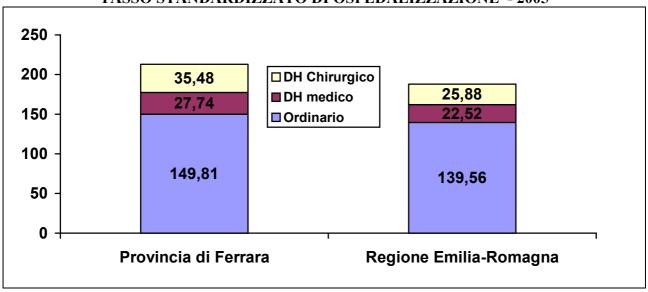
I consumi di assistenza ospedaliera dei residenti

TASSO GREZZO DI OSPEDALIZZAZIONE - 2005



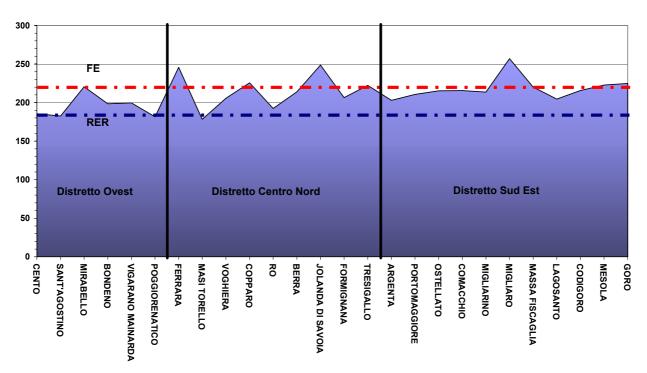
Il tasso provinciale di ospedalizzazione risulta il più elevato della Regione (sia in forma grezza, sia in forma standardizzata) e il suo trend si presenta relativamente stabile passando da 231,69 ricoveri per mille residenti a 221,58 in tre anni (nello stesso periodo la media regionale è cambiata dal 197,29 al 193,72). Esistono differenze molto significative all'interno degli stessi Distretti provinciali che raggiungono la massima rilevanza nel Distretto Centro Nord.

TASSO STANDARDIZZATO DI OSPEDALIZZAZIONE - 2005



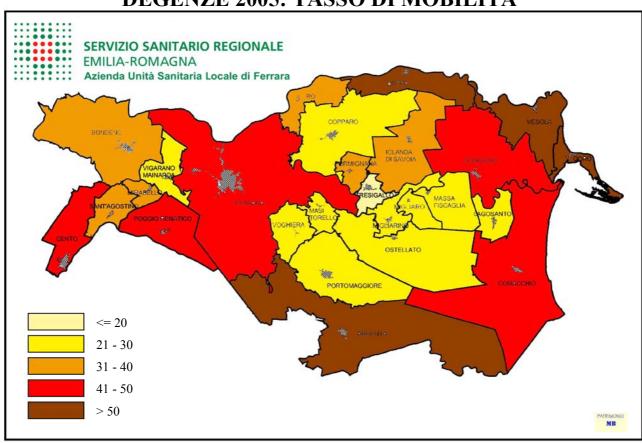
Appare evidente che la tipologia di consumo di ricovero per la quale la provincia di Ferrara si discosta maggiormente e significativamente dai valori medi regionali è indiscutibilmente quella del day hospital, per entrambe le sue caratterizzazioni (medica e chirurgica).

Tassi Grezzi di Ospedalizzazione Comunali - Anno 2005

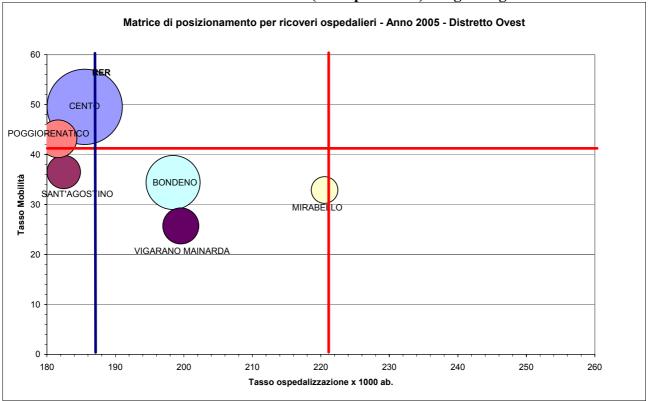


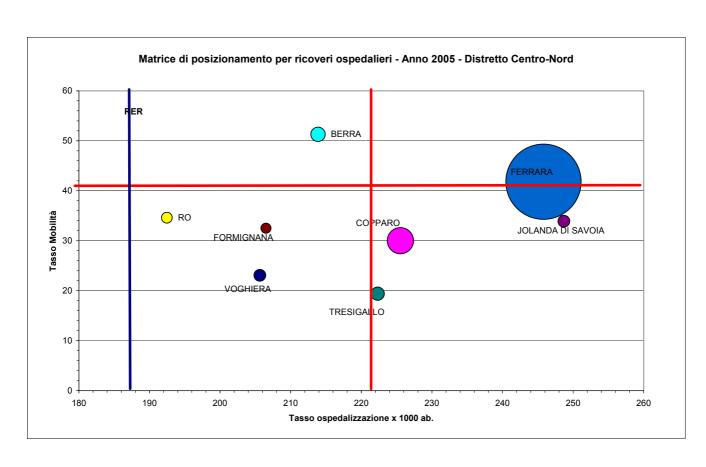
Tasso di consumo in mobilità per Comune (per mobilità si intende verso strutture situate al di fuori della Provincia)

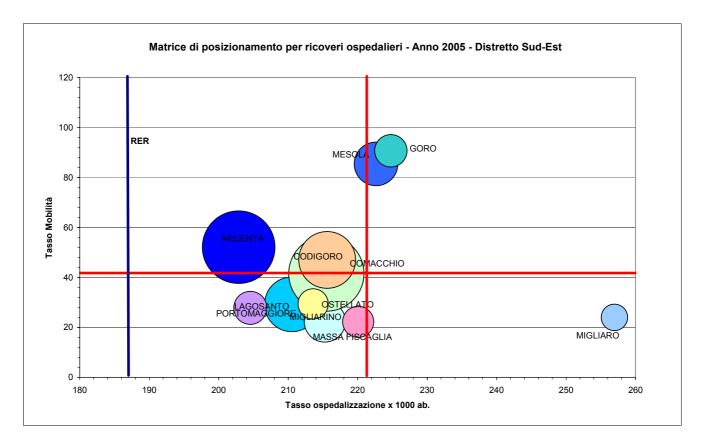
DEGENZE 2005: TASSO DI MOBILITA'



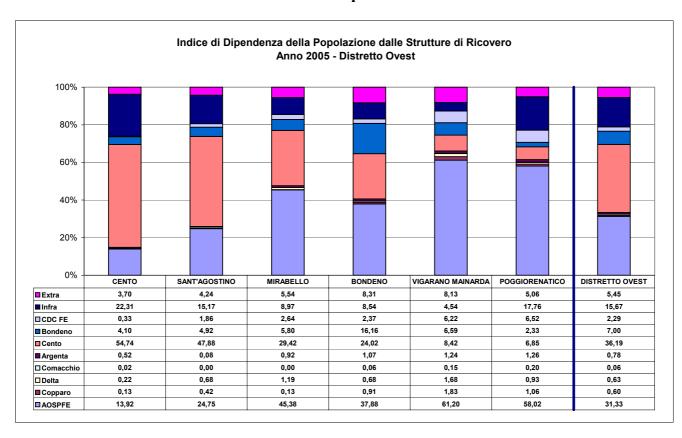


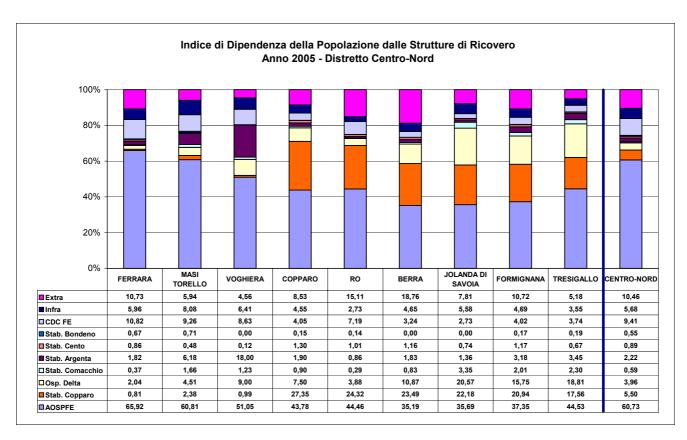


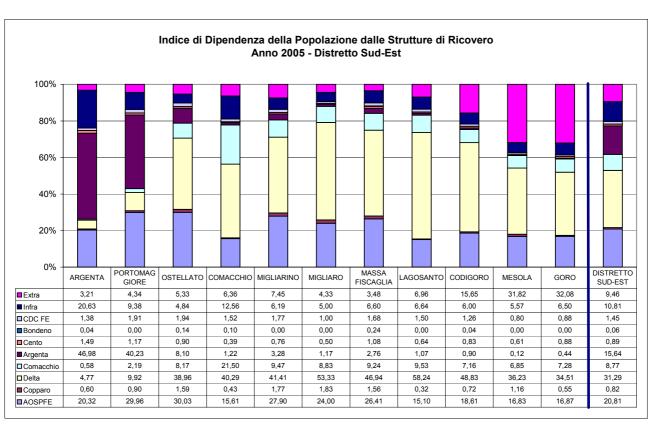




Indici di dipendenza







L'Emergenza

L'attività di **Emergenza Territoriale** ha il compito di attuare l'intervento sanitario in loco e se necessario effettuare il trasporto protetto del paziente all'ospedale di competenza.

L'attività di **Pronto Soccorso** ha il compito invece di svolgere attività di accettazione avendo come obiettivi stabilizzare il paziente critico, trattare il paziente acuto, effettuare ricoveri appropriati e rinviare al medico curante, dopo opportuno inquadramento/trattamento, i pazienti che non necessitano di ricovero.

Il codice di accesso stabilisce la **priorità** dell'invio agli ambulatori di Pronto Soccorso.

Codice rosso: paziente molto critico con priorità massima;

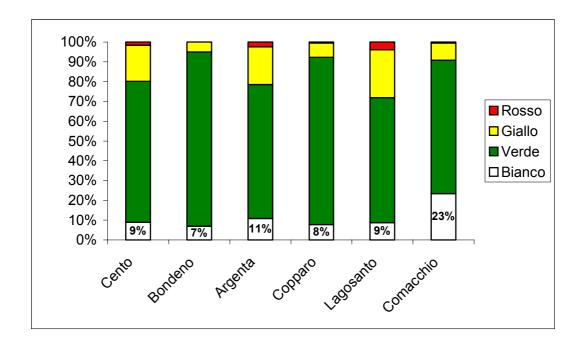
Codice giallo: paziente mediamente critico con priorità intermedia;

Codice verde: paziente poco critico con priorità bassa;

Codice bianco: paziente non urgente.

Attività del Pronto soccorso nell'anno 2006

Sede	N. di accessi con codice Bianco	N. di accessi con codice Verde	N. di accessi con codice Giallo	N. di accessi con codice Rosso
Cento	2044	16392	4206	385
Bondeno	344	4414	246	4
Argenta	1819	11357	3194	405
Copparo	690	7545	640	49
Delta	2466	17791	6860	1072
Comacchio	2892	8300	1083	61



2.3.7 Efficienza economica delle aree ospedaliera e specialistica

Il prospetto seguente evidenzia per ciascuna area significativa l'indice di copertura economica dei costi a essa direttamente riferibili. In particolare sono stati confrontati i costi diretti di primo e secondo livello con il relativo fatturato. Da tale confronto è stato possibile costruire l'indice di copertura dei costi, che se superiore a uno è positivo mentre se inferiore è negativo.

Le colonne del prospetto sono così composte:

- 1. Fatturato: valorizzazione della produzione secondo tariffe regionali;
- 2. Costi diretti: costi speciali attribuibili all'area non tengono conto dei costi della struttura ospedaliera attribuiti in forma indiretta (utenze, mense, servizi intermedi, ecc...);
- 3. Costi totali: costi diretti dell'intera struttura ospedaliera tengono conto anche dei costi esclusi nella precedente configurazione;
- 4. Indice: rapporto tra il fatturato e i costi totali.

			2005		
OSPEDALE	AREA	Fatturato	Costi diretti	Costi totali	Indice
	Ambulatori	901.917	1.822.037	2.765.771	0,33
	Degenze	14.007.758	9.553.599	15.399.134	0,91
	Laboratori x est.	1.617.568	1.597.866	1.797.419	0,90
	Pronto soccorso x est.	680.953	1.008.220	1.229.619	0,55
	Radiologia x est.	1.408.703	1.574.552	1.772.803	0,79
Argenta	TOTALE	18.616.899	15.556.274	22.964.746	0,81
	Ambulatori	2.232.864	3.099.991	4.749.923	0,47
	Degenze	23.416.322	18.905.437	28.587.418	0,82
	Laboratori x est.	1.826.840	1.666.692	1.830.305	1,00
	Pronto soccorso x est.	1.078.566	1.886.081	2.371.383	0,45
	Radiologia x est.	1.840.180	2.119.962	2.413.571	0,76
Cento	TOTALE	30.394.772	27.678.162	39.952.600	0,76
	Ambulatori	2.580.474	4.195.714	6.826.931	0,38
	Degenze	27.989.187	22.227.560	35.083.401	0,80
	Laboratori x est.	1.881.403	1.613.130	1.809.009	1,04
	Pronto soccorso x est.	1.636.743	3.622.690	4.535.677	0,36
	Radiologia x est.	3.613.518	4.289.022	4.686.468	0,77
Delta	TOTALE	37.701.325	35.948.117	52.941.486	0,71
	Ambulatori	1.151.052	1.835.344	2.927.775	0,39
	Degenze	6.221.095	4.219.247	6.945.272	0,90
	Laboratori x est.	1.331.586	583.492	682.352	1,95
	Pronto soccorso x est.	353.232	581.809	718.840	0,49
	Radiologia x est.	660.981	818.199	994.796	0,66
Copparo	TOTALE	9.717.946	8.038.091	12.269.035	0,79
	Ambulatori	6.866.307	10.953.086	17.270.400	0,40
	Degenze	71.634.362	54.905.843	86.015.225	0,83
	Laboratori x est.	6.657.397	5.461.179	6.119.085	1,09
	Pronto soccorso x est.	3.749.494	7.098.800	8.855.519	0,42
	Radiologia x est.	7.523.382	8.801.736	9.867.638	0,76
TOTALE	TOTALE	96.430.942	87.220.644	128.127.867	0,75

Una prima analisi dei valori contenuti evidenzia che:

- l'ospedale di **Argenta** presenta l'indice di copertura dei costi totali più alto rispetto agli altri ospedali (+0,81); questo ospedale risulta essere pertanto il più efficiente dell'azienda.
- l'ospedale di **Cento** peggiora la propria performance. L'indice di copertura passa infatti da 0,82 del 2004 a 0,76 del 2005. Il peggioramento è principalmente concentrato nell'area del laboratorio per esterni che passa da 1,37 del 2004 a 1,00 nel 2005. Il fatturato dell'area della degenza diminuisce senza che questo calo sia compensato da un aumento di fatturato nell'area ambulatoriale, che anzi peggiora un po'.
- l'ospedale di **Copparo** migliora la propria performance. L'indice passa da 0,77 del 2004 a 0,79 del 2005, principalmente per effetto del contributo dell'area di laboratorio per esterni che da un indice di 1,41 del 2004 passa a un indice di 1,95 del 2005;
- l'ospedale del **Delta** rimane costante, aumentando di poco e in modo pressoché proporzionale costi e fatturato.

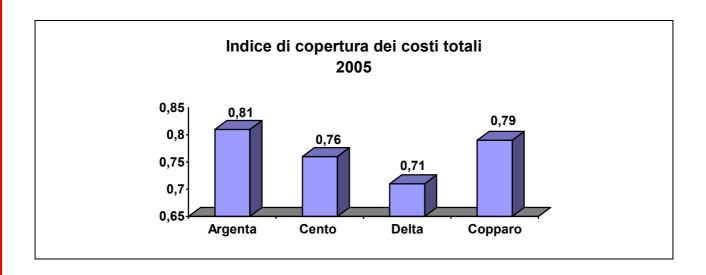
Esaminando la composizione per singola area si riscontrano differenze tra gli ospedali negli indici di copertura totale:

<u>Degenza</u>	
Argenta	0,91
Copparo	0,90
Cento	0,82
Comacchio/Delta	0,80

Nell'attività per esterni si rovesciano, come nel 2004, alcuni indici (Delta escluso)

Cento 0,61
Argenta 0,61
Copparo 0,66
Comacchio/ Delta 0,54

Coefficienti ottenuti dalla somma dell'attività non riferibile al ricovero



2.3.8 La Qualità dell'Assistenza

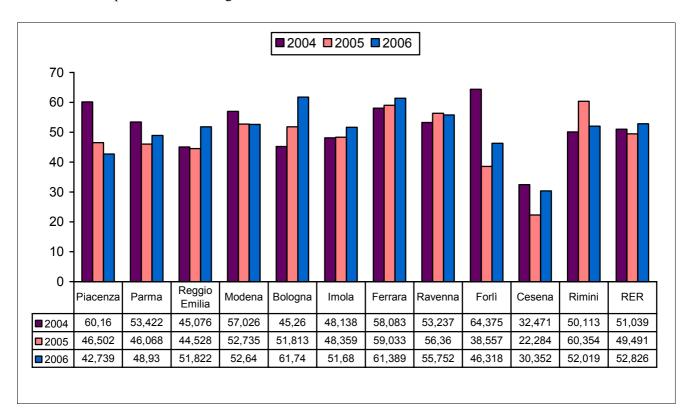
Indicatori di qualità

Indicatori di qualità legati al consumo di prestazioni ospedaliere dei cittadini ferraresi (2004)

Ciascun indicatore è soggetto a possibili bias (errori) legati alle modalità di raccolta dei dati e alla possibilità di correzione degli stessi, al fine di azzerare l'effetto delle differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni; quest'ultime originate da consuetudini, razze, usi e costumi, presenza di fattori etiologici diversi, etc.

L'uso di un indicatore di per sé non deve avvenire determinando nel lettore interpretazioni assolute; l'interpretazione dei dati deve invece avvenire in un contesto multidimensionale al fine di permettere la visione complessiva del sistema analizzato nei suoi più variegati aspetti.

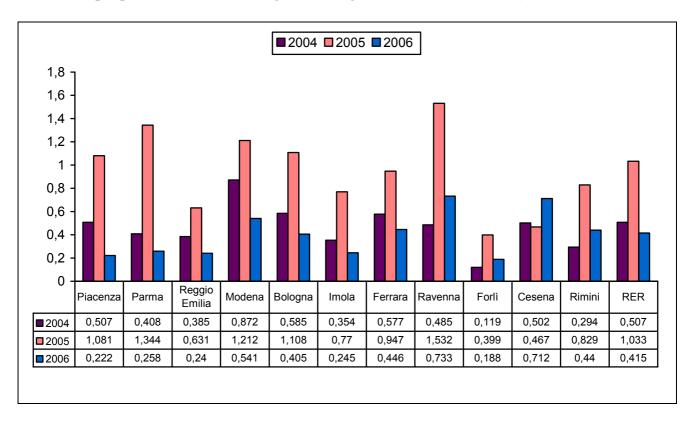
Nati con basso peso alla Nascita ogni 1.000 neonati residenti



Questo indicatore mette in evidenza un problema di accesso alle cure pre-natali risultando correlato alle condizioni socio-economiche della popolazione di riferimento e tendendo a zero man mano che queste ultime aumentano.

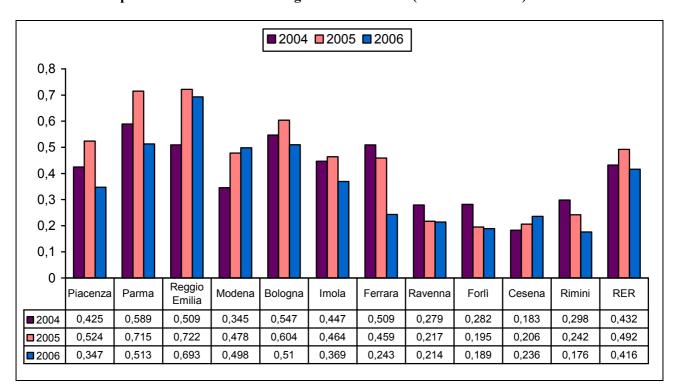
Non è un indicatore utilizzato per valutare la qualità degli ospedali cui una popolazione afferisce, ma si riferisce alla popolazione stessa, risultando correlato a diversi fattori di rischio (età, razza, fumo, stress, droghe, etc) per i quali, peraltro, sarebbe richiesta una procedura di risk-adjustment al fine di aumentarne la specificità.

Dimissioni per polmonite e influenza negli anziani ogni 1.000 residenti anziani (>= 65 anni di età)

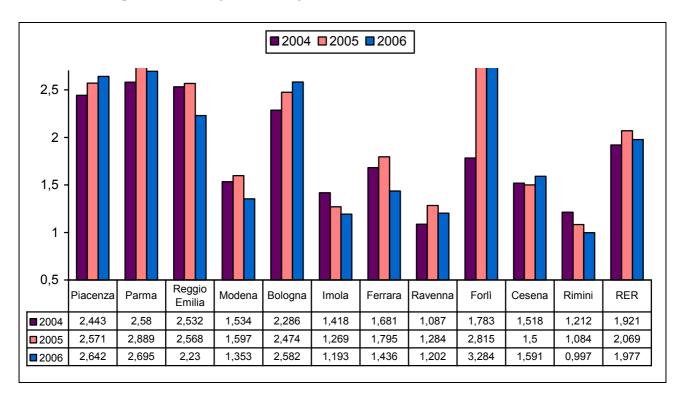


Tale indicatore di qualità dell'assistenza fornisce indicazioni circa l'orientamento di un sistema sanitario a prevenire ricoveri per polmonite pneumococcica o influenza; per queste patologie esistono infatti oggi vaccini molto efficaci. La considerazione che segue è di tipo indiretto: più il tasso di ricovero specifico risulta elevato, minore risulterebbe il tasso di vaccinazione nei pazienti di riferimento.

Diabete con complicazioni a breve termine ogni 1.000 residenti (>= 18 anni di età)

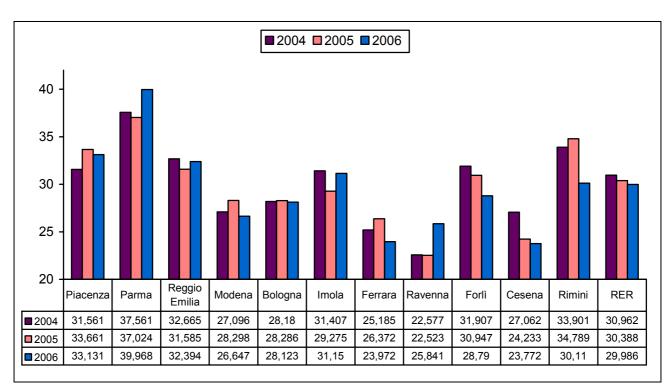


Diabete con complicazioni a lungo termine ogni 1.000 residenti (>= 18 anni di età)

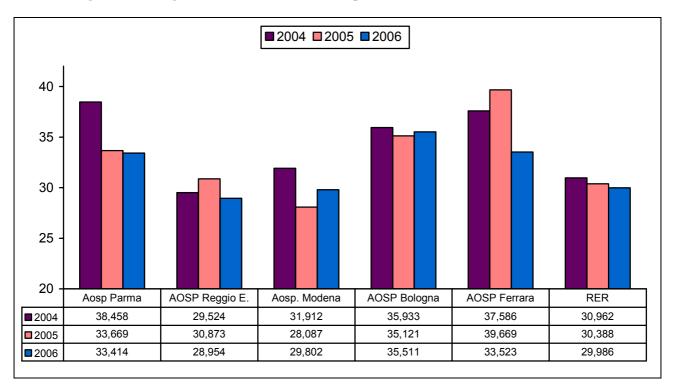


Questi indicatori ci forniscono un'idea dell'effetto preventivo esercitato, o meno, dal sistema sanitario di riferimento sulle complicanze relative alla patologia dismetabolica cronica più diffusa nel mondo, il diabete; la corretta gestione del paziente avrebbe, infatti, un effetto inversamente proporzionale rispetto ai relativi tassi specifici di ospedalizzazione.

Parti con taglio cesareo ogni 100 dimessi da Aziende USL

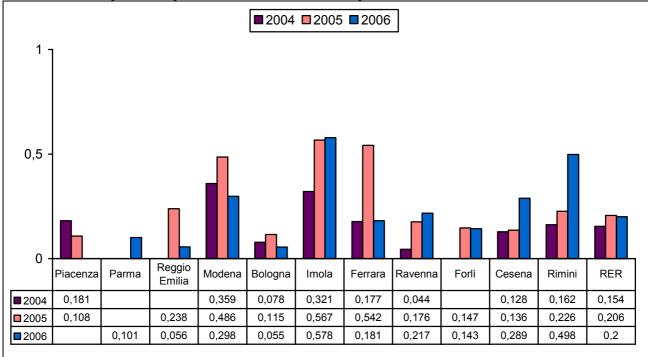


Parti con taglio cesareo ogni 100 dimessi da aziende ospedaliere

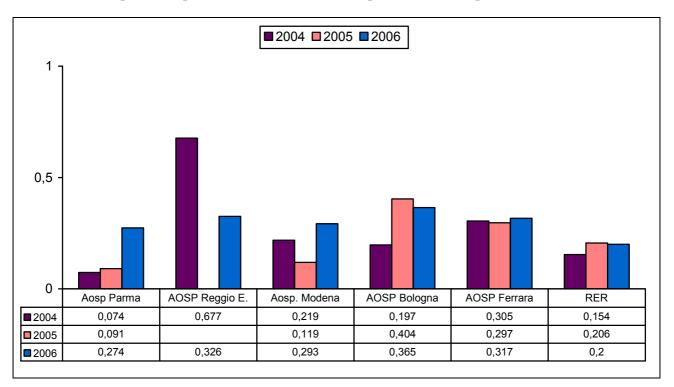


L'analisi di questo indicatore ci permette di riconoscere, al di là delle sempre possibili differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni, il sostanziale orientamento dell'equipe alla cui attività si riferisce; nonostante l'elevata percentuale di cesarei non rappresenti in assoluto una misura di inappropriatezza, la valutazione della variabilità tra diversi ospedali (oltre al confronto con standard nazionali e internazionali) può consentire l'identificazione di aree in cui può essere ridotta.



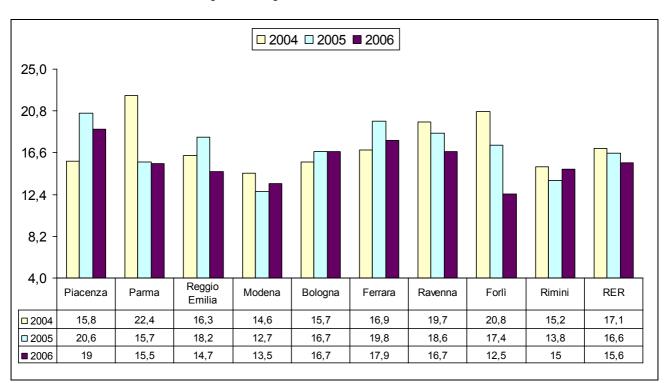


Mortalità intraospedaliera per interventi a basso rischio presso aziende ospedaliere



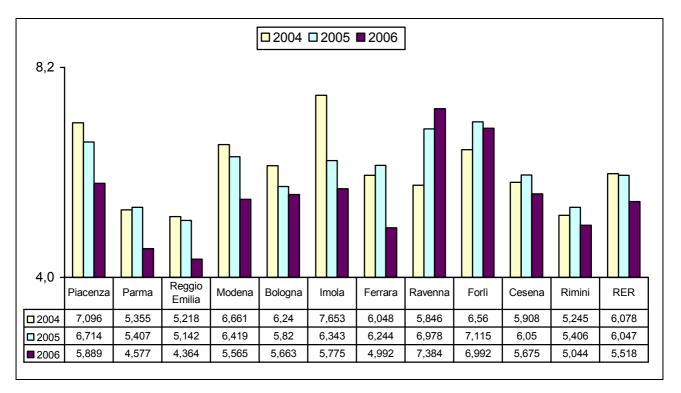
Come per tutti gli indicatori, ancor più in particolare per quelli riguardanti la mortalità, questi dati vanno interpretati tenendo presente il case-mix del singolo ospedale (complessità media dei casi trattati) e l'orientamento clinico della singola equipe. Tale affermazione trova riscontro nelle cospicue differenze tra Aziende e tra anni di attività all'interno delle stesse.

Percentuale di mortalità intraospedaliera per infarto miocardico acuto



È stato il primo indicatore messo a punto per valutare qualitativamente l'efficacia degli interventi sanitari. La valutazione di esito – la morte del paziente – è comunque molto grossolana e le eventuali differenze tra una realtà e l'altra vanno necessariamente valutate su grandi casistiche per risultare significative.

Ospedalizzazione evitabile ogni 1.000 residenti



Questo indicatore, pur risultando molto specifico, rappresenta l'effetto della prevenzione messa in atto dai sistemi sanitari ai fini del contenimento dei consumi di prestazioni sanitarie in ambiente non adeguato rispetto alla domanda. Tale indicatore è costituito dal tasso di ricoveri ospedalieri avvenuti per patologie trattabili in altro regime prestativo (es. ipertensione, arteriosclerosi, asma, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, etc); pertanto più risulta elevato e meno evidenti sarebbero gli effetti degli interventi preventivi messi in atto.

Tempi di attesa per prestazioni sensibili

Le prestazioni specialistiche TEMPI D'ATTESA EFFETTIVI PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PROGRAMMABILI A CARICO DEL SSN

AZIENDA USL di Ferrara	Visite AUSL	Visite RER	Diagnostica AUSL FE	Diagnostica RER
	FE			
Entro 1-30 gg	71,56	50,78	80,08	53,15
Entro 1-45 gg	92,94	64,39	96,81	67,36
Entro 1-60 gg	99,06	72,92	99,45	76,47
Entro 1-75 gg	99,53	79,69	99,82	83,37
Entro 1- 90 gg	99,72	85,51	99,95	88,36
Oltre 90 gg	0,28	14,49	0,05	11,64

[%] Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private -Anno 2005-escluso PS

Fonte: banca dati regionale <u>ASA</u>

L'area ospedaliera

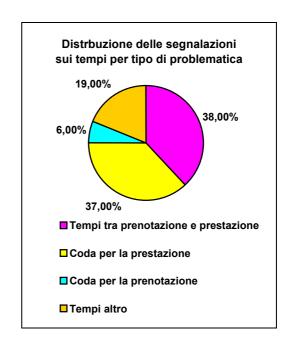
Ricoveri programmati a carico del SSN – TEMPI DI ATTESA OSPEDALI – Anno 2006

	Т	otale :	ricove	ri		% (gg.		% 1-30 gg.				% 1-90 gg.					% 1-1	80 gg.	
	A. USL FE	A. OSP FE	Priv. FE	R. E.R.																
Int. cataratta	1	286	148	9278	0	4,2	64,9	4,1		69,3	88,5	41,6	0	95,3	100	77	0	99,3	100	96,8
Chemio- terapia	501	1002		24091	39,3	88,8		35,8	96,4	94,6		92,2	99	97,3		99	99	97,3		99,3
Coronaro grafia	92	180		5728	35,9	27,2		8,9	62,7	87		81,9	93,2	96,9		96,7	96,6	98,5		98,6
Int. con neoplasia colon retto	129	182	4	3219	6,2	15,9	100	5,5	95	88,2	0	84,8	100	98,7		97,2	100	100		99,2
Int. neoplasia mam- mella	75	308	2	4792	1,3	12,7	50	3,7	89,2	81	100	87,8	100	99,3	100	98	100	100	100	99,3
Int. protesi d'anca	382	78		6370	0,8	15,4		6,9	7,7	9,1		20,2	33,8	98,7		48,2	80,5	97		74,7
Int. neoplasia polmone		83		786		4,8		5,9		79,7		83,5		72,7		98,9		100		99,6

Monitoraggio:

- a- del grado di non rispetto dei tempi massimi stabiliti;
- b- del grado di insoddisfazione della tempistica prevista dal percorso

Segnalazioni sui tempi - 2006	N°
Tempi – Altro	4
Orari di apertura dei servizi	2
Coda per la prenotazione	4
Tempi di attesa tra prenotazione e prestazione	23
Coda per la prestazione	22
Tempi di attesa per ricevere documentazioni, presidi, ausili	5
Totale	60



Capitolo 3 – Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

I risultati raggiunti

3.1 La centralità del cittadino

3.1.1 Coinvolgimento dei cittadini nei processi di programmazione e valutazione

• La valutazione della qualità percepita

Nell'anno 2006 è stata effettuata un'indagine sulla qualità percepita da parte dei pazienti di tutte le Unità Operative che afferiscono al Dipartimento di Medicina con lo scopo di monitorare il grado di soddisfazione, estrapolare eventuali criticità e, in relazione a esse, mettere successivamente in atto progetti di miglioramento. Come strumento per la rilevazione è stato utilizzato, nelle Unità Operative di degenza, il questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in Ospedale, proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna, che consente una valutazione sull'esperienza di ricovero, sul personale, sia medico che infermieristico, sugli aspetti organizzativi, sugli ambienti, sui servizi di contorno e sul rispetto della privacy tramite domande che permettono sei differenti tipi di giudizio che vanno complessivamente dal molto scadente al **molto buono**. Nei servizi ambulatoriali, per la particolarità del contesto da indagare (moduli organizzativi di riabilitazione) ci si è avvalsi invece di un questionario alla cui stesura ha provveduto l'Azienda USL; le aree tematiche indagate sono l'informazione, il rispetto degli orari, disponibilità e cortesia del personale, tutela della privacy, rispetto del senso di pudore, igiene dei bagni, dei locali e della biancheria. Sia nelle Unità Operative di degenza che nei servizi ambulatoriali il questionario è stato consegnato a tutti i pazienti al momento della dimissione dal personale sanitario che ha provveduto a informare sugli scopi della rilevazione, a rassicurare i pazienti circa il mantenimento dell'anonimato e alla raccolta dei questionari compilati. Sono state effettuate 4 rilevazioni, a cadenza trimestrale, ciascuna della durata di un mese (aprile, luglio, ottobre 2006 e gennaio 2007). Nelle Unità Operative di degenza (cardiologia, medicina, lungodegenza) sono stati compilati 1072 questionari, con una percentuale di partecipazione di circa il 70% dei pazienti sul totale dei dimessi; nei servizi ambulatoriali i questionari compilati sono stati 802 con un'adesione del 90% degli utenti. Al termine dell'indagine che si è da poco conclusa e che ha rivelato un giudizio sul Dipartimento di Medicina complessivamente tra il "buono/molto buono" nel 70% dei casi, i report con l'elaborazione dei dati sono stati inviati a tutte le Unità Operative interessate e i risultati sono già stati illustrati al Comitato di dipartimento e ai Coordinatori infermieristici di Unità Operative; sono in programmazione gli incontri con i Comitati Consultivi Misti.

3.1.2. Condizioni che garantiscono l'accesso del cittadino ai servizi e la qualità delle prestazioni

• La cartella clinica informatizzata

Le politiche di governo dei sistemi sanitari, a livello locale e regionale, stanno spostando sempre più l'attenzione sul paziente quale punto di convergenza delle azioni cliniche, assistenziali, amministrative e comunicative intraprese. D'altra parte le esigenze conoscitive manifestate dai livelli di governo, inizialmente incentrate sui dati di tipo epidemiologico-contabile per il controllo della spesa, stanno progressivamente trasferendosi verso l'ambito clinico in quanto dettate dalle necessità di miglioramento della qualità espressa dal servizio.

I sistemi informativi delle aziende devono perciò evolvere sempre più verso una architettura centrata sul paziente ed essere in grado di gestire un contenuto orientato alla dimensione clinica.

In linea con queste tendenze, l'Azienda USL di Ferrara intende progettare e realizzare un sistema informatico di gestione del dato clinico (Cartella Clinica Elettronica) che costituisca uno strumento utile sia per gli operatori sanitari, al fine di facilitare e migliorare i processi di diagnosi e cura, sia per il management aziendale quale supporto alle decisioni per il miglioramento della qualità del servizio.

L'approccio scelto dall'Azienda USL punta alla ricerca di una soluzione che integri le diverse componenti applicative presenti nell'attuale sistema informativo aziendale, secondo logiche della cooperazione applicativa e degli standard per l'informatica in Sanità. Ciò allo scopo di salvaguardare gli investimenti in Information and Communication Technology già sostenuti e di permettere una crescita progressiva, modulare e coerente del sistema anche nel medio-lungo periodo.

Ulteriori fattori che possono determinare il successo dell'introduzione della Cartella clinica elettronica sono la flessibilità dello strumento informatico utilizzato, per facilitare la verticalizzazione che conduce alle cartelle specialistiche, e la ricerca di tecnologie che semplifichino le modalità di immissione dei dati (Tablet Pc e reti Wireless), per una registrazione dell'informazione in tempo reale e che riproduca il più possibile le normali modalità di lavoro basate sull'utilizzo degli attuali supporti cartacei.

Obiettivo finale del progetto è di passare da una gestione settoriale dell'informazione clinica (gestione del ricovero, trasmissione richieste e referti di laboratorio e radiologia, ecc.) a una sua gestione integrata intra ed extra-ospedaliera attraverso due fondamentali realizzazioni:

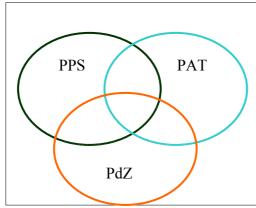
- l'integrazione della gestione intraospedaliera tramite la cartella clinica elettronica, intesa come risultato finale della registrazione di tutte le informazioni rilevanti ai fini dell'iter dell'assistito all'interno dell'ospedale;
- l'integrazione con le attività extraospedaliere attraverso l'attivazione di flussi informativi che, utilizzando le funzionalità sviluppate dal Progetto SOLE, consentano la visione e aggiornamento delle informazioni cliniche relative allo specifico utente da parte del medico di medicina generale.

3.2. La partecipazione degli Enti Locali alla programmazione

3.2.1. La programmazione condivisa

• La progettazione partecipata dei Piani per La Salute

Nel 2006 è stato promosso l'avvio di un percorso di integrazione della pianificazione di Piani per la Salute, PAT (Programma delle Attività Territoriali) e PSZ (Piani Sociali di Zona) nel Distretto Centro Nord, finalizzata alla identificazione e creazione di sinergie. La metodologia adottata si fonda sul confronto delle attività e servizi, sull'integrazione di conoscenze, azioni, attori.



Schema grafico di integrazione tra Piani

L'integrazione strategica

L'integrazione strategica, finalizzata alla nuova progettazione, individua il Comune di Ferrara, quale interlocutore adeguato per sperimentare il cambiamento. La premessa operativa è stata l'allineamento dei tempi di pianificazione di Piani per Salute e Piani di Zona.

L'obiettivo di tale sperimentazione consiste nell'avviare un percorso di pianificazione poliennale che colga le specificità del capoluogo come luogo in cui si possono operare scelte di azioni efficaci, partecipate e condivise, orientate al miglioramento di salute e benessere della popolazione.

Lo strumento necessario è la costruzione del Profilo di Salute-Benessere del Comune di Ferrara con la partecipazione di attori del sistema sanitario, sociale e dell'associazionismo ("Laboratorio Profilo").

La Giunta comunale ha commissionato e supportato il percorso attraverso l'individuazione degli ambiti di ricerca o domini, individuati secondo criteri che identificano problemi, privilegiando un approccio orientato alla prevenzione e trasversale ai target di popolazione.

Sono stati selezionati i seguenti domini:

- ✓ Salute e condizioni di vita degli immigrati;
- ✓ Salubrità e adeguatezza delle abitazioni;
- ✓ Disoccupazione e precarietà;
- ✓ Invalidi permanenti e qualità di vita;
- ✓ Ambiente e salute;
- ✓ Sicurezza stradale e mobilità urbana;

Al "Laboratorio Profilo" hanno preso parte uno statistico dell'Unità Operativa Piani Per la Salute, un epidemiologo del Modulo di Epidemiologia del Dipartimento di Sanità Pubblica, un epidemiologo dell'Osservatorio per le tossicodipendenze, un componente del tavolo Piani Sociali di Zona, due statistici dell'Area statistico-demografica del Comune di Ferrara, un rappresentante del Terzo Settore.

Il percorso è stato concluso nel 2006 e il documento è stato presentato in sede di Giunta e di Commissione Sanità.

3.2.2 Forme dell'integrazione socio sanitaria

• La rete degli sportelli sociali dei Comuni

Si è concluso positivamente l'avvio della sperimentazione – Azienda USL Comune di Ferrara – destinata ad attivare una serie di "**sportelli unici" socio sanitari** afferenti all'area anziani; disabilità adulta e immigrazione. Riducendo il numero degli sportelli monosettoriali precedentemente in essere e costituendo un numero assai minore (6) di sportelli polivalenti si è ottenuto di:

- rendere più semplice al cittadino/utente, la individuazione dello sportello cui rivolgersi;
- rendere meno disagevole la ricerca dei "punti" di informazione complessivamente in grado di soddisfare le varie esigenze informative espresse dall'utente che non deve più affannarsi a comporre il "puzzle" costruibile con i pezzi acquisiti da una pluralità di sportelli fortemente parcellizzati e non interconnessi, ma ricevere la totalità delle informazioni di natura assistenziale e amministrativa; relative ad aspetti sanitari e sociali; etc.... da un unico interlocutore polivalente;

• trasformare gli sportelli da luoghi in cui il cittadino ottiene una risposta secca a una domanda diretta e immediata a "portali" di accesso al sistema, capaci di operare una pre -presa in carico orientando le situazioni di maggiore problematicità verso i servizi più appropriamente capaci di farsene carico.

Una tale, corposa, reimpostazione del front-office socio sanitario ha richiesto un minuzioso lavoro di ricognizione delle tipologie informative precedentemente espresse da ogni sportello e un impegnativo percorso addestrativo di tutto il personale destinato ad acquisire una molteplicità di nuove conoscenze per poter svolgere il ruolo di interlocutore unico, globalmente in grado di esprimere ogni, possibile risposta.

• I percorsi integrati per l'adozione

La mancanza di una procedura operativa unificata nelle attività psicosociali di tutela dei minori ha costituito in passato motivo di criticità che si esprimeva nella disomogeneità delle pratiche di lavoro e della competenza quotidiana. Questa criticità è stata affrontata a partire dall'anno 2004 nell'ambito della provincia di intesa con gli enti titolari e gestori delle funzioni in materia di minori, l'Azienda USL, i soggetti del terzo settore, il Centro Giustizia Minorile di Bologna, la Prefettura, la Questura e il Centro Servizi Amministrativi attraverso la costituzione del tavolo minori per la promozione e il coordinamento di politiche di accoglienza e sostegno alla tutela dei minori. In particolare il tavolo minori ha rivolto l'attività in tre direzioni:

- sostegno alle politiche di tutela dei minori (abuso e maltrattamento);
- adozione nazionale e internazionale;
- affidamento familiare.

Sostegno alle politiche di tutela dei minori

Negli anni 2005-2006 si è lavorato su due grossi filoni: l'integrazione tra Servizi Sociali e SMRIA (Salute Mentale Riabilitazione Infanzia Adolescenza) e l'integrazione fra le Istituzioni scolastiche e i Servizi Sociali.

A seguito di un fattivo confronto e dopo un lavoro di concertazione tra le varie parti sociali che intervengono negli ambiti di riferimento sono stati redatti due documenti. Il primo dal titolo "Procedura unificata e condivisa dei rapporti tra Servizi Sociali della Provincia e SMRIA per l'attività Socio Sanitaria integrata per minori" adottato con determina aziendale n. 1 del 03/02/06. Lo stesso protocollo è stato inserito nella pagina Web dell'azienda.

Il secondo dal titolo "Linee guida per i rapporti tra i Servizi Sociali e le Istituzioni scolastiche in presenza dei minori che si trovano in situazione di pregiudizio" il documento è stato approvato dalla Conferenza Socio Sanitaria e successivamente è stato presentato agli Operatori Socio Sanitari e Scolastici del territorio provinciale con incontri formativi allo scopo organizzati per diffondere una informazione il più capillare possibile sulla cultura della tutela del minore.

Adozione nazionale e internazionale

In continuità con i temi trattati negli anni precedenti sono proseguite le iniziative già intraprese sulla tematica del post adozione e sui corsi di preparazione e formazione delle coppie candidate all'adozione in collaborazione con gli Enti autorizzati. Sono stati presi contatti con studiosi e ricercatori per implementare una ricerca sul tema "Analisi e valutazione dei fattori di rischio nel post-adozione".

Affidamento familiare

Negli anni 2005-2006 è stato predisposto concertato e diffuso il protocollo operativo sull'affido realizzato in collaborazione con l'Associazione Dammilamano di Ferrara. Sono state realizzate nella Provincia campagne di sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza aventi lo scopo di supportare e favorire la crescita dell'istituto dell'affido in tutte le sue forme.

3.3 L'universalità e l'equità di accesso

3.3.1. Condizioni di accesso omogenee, di qualità e rispettose dell'appropriatezza

• L'offerta dei servizi socio sanitari e le liste di attesa

Nel corso dell'anno **2006**, in attuazione delle direttive regionali si è dato avvio alla sperimentazione del FRNA (Fondo per la Non Autosufficienza) con azioni concordate con la Conferenza Sociale Sanitaria Territoriale e i Comitati di Distretto oltre che a una fattiva concertazione con le Organizzazioni Sindacali e i rappresentanti del terzo settore. In particolare si è attuata la sperimentazione dell'Ufficio Comune per l'Integrazione Socio-Sanitaria nel Distretto Centro Nord. Sono stati attivati nuovi posti convenzionati di casa protetta a seguito degli accordi assunti tra le parti in sede di "Tavolo anziani" ove è stata ufficializzata la programmazione triennale 2003- 2005.

Distretto Centro Nord

In particolare, nel Distretto Centro Nord sono stati aumentati 5 posti complessivi nelle due strutture della Zona socio sanitaria di Copparo elevando l'offerta dai precedenti 115 posti letto agli attuali 120 posti letto in convenzione.

Case Protette zona socio sanitaria di Copparo								
Residenza	Comune	Anno 2005	Anno 2006					
Residence "La mia casa"	Tresigallo	48	50					
G. Mantovani	Copparo	67	70					
	Totale	115	120					

Nella zona socio sanitaria di Ferrara preme rilevare la trasformazione di posti di Residenze Sanitario-Assistenziali in posti di C.P. nelle strutture "Centro Servizi alla Persona" – Via Ripagrande, 15 e "Residence Service" – Via Tigli, 3 e l'attribuzione (a decorrere dall'ottobre 2006) di 5 posti alla struttura "Residenza Caterina" che da 75 posti letto in convenzione va a 80 posti letto come da prospetto di seguito rappresentato.

Case Protette zona socio sanitaria di Ferrara								
Residenza	Comune	Anno 2005	Anno 2006					
Centro Servizi alla Persona	Ferrara	100	120					
Residence Service	Ferrara	160	180					
Residenza Caterina	Ferrara	75	80					

Per la zona socio sanitaria in argomento dunque l'offerta dei posti letto di Casa protetta in convenzione è passata dai precedenti 520 posti letto a 565 posti letto alla data del 31/12/2006. Si rileva che alla data del 31/12/06 permangono 9 posti letto in capo alle strutture per le quali è stato attivato un contratto di fornitura a esaurimento.

In tema di **Liste di attesa**, (a seguito delle intese assunte al "Tavolo anziani") è stata mantenuta la periodica reportistica per rappresentare la rilevazione trimestrale delle liste di attesa in casa protetta, Residenze Sanitario-Assistenziali e centri diurni inviata alle componenti presenti al suddetto Tavolo (Operatori Socio-Sanitari, Direttori dei Distretti, III Settore, ecc.).

Nelle tabelle che seguono sono riportati i dati della rilevazione al 30/09/2006.

	CASE PROTETTE									
Distretti Azienda USL Ferrara	Zone Socio Sanitarie	Pop. Res. al 1/01/2005 - ultra 75 enni *	Posti	% POSTI LETTO/Pop.	Liste d'attesa (A)	In attesa di valutazione (B)	Totale (A+B)	% liste attesa e POSTI LETTO esistenti al 30/09/06	Dati al 30/06/2006	
OVEST	CENTO	7.990	221	2,77	13	4	17	7,69	4,98	
CENTRO	FERRARA	17.613	521	2,96	63	0	63	12,09	11,90	
NORD	COPPARO	4.978	115	2,31	51	2	53	46,09	41,74	
	Totale Distretto	22.591	636	2,82	114	2	116	18,24	17,30	
SUD EST	CODIGORO	6.267	164	2,62	104	14	118	71,95	70,12	
SCD EST	PORTOMAGGIORE*	5.512	190	3,45	86	21	107	56,32	42,11	
	Totale Distretto	11.779	354	3,01	190	35	225	63,56	55,08	
Totali 42.360 1.211 2,86 317 41 * 179 + n. 11 ospiti di Voghiera = n. 190 al 30/06/06					41	358	29,56	26,09		

	Residenze Sanitario-Assistenziali									
Distretti Azienda USL Ferrara	Zone Socio Sanitarie	Pop. Res. al 1/01/2005 - ultra 75 enni *	Posti	% POSTI LETTO/Pop.	Liste d'attesa (A)	In attesa di valutazione (B)	Totale (A+B)	% liste attesa e POSTI LETTO esistenti al 30/09/06	Dati al 30/06/2006	
OVEST	CENTO	7.990	20	0,25	0	3	3	15,0	10,00	
CENTRO	FERRARA	17.613	95	0,54	0	0	0	0,0	0,00	
NORD	COPPARO	4.978	40	0,80	2	4	6	15,0	17,50	
	Totale Distretto	22.591	135	0,60	2	4	6	4,4	5,19	
SUD EST	CODIGORO	6.267	30	0,48	2	1	3	10,00	10,00	
SUD EST	PORTOMAGGIORE	5.512	40	0,73	6	2	8	20,00	20,00	
	Totale Distretto	11.779	70	0,59	8	3	11	15,71	15,71	
	Totali	42.360	225	0,53	10	10	20	8,89	8,89	

			CI	ENTRI DIURNI					
Distretti Azienda USL Ferrara	Zone Socio Sanitarie	Pop. Res. al 1/01/2005 - ultra 75 enni *	Posti	% POSTI LETTO/Pop.	Liste d'attesa (A)	In attesa di valutazione (B)	Totale (A+B)	% liste attesa e POSTI LETTO esistenti al 30/09/06	Dati al 30/06/2006
OVEST	CENTO	7.990	21	0,26	0	0	0	0,00	0,00
CENTRO	FERRARA	17.613	55	0,31	0	0	0	0,00	5,45
NORD	COPPARO	4.978	20	0,40	2	1	3	15,00	10,00
	Totale Distretto	22.591	75	0,33	2	1	3	4,00	6,67
SUD EST	CODIGORO	6.267	10	0,16	0	0	0	0,00	20,00
SCD EST	PORTOMAGGIORE	5.512	10	0,18	0	2	2	20,00	0,00
	Totale Distretto	11.779	20	0,17	0	2	2	10,00	10,00
	Totali	42.360	116	0,27	2	3	5	4,31	6,03

Note:

I dati relativi alla popolazione anziana al 1/1/2005 sono stati reperiti nel sito della Regione Emilia-Romagna I dati relativi alle persone in lista d'attesa e in attesa di valutazione sono stati raccolti in data 10 ottobre 2006

Il proficuo lavoro svolto nel 2003/2004 in sede di "Tavolo Anziani" attivato presso l'Azienda Usl Ferrara composto da rappresentanti delle Istituzioni (Provincia di Ferrara, Comuni di Cento, Ferrara, Copparo, Portomaggiore, Codigoro), rappresentanti del Terzo Settore, Operatori Sanitari, Area Pensionati (SPI/CGIL, FNP/CISL, UILP/UIL, CUPLA) e dirigenti dell'Azienda USL - ha prodotto indicazioni comuni per attivare momenti di valutazione della qualità dei servizi che vengono offerti nelle strutture protette per anziani convenzionate con l'Azienda USL Ferrara.

Allo scopo, si è lavorato all'elaborazione di uno strumento semplice e di facile utilizzo in grado di sommare una serie di indicazioni utili a una valutazione delle singole strutture e a una successiva comparazione tra le stesse con le caratteristiche e la metodologia d'utilizzo dello strumento, strutturato in 28 items con criteri di rilevazione predefiniti.

Nel corso dell'estate 2006 è stato elaborato il risultato delle rilevazioni a scheda, tradotto successivamente in una serie di report per ognuno dei 28 items oggetto di rilevazione e confluito in un quadro generale per tutte le strutture

Il lavoro in argomento è stato presentato il giorno 16/11/2006 in Castello Estense alla presenza degli Enti gestori, Istituzioni, Operatori Socio-Sanitari.

• Programmazione dei fabbisogni di offerta specialistica ambulatoriale per il rispetto dei tempi massimi di attesa programmati

Nel corso del 2005 è stato avviato un progetto di riorganizzazione delle agende di specialistica ambulatoriale a respiro biennale, finalizzato a un controllo maggiore dei tempi di attesa. I criteri sono stati condivisi con l'Azienda Ospedaliera Universitaria, prevedendo <u>alcune azioni di miglioramento quali</u>:

- la separazione dei pazienti che necessitano di prime visite prenotabili a CUP, dai pazienti cronici autogestiti dagli specialisti, al fine di favorirne la presa in carico;
- la garanzia a CUP del 70% delle prestazioni per prima visita, limitando i controlli al 30%;
- la riduzione drastica del numero di agende di prenotazione chiuse nel corso dell'anno;
- il passaggio a CUP di tutte le agende autogestite che prenotano prime visite;
- l'utilizzo dell'over booking;
- la presa in carico del paziente attraverso lo sviluppo dei Percorsi Assistenziali Facilitati (PAF) e dei percorsi assistenziali complessi (PAC);
- lo sviluppo del Day Service ambulatoriale per pazienti acuti;
- l'implementazione dell'informatizzazione.

L'analisi dei tempi di attesa evidenzia sia alcune eccellenze quali il laboratorio analisi e la diagnostica per immagini, che diverse criticità nelle visite specialistiche.

La diagnostica per immagini fornisce, entro gli standard regionali, tutte le prestazioni in catalogo (esami contrastografici, Risonanze Magnetiche, TAC, ecografie, mammografie) con indici di performance (IP) superiori all'80% e in alcuni casi un'offerta superiore alla media regionale.

Per le prestazioni di visita, si riscontrano maggiori criticità, valutabili attraverso l'indice di performance.

Sviluppo del progetto nel 2006

Nel corso del secondo semestre 2006 prevenendone completa attivazione nel 2007 sono state condivise una serie di azioni di miglioramento gestionali e organizzative.

- Visibilità provinciale del sistema CUP:
- divieto assoluto della chiusura ingiustificata e non programmata delle agende di prenotazione, con programmazione delle chiusure almeno semestrale;
- netta separazione nella gestione delle prime visite e dei controlli, che vanno garantiti con appropriatezza;
- prenotazione degli accessi scaglionati per tutta la durata dell'ambulatorio, al fine di ridurre i disagi per l'utenza;
- utilizzo capillare del "modello DEBURO" che favorisce la presa in carico del paziente da parte dello specialista nel percorso ambulatoriale;
- implementazione della presa in carico attraverso percorsi ambulatoriali facilitati e complessi: oncologici, cardiologici, pneumologici, oculistici, chirurgici, dermatologici, ecc.;
- gestione dei controlli, necessari alla stabilizzazione del paziente, da parte degli specialisti;
- gestione dei follow up dei pazienti cronici attraverso l'integrazione tra medici di medicina generale e Specialisti;
- azioni mirate al raggiungimento della massima appropriatezza prescrittiva adottando linee guida condivise nelle maggiori prestazioni critiche: TAC, risonanza magnetica, ecocolordoppler, eco cuore, eco mammarie, endoscopie, holter elettrocardiogramma;

Inoltre, nel primo semestre 2007 sono state formalizzate altre azioni correttive dell'offerta mirate al superamento delle criticità in quelle specialità con indice di performance molto basso;

- l'Azienda Sanitaria Locale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e le Strutture Private Accreditate, attraverso la definizione dei budget e i contratti di fornitura, hanno destinato, nel 2007, 665.000 euro all'incremento dell'offerta di prestazioni in quelle specialità critiche in cui l'offerta è nettamente inferiore alla domanda;
- le specialità, che in vario grado, sono soggette all'incremento dell'offerta sono: urologia, ortopedia, neurologia, chirurgia vascolare, cardiologia, mammografia, ecografia mammaria e addome, allergologia, geriatria, otorinolaringoiatria, oculistica, ostetricia e ginecologia, radioterapia.

• La rete provinciale delle cure oncologiche

Il modello di gestione in rete dei Servizi Sanitari trova nei percorsi di ambito oncologico forse il più calzante esempio per intrinseci contenuti di integrazione tra discipline diagnostico-terapeutiche, per l'evidente necessità di garantire riferimenti autorevoli strutturati, per i significativi contenuti in termini di durata e qualità di vita, per gli indiscutibili aspetti di tipo sociale, emozionale e morale.

Risulta evidente che la costituzione di un sistema provinciale oncologico che coinvolga tutte le risorse professionali delle aziende ferraresi, risponde a esigenze, peraltro evidenziate anche dai cittadini stessi, di definizione dei ruoli, di chiarezza dei percorsi, di uniformità delle procedure, di certezza della presa in carico in tutte le diverse fasi della malattia.

Si è così costituito a Ferrara, anche a seguito del programma interaziendale di oncologia, un sistema di attività ambulatoriali e di degenza (prevalentemente diurna), per la diagnosi e terapia oncologica, che, rappresentato in tutti gli stabilimenti ospedalieri ferraresi, vede professionisti delle due aziende collaborare nella conduzione di percorsi clinici condivisi, utilizzando tutte le tecnologie chirurgiche e strumentali più avanzate (comprese le

tecniche di radiologia interventistica oncologica), oltre a tutti i presidi farmaceutici disponibili compresi anche i più recenti farmaci da biotecnologie.

Il sistema oncologia si integra inoltre con la rete della riabilitazione e dei percorsi della post-acuzie comprendendo le soluzioni di Assistenza Domiciliare e dei servizi di Hospice.

Tale sistema consente che il cittadino che accede a uno dei punti della rete possa usufruire del percorso idoneo, in funzione dei protocolli definiti, pur nel rispetto delle facilitazioni di accesso offerte dal sistema, con una completezza di soluzioni in relazione al tipo di necessità evidenziata.

All'interno della rete oncologica sono in corso di definizione, anche a seguito della necessità di applicazione di tecnologie a elevata specializzazione (es. P.E.T., I.O.R.T., ecc.), specifici percorsi per area di patologia (es. percorso mammella) in analogia ad altre aree tematiche quali il percorso di oncoematologia attivato in collaborazione con l'Università degli studi di Ferrara.

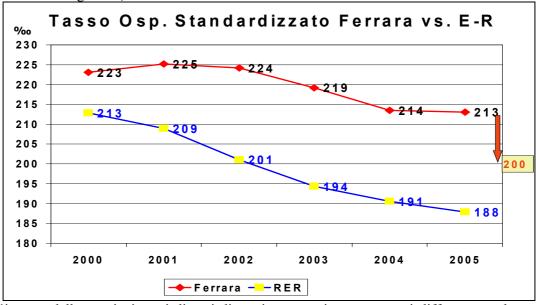
La complessità dei percorsi disponibili e l'incalzante evoluzione tecnologica e culturale che anima la ricerca applicata e la pratica assistenziale oncologica, non consentono gestioni frammentarie che prescindano dal confronto tra professionisti e da integrazioni tra competenze, in carenza dei quali si producono i ben conosciuti fenomeni migratori di malati, con tutti i consueti risvolti di ordine morale e con costi sociali e umani ingenti.

L'esperienza acquisita in questi anni risulta ampiamente positiva e apre ulteriori prospettive di sviluppo di collaborazioni, nello spirito di condivisione di valori, di consolidamento delle scelte, dei percorsi e delle relazioni, mettendo al centro del sistema il paziente con le sue necessità e aspettative.

3.3.2. Riduzione della forbice fra consumi reali e consumi stimati come appropriati

• Il tasso di ospedalizzazione

Il grafico che segue rappresenta il trend dei tassi di ospedalizzazione standardizzati provinciale e regionale di riferimento degli ultimi sei anni. Risulta evidente non solo il divario storico di consumo tra la nostra provincia di Ferrara e la media regionale, ma anche un continuo aumento del divario stesso.



Anche all'interno della provincia, nei diversi distretti e comuni sono presenti differenze molto marcate che sostanzialmente sono rappresentate da consumi molto elevati nel Distretto Centro Nord, da tassi in linea con quello medio regionale nel Distretto Ovest e da un quadro intermedio nel Distretto Sud Est, pur risultando alcune realtà comunali assolutamente diseguali in termini di consumo rispetto al distretto di appartenenza.

Il Comune di Ferrara, che rappresenta da solo il 36% della popolazione provinciale, è caratterizzato da un tasso grezzo di ospedalizzazione pari a circa 246 ricoveri per mille residenti per anno pari al 42% del tasso complessivo, determinando in tal modo un effetto molto significativo sulla media della Provincia.

I dati di consumo su base provinciale sono scomponibili ascrivendo il 44 per cento all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, il 32% all'Azienda USL di Ferrara, il 6% al settore privato accreditato ferrarese e il 18% alla mobilità passiva in maniera paritaria fra le sue due componenti (9% alla mobilità infra-regionale e 9% alla mobilità extra-regionale). Le prestazioni in mobilità sanitaria passiva sono richieste per il 60% dai residenti del Distretto Centro Nord, pur rappresentando gli stessi circa il 50% della popolazione provinciale.

Scomponendo il tasso per le singole tipologie (ricoveri ordinari, Day Hospital medici e Day Surgery) emergono differenze di diversa entità, la più critica delle quali è una differenza di 15 punti standardizzati a carico del ricovero ordinario; le differenze di consumo rispetto alla media per il Day Hospital medico e per il Day Surgery risultano invece rispettivamente di 5 e 9 punti.

Il perseguimento dell'obiettivo di un consumo standardizzato di ricoveri per mille abitanti per anno al di sotto dei 200 punti, al fine di ottenere un riallineamento rispetto alla media regionale, è ottenibile, allo stato attuale e nei tempi richiesti, attraverso una riduzione della produzione provinciale annua di oltre 5.000 ricoveri, nel periodo 2006/2007, a opera quasi esclusiva delle Aziende Sanitarie pubbliche ferraresi, non risultando plausibile determinare in tempi così ristretti alcuna variazione di consumo né sulla mobilità passiva (sia infra, che extra-regionale), né sulle case di cura private accreditate della provincia, per le quali peraltro esiste già un accordo di fornitura che regola in termini di quantità e di regime di erogazione i ricoveri stessi.

Peraltro le indagini interne ed esterne in merito alla potenziale inappropriatezza espressa negli ospedali provinciali evidenziano come per gli indicatori scelti non emergano particolari criticità in grado di derimere ogni dubbio sulle azioni conseguenti da mettere in atto, ponendosi gli stessi al di sotto della media regionale.

L'analisi dettagliata delle aree di possibile intervento è stata già realizzata e messa in atto congiuntamente dalle aziende sanitarie pubbliche riguardando principalmente le seguenti attività in ordine di priorità:

- attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva in tutti i Pronto Soccorso della provincia;
- trasformazione dell'attività svolta in Day Surgery in prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (ai sensi della DGR 559/2000) con prevalente riferimento alle medicine riguardanti il settore riproduttivo femminile, l'apparato tegumentario e l'apparato muscolo-scheletrico;
- trasformazione dei DRG (diagnosis related groups) in Day Hospital medico (eccetto cicli di terapia Oncologica) in percorsi ambulatoriali;
- azzeramento dei ricoveri in Day Surgery Polispecialistico con DRG medico.

In particolare nell'ambito organizzativo del Presidio Ospedaliero sono stati condotti interventi specifici quali:

- ➤ passaggio delle Isteroscopie diagnostiche da regime di ricovero a regime ambulatoriale con attivazione del relativo Percorso Ambulatoriale Complesso;
- > gestione ambulatoriale integrata del paziente con scompenso cardiaco cronico;
- defribillazione in pronto soccorso di pazienti affetti da Fibrillazione Atriale con dimissione precoce;
- > gestione ambulatoriale della Tubercolosi mediante applicazione delle linee guida regionali.

Tali interventi, già messi in atto nel 2006, molto rilevanti sul piano numerico in termini potenziali di riduzione del tasso di ospedalizzazione, da consolidare e realizzare pienamente nel 2007, hanno già prodotto i primi effetti a una lettura preliminare dei dati anche se i risultati più significativi sono attesi per l'anno 2007.

3.4. Efficacia, la qualità e l'efficienza gestionale

3.4.1. Strategia dell'appropriatezza

• L'appropriatezza nell'uso del Farmaco

La Commissione Terapeutica Provinciale, costituita nel 2004 tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, unitamente al Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, rappresenta uno degli strumenti del governo clinico e svolge la propria attività in un'ottica di standardizzazione della politica farmaceutica in ambito provinciale con l'obiettivo di una maggiore qualificazione della spesa basata su criteri di qualità, sicurezza, efficacia, appropriatezza ed economicità.

Nel corso del 2005 tale Commissione ha definito un unico Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP) inserito sui siti web delle Aziende Sanitarie Provinciali e diffuso ai medici delle due Aziende. Nel corso dell'anno 2006 ha preso in esame, oltre alle richieste di inserimento di nuovi farmaci, l'elenco dei farmaci presenti nel PTP per un confronto con ciò che è presente a livello regionale, ai fini di un allineamento. Le varie molecole dell'elenco sono state esaminate nell'ottica di una possibile eliminazione e/o sostituzione con analogo farmaco presente in Prontuario Terapeutico Regionale. Laddove questo non è ritenuto possibile, sono in corso richieste di chiarimento con la Commissione Terapeutica Regionale.

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

Alla fine dell'anno 2006, in seguito alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1540 del 6.11.2006 a oggetto: "Organizzazione del sistema preposto alla scelta dei farmaci da utilizzare nelle Strutture delle Aziende Sanitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico della Regione Emilia – Romagna", si è proceduto a deliberare con atto formale la nuova composizione della Commissione Provinciale del Farmaco come stabilito dalla sopracitata delibera.

I costi sostenuti per i "farmaci ad alto costo" soggetti a mobilità, hanno subito negli ultimi tre anni precedenti al 2006 un grosso incremento (pari a circa il 60%), il che evidenzia, al di là di indicazioni recenti suggerite dalla letteratura scientifica, la necessità di governare il fenomeno attraverso criteri di indiscutibile appropriatezza.

Nell'anno 2006 rispetto al 2005, al contrario degli anni precedenti, la mobilità per la provincia di Ferrara determinata dalla Azienda Ospedaliero-Universitaria, ha subito un incremento contenuto di circa il 10%, raggiungendo il risultato concertato e atteso per il 2006.

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

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

Sono inoltre stati attivati già dal 2005 **Tavoli Tecnici Interaziendali**, che stanno proseguendo la loro attività, costituiti da medici specialisti di entrambe le aziende Sanitarie, Medici di Medicina Generale, farmacista ospedaliero e un medico del Dipartimento delle Cure Primarie per:

- l'Assistenza al Paziente con elevato rischio cardio-vascolare, con l'obiettivo di fornire ai Medici di Medicina Generale e ai Medici Ospedalieri indicazioni sulla diagnosi e terapia in riferimento all'appropriatezza prescrittiva degli ipolipemizzanti, in particolare farmaci inibitori della HMG- CoA reduttasi, in termini di rischio-beneficio e costo-efficacia e per concordare comportamenti omogenei di prescrizione;
- la cura delle Malattie dell'Apparato Muscolo-Scheletrico, vista la necessità di presidiare la prescrizione dei farmaci antinfiammatori e farmaci per le malattie delle ossa, tenuto conto che l'Azienda di Ferrara registra notevoli criticità sia in termini di DDD che di spesa farmaceutica di tali farmaci;
- l'uso appropriato dei PPI.

Informazione ai cittadini

La soddisfazione dei bisogni di salute è certamente obiettivo prioritario di un'Azienda Sanitaria. In sintonia con gli indirizzi nazionali, l'Azienda USL di Ferrara ha condotto, già dal 2004, in stretta collaborazione con la Provincia e la Conferenza Territoriale Sanitaria di Ferrara, iniziative volte alla promozione di corretti stili di vita, del corretto impiego dei farmaci e azioni di farmacovigilanza.

Nell'anno 2007, oltre alle attività già in essere, è previsto l'avvio di una nuova campagna di educazione sanitaria nei confronti dei cittadini con il coinvolgimento di tutti i professionisti (Medici di Medicina Generale, Farmacisti e Specialisti) che prevede specifiche iniziative formative con una prima fase di scelta del target, dei

contenuti e degli strumenti sulla base dei bisogni emersi e con una particolare attenzione alla promozione dell'uso dei farmaci generici al posto delle specialità farmaceutiche di riferimento.

Informazione/formazione in altre aree

È prevista anche la predisposizione in collaborazione con i Dipartimenti Cure Primarie distrettuali di un regolamento sperimentale di accesso agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale da parte degli informatori scientifici.

È previsto sempre per il 2007 di fornire all'ordine dei farmacisti il supporto scientifico per la definizione dei contenuti della formazione dei farmacisti operanti nelle farmacie convenzionate, anche nell'ambito di quanto previsto dalla delibera Regione Emilia-Romagna 1540/06.

Sicurezza nell'uso dei farmaci

La sicurezza nell'uso dei farmaci e dispositivi è sempre stata una azione fondamentale del Dipartimento farmaceutico nell'ambito dell'attività di farmaco-dispositivo-vigilanza.

La normativa sulla farmaco-vigilanza prevede l'obbligo di segnalazione da parte del sanitario delle sospette ADR gravi e inattese verificatesi nel corso di un trattamento farmacologico, ma è necessario che il prescrittore acquisisca maggiore coscienza del significato e dell'importanza che ogni segnalazione riveste nell'ambito della valutazione del profilo di sicurezza di un farmaco.

Il medico deve conoscere quali rischi sono connessi alla prescrizione di determinate categorie di farmaci in associazione e quali sono le popolazioni maggiormente esposte ai rischi della poli-farmaco-terapia. Queste conoscenze possono contribuire a ottimizzare l'appropriatezza prescrittiva.

Per tali motivazioni nel corso del 2006 si è effettuato una attento coinvolgimento dei segnalatori attraverso l'invio da parte del responsabile di farmacoviglilanza di una informazione di ritorno ampiamente commentata. Questa sensibilizzazione continua da parte dei responsabili di farmacovigilanza nei confronti dei sanitari ha fatto sì che la provincia di Ferrara si collochi tra le prime in Italia per tasso di segnalazioni di ADR (sospetta reazione avversa) in linea con il Gold Standard fissato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Sono state divulgate informazioni sulla corretta gestione delle soluzioni concentrate a base di potassio e altri elettroliti ad alto livello di rischio, già a seguito della raccomandazione ministeriale dell'Aprile 2005.

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

Partecipazione a progetti di ricerca

In collaborazione con l'Università di Ferrara è stato attivato il progetto ALARM (Adherence to Long-term therapies: Assessment and Real practice Management) il cui obiettivo è valutare i processi terapeutici applicati in pratica clinica per il trattamento di patologie croniche sulla base di uno standard di riferimento prefissato relativo alle migliori evidenze scientifiche.

I trattamenti farmacologici presi in esame sono gli antipertensivi, gli ipolipemizzanti e gli antiaggreganti e il campione dei pazienti arruolati sarà molto ampio.

Sulla base dei dati ottenuti si procederà, con opportune metodologie di diffusione, alla informazione e coinvolgimento dei prescrittori sullo scostamento dalla "best practice", supportando quindi il processo decisionale dei diversi operatori nel miglioramento della gestione clinica ed economica del paziente.

3.4.2. Strategia della integrazione

• La rete Odontoiatrica

La Regione Emilia-Romagna con l'approvazione del "programma di assistenza odontoiatrica" (DGR 2678/04) ha individuato fra l'altro, le condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociali che caratterizzano la popolazione a cui il programma è rivolto.

L'obiettivo del programma è stato quello di privilegiare, attraverso la definizione di condizioni di vulnerabilità, le fasce di popolazione più deboli sia sul piano sociale che sul piano più specificatamente sanitario, con garanzia di una sostanziale omogeneità di trattamento sull'intero territorio regionale.

In particolare per le condizioni di vulnerabilità sanitaria, un successivo atto dell'Assessorato alla Sanità (Circolare 13/05), definiva le prestazioni odontoiatriche correlate a ciascuna condizione clinica, i percorsi di accesso ai servizi e il limite temporale dell'efficacia dell'intervento.

Secondo recenti dati forniti dalla Regione, sul monitoraggio dell'attività odontoiatrica delle Aziende Sanitarie solamente il 19% dei pazienti vulnerabili attesi, viene trattato.

L'analisi del fenomeno ha condotto la Regione a effettuare una attenta revisione delle vulnerabilità sanitarie riconosciute, estendendo il diritto alle cure, ai portatori di handicap psico-fisico, con patologie insorte prima di 65 anni di età.

Si tratta di pazienti, portatori di handicap psico-fisico, che presentano un elevato rischio di patologie odontoiatriche, dovuto alle condizioni cliniche di ridotta capacità motoria o comportamentale, e che comportano impossibilità di eseguire una corretta prevenzione e cura delle patologie orali insorte.

L'Azienda Territoriale di Ferrara, impegnata fin da sempre alla puntuale realizzazione degli obiettivi previsti nel Programma, incrementerà e intensificherà le azioni, già a suo tempo intraprese, per diffondere l'informazione e la conoscenza dell'offerta dei servizi di odontoiatria con l'obiettivo di "captazione" di quei pazienti che ricadono nelle condizioni previste dalla normativa, attraverso il coinvolgimento attivo dei Servizi Aziendali rivolti ai disabili di tutte le età, dei Centri Sociali, delle Associazioni dei disabili, strutture residenziali, ecc.

Ai medici funzionari, presenti nei distretti Aziendali e agli operatori dello Sportello Unico, sono state date opportune indicazioni operative, per l'attivazione di specifici percorsi per la certificazione identificativa della patologia e per l'avvio alle cure.

Nel corso dell'anno si auspica l'incremento di ricorso alle cure di circa il 20% rispetto ai dati rilevati nel 2006, così come indicato dalla Regione.

Si sta in oltre procedendo all'attivazione del servizio per l'erogazione delle protesi fisse (entro il mese di giugno 2007).

Il servizio sarà attivato nei presidi aziendali, dove già si erogano prestazioni di protesi mobile (Ferrara, Cento, Bondeno, Comacchio).

Sono già state espletate le procedure amministrative per l'individuazione della ditta che dovrà fornire i manufatti, sono stati stabiliti i costi dei singoli elementi e la possibilità di rateizzazione dell'importo dovuto.

Non sono stati definiti criteri di accesso al servizio, non ritenendo opportuno, almeno per il momento, ricorrere a forme di selezione tra i soggetti aventi diritto.

Ci si riserva di monitorare l'andamento nel corso dell'anno e a fronte di una eventuale elevata domanda o mancato rispetto dei criteri di appropiatezza clinica, si valuterà l'esigenza di introdurre un qualche criterio di priorità di accesso o una qualche forma di selezione clinica.

• L'Oncoematologia di Comacchio

Nell'ambito di un processo di ridisegno della "offerta" ospedaliera provinciale volta a dare stabilità, in prospettiva, agli stabilimenti già attivi eliminandone i "rami secchi" e qualificandoli in rapporto alle condizioni di bisogno – presenti e attendibilmente futuri – che già si colgono con evidenza nel panorama della domanda espressa dalla popolazione/utente, si colloca la nuova strutturazione delle Unità Operative e dei moduli organizzativi dell'Ospedale S. Camillo di Comacchio.

Ciò è avvenuto tenendo presente che:

- Il S. Camillo è parte organica, integrata della più complessa struttura ospedaliera del Delta (Comacchio + Lagosanto);
- entrambe gli stabilimenti che vi afferiscono devono rendersi complementari non solo fra di loro ma anche con la restante rete degli ospedali provinciali;
- in una simile prospettiva si sviluppano tutte le possibili forme di collaborazione allo scopo di qualificare tale rete da ogni suo punto;
- le suddette collaborazioni riguardano anche (e per alcuni aspetti, soprattutto) l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e le sue cliniche universitarie.

In questo quadro la cooperazione fra aziende e presidi rende permeabile ogni struttura come se fosse una componente non più "esterna", isolata, autoreferenziale, bensì organicamente collocata in un contesto unitario e osmotico orientato, nel suo insieme, a migliorare la qualità assistenziale e a omogeneizzare le condizioni di accesso in ogni punto della Rete.

Si comprende, in ragione di ciò, come sia stato possibile attivare le funzioni di ematologia e di oncoematologia in quel di Comacchio, all'interno di una struttura che se fosse considerata nella sua unicità settoriale potrebbe aspirare a poco più di una stentata autosufficienza generalista.

Al momento il nuovo "centro" di ematologia e di onco-ematologia è dotato di 4 posti letto e si avvale della presenza di 7 operatori (5 di provenienza aziendale e 2 di provenienza ospedaliero-universitaria).

• Il puerperio domiciliare

Nel corso del 2006 si è dato vita al progetto puerperio domiciliare nell'ambito del territorio di Comacchio, inizialmente con due ostetriche dedicate. L'estensione del progetto nel resto del territorio del Distretto Sud Est prevede complessivamente quattro Ostetriche.

A rotazione una Ostetrica si reca presso il Reparto di Ostetricia per fare la conoscenza delle puerpere in dimissione e per poter svolgere successivamente la visita domiciliare (modulo per il consenso informato e concordare l'orario di visita).

Le visite previste sono due: la prima dopo 24-48 ore dalla dimissione (terza-quarta giornata dal parto), per valutare lo stato di salute della puerpera, l'efficienza dell'allattamento al seno, il benessere del neonato, (l'esecuzione degli screening sul neonato si eseguirà in una fase successiva concordandola col Dirigente del Reparto di Pediatria).

Attraverso la compilazione della cartella ostetrica post-dimissione della puerpera e del neonato è possibile valutare la sicurezza e l'adeguatezza ambientale nonché il rischio socio-sanitario informando all'occorrenza i Servizi di riferimento.

Fondamentale è il piano comunicativo e la capacità di interagire con la puerpera dandole la possibilità di esprimersi mediando gli interventi da parte delle persone presenti in casa o altresì coinvolgendo altre persone.

Nel corso del 2006, nel consultorio di Comacchio, sono state prese in carico 57 nuove gravide, per un totale di 255 accessi.

Sono state effettuate 720 ecografie ostetrico-ginecologiche.

A partire dal 2 maggio 2006, epoca di avvio del servizio, sono state prese in carico con il puerperio domiciliare 67 puerpere per un totale di 166 visite domiciliari.

• L'accordo con i Medici di Medicina Generale

L'applicazione dell'accordo locale per la medicina generale siglato nell'aprile 2004 e di validità triennale (scadenza marzo 2007) è proseguita nel corso del 2006 con l'inserimento di un nuovo progetto assistenziale per la gestione da parte dei medici di medicina generale dei pazienti trattati con anticoagulanti (PROGETTO TAO) e con l'approvazione di un accordo quadro aziendale per la realizzazione delle medicine di gruppo.

I Tavoli tecnici aziendali hanno inoltre proseguito le attività per definire le modalità di valutazione e di monitoraggio del rischio cardiovascolare e le linee guida per favorire l'appropriatezza al ricorso alle prestazioni di particolare impegno professionale e relativa diagnostica.

Lo sviluppo dell' associazionismo medico è stato caratterizzato dalla attivazione ex novo di tre medicine di gruppo di cui una Pediatrica nel Distretto Centro Nord.

Sul versante della continuità assistenziale sono stati definiti per ogni punto di guardia medica degli orari appositi di apertura degli ambulatori per favorire l'accesso dei cittadini che necessitano di visite o prescrizioni terapeutiche urgenti.

Nel 2006 è stato siglato l'accordo regionale per la medicina generale che ha pesanti ripercussioni sulle strategie locali che ne condizioneranno l'applicazione.

L'aspetto più saliente delle iniziative messe in atto dalla Direzione generale è rappresentato dalla proposta di legare la partecipazione alla struttura organizzativa dei nuclei di cure primarie alla condivisione e al perseguimento di obiettivi di processo e di esito volti a migliorare l'appropriatezza delle cure.

Dopo un confronto aperto e costruttivo coi coordinatori dei nuclei delle cure primarie e i medici responsabili dei moduli organizzativi, sono stati fissati obiettivi di processo e di esito per i Nuclei di Cura Primaria volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva relativamente ad alcune categorie di farmaci, ad accertamenti di laboratorio e al consumo di indagini radiologiche (TAC e risonanza magnetica).

Tali obiettivi sono stati formalizzati nella delibera 388/2006 "Attivazione dei Nuclei di Cura Primaria sulla base della visione aziendale e delle normative nazionali e regionali di riferimento: Sperimentazione per il 2006 di un metodo di funzionamento dei Nuclei di Cura Primaria orientato al raggiungimento di obiettivi di processo e di esito".

Un precedente provvedimento (delibera 377/2006) era stato assunto per definire le modalità organizzative tese a semplificare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali con l'obiettivo di ridurre i rinvii inutili al Medico di Medicina Generale per approfondimenti diagnostici e per controlli.

Le integrazioni e le interconnessioni tra strutture ospedaliere e tra queste e le strutture territoriali

• L'organizzazione dei Centri Antidiabetici

La Gestione Integrata del Diabete Mellito a Ferrara ha il merito di avere aperto il nuovo corso della integrazione tra settori sanitari puntando sulla valorizzazione della Medicina Territoriale e sul confronto tra professionisti della sanità tentando di superare le barriere erette tra Specialisti e Medici di Medicina Generale. L'esperienza Ferrarese ha la caratteristica di avere fino dal suo esordio puntato su dimensioni di scala provinciale piuttosto che su progetti locali come in altre realtà regionali. Quale diretta conseguenza della G.I. si è consolidata un'integrazione con il Dipartimento di Cure Primarie sia per quanto riguarda gli aspetti organizzativi della applicazione del protocollo aziendale, che per un maggiore livello di interazione con i Medici di Medicina Generale e per la costruzione di percorsi facilitati di diagnostica programmata per la prevenzione e il monitoraggio delle complicanze di malattia. Sono state definite inoltre le modalità di distribuzione di presidi e diagnostici nelle diverse categorie di assistiti con diabete.

Una delle espressioni tangibili di collaborazione tra il Coordinamento Diabetologico e Dipartimento di Cure Primarie è rappresentato dalla costituzione del Registro Provinciale Diabete.

La gestione specialistica del Diabete a seguito della applicazione di protocolli di Gestione Integrata non può limitarsi al solo **controllo metabolico**, ma assume il ruolo di prevenzione attraverso l'allestimento di programmi di follow-up, di Educazione Terapeutica, di diagnostica precoce, applicando criteri di governo clinico in un'area cardine della cronicità. Le azioni di revisione delle attività degli Ambulatori Diabetologici hanno infatti dato spazio alle attività di prevenzione (diagnosi precoce delle complicanze, educazione terapeutica, promozione stili di vita) perseguendo il controllo metabolico non solo con approcci farmacologici, ma anche comportamentali.

Le aree organizzative delle funzioni ambulatoriali diabetologiche nelle quali si è intervenuti sono:

1. <u>Definizione e stabilizzazione della composizione Team Diabetologici</u> tali da consentire una garanzia di standard organizzativi e il rispetto di livelli essenziali assistenziali coerenti con un ruolo di maggiore complessità specialistica derivante dalla applicazione della Gestione Integrata

- 2. <u>Definizione e uniformazione dei modelli di attività</u> superando schemi obsoleti derivanti da necessità assistenziali di quantità (gestione specialistica di tutti i pazienti diabetici) e sviluppando gestione dei pazienti con instabilità metabolica e fattori di rischio plurimi.
- 3. <u>Elaborazione di Procedure e Istruzioni Operative</u> condivise al fine di operare nelle diverse sedi con approcci e livelli di priorità uniformi valorizzando le più recenti evidenze scientifiche
- 4. <u>Informatizzazione dei Servizi Diabetologici</u>, evoluzione indispensabile per una vera gestione in rete sia dell'utente che accede a diversi servizi durante l'iter di malattia, ma anche rispetto alla condivisione bidirezionale di informazioni con il Medici di Medicina Generale. L'Azienda USL di Ferrara è tra le cinque aziende Emiliano-Romagnole che sperimenteranno il modello di gestione informatizzata diabetologica previsto dal Progetto SOLE (Sanità On Line) finalizzato all'interscambio di informazioni sanitarie con i Medici di Medicina Generale)
- 5. <u>Definizione dell'assetto Organizzativo Infermieristico</u> a conferma del fondamentale ruolo_svolto dal personale infermieristico esperto in diabetologia si è ritenuto di promuovere azioni di valorizzazione e sviluppo delle competenze anche attraverso iniziative di affiancamento tese a supportare le numerose iniziative di cambiamento.
- 6. <u>Sviluppo di competenze nell'Educazione Terapeutica strutturata</u>, indispensabile strumento di promozione dell'autonomia, della motivazione, e della efficacia di cura attraverso lo sviluppo di un'alleanza terapeutica orientata alla prevenzione delle complicanze di malattia e al miglioramento della qualità di vita.

Le attività di rimodellamento delle attività diabetologiche sono state ampie e articolate (sebbene a basso impatto economico), divenute ineludibili a fronte dei profondi mutamenti introdotti dalla Gestione Integrata, dalla evoluzione epidemiologica di malattia, dalle evidenze scientifiche e dalle sollecitazioni provenienti da Organizzazioni Scientifiche e da Organismi Nazionali e internazionali di tutela della salute pubblica (Ministero Salute, Organizzazione Mondiale della Sanità). Il percorso di miglioramento avviato, nel quadro di iniziative regionali, prevede numerose tappe ulteriori e non può prescindere dalla sincronizzazione con analoghe iniziative dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Lo sviluppo di un Area Specialistica Integrata (Medici delle Unità Operative di Medicina Interna, Infermieri, Dietiste, Medici di Medicina Generale, Dipartimento Cure Primarie, Specialisti Cardiologi, Oculisti, ecc.) nell'ambito della cronicità, costituisce un modello avanzato di rete pluridisciplinare Ospedale Territorio replicabile per altre aree di patologia degenerativa.

3.4.3 La revisione degli assetti organizzativi e la razionalizzazione dei fattori produttivi

Migliorare la qualità dell'assistenza significa anche intervenire nella revisione degli assetti organizzativi e nella razionalizzazione nell'impiego dei fattori produttivi; in particolare quando ciò significa introdurre elementi di maggiore efficienza gestionale, ovvero ridurre i costi o implementare il numero delle prestazioni erogate a parità di risorse consumate.

• La politica di governo della spesa farmaceutica

Il governo della spesa farmaceutica rappresenta un obiettivo strategico che l'Azienda USL di Ferrara ha perseguito e continua a perseguire, associando l'appropriatezza prescrittiva e l'efficacia a principi di farmacoeconomia.

Anche nell'anno 2006 l'Azienda ha proseguito nel mantenimento e ha ulteriormente implementato le azioni volte alla realizzazione di un'attenta politica del farmaco indirizzata sia verso i consumi territoriali che verso i consumi interni, in stretta collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, in un'ottica provinciale complessiva, superando la compartimentazione ospedale territorio.

A supporto di questa politica già nel 2004 sono stati realizzati il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e la Commissione Terapeutica Provinciale.

È stata inoltre implementata un'organizzazione distrettuale che prevede il Farmacista di Distretto, figura di supporto in campo farmaceutico ai rispettivi Dipartimento Cure Primarie e ai Moduli Organizzativi degli stessi.

Nell'anno 2006, al pari di altre Aziende USL della Regione Emilia-Romagna. che nel corso degli anni precedenti avevano conseguito importanti risultati in termini di contenimento della spesa farmaceutica, la nostra ASL ha subito un'inversione di tendenza; segnatamente nel primo semestre dell'anno la spesa farmaceutica convenzionata ha fatto registrare un brusco incremento, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, significativamente influenzato anche dalle manovre governative che dal novembre 2005 avevano fatto cessare lo sconto aggiuntivo sulla spesa farmaceutica netta, non compensato dalla manovra AIFA del 15.01.2006.

Al termine del 1° semestre 2006 Ferrara si posizionava al penultimo posto nel contrastare la spinta incrementale della spesa, rispetto al 1° semestre 2005, aumentata del + 9,55%, in misura ben superiore alla stima iniziale di una crescita pari al 7%.

Nel corso dell'anno pertanto, oltre a consolidare interventi già in atto, sono state sviluppate nuove azioni di seguito elencate che, unitamente alle Determinazioni dell'AIFA di luglio e di settembre 2006, hanno determinato un contenimento dell'incremento riscontrato nel primo semestre.

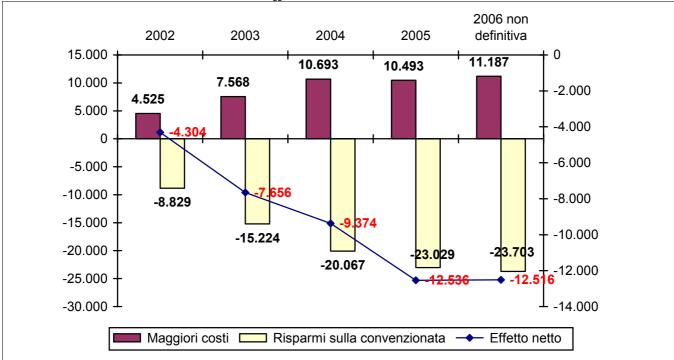
L'anno 2006 si è chiuso con un incremento, rispetto al 2005, della spesa farmaceutica netta convenzionata pari a un 3,33%, mentre la spesa netta procapite pesata è stata pari a 189,07 €, inferiore dello 0,39 % rispetto alla media regionale.

Le azioni messe in campo nel 2006 hanno riguardato:

- lo sviluppo dell'erogazione diretta, tramite maggiore coinvolgimento e sensibilizzazione del Medici di Medicina Generale, l'implementazione di nuovi punti di erogazione e di nuovi modelli distributivi;
- il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva tramite sensibilizzazione e coinvolgimento sulla prescrizione di farmaci a miglior rapporto costi/benefici, rivolto a tutti i prescrittori (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti) sia convenzionati che ospedalieri;
- implementazione e diffusione di una nuova reportistica di monitoraggio della prescrizione indirizzata ai Medici di Medicina Generale, atta a evidenziare in modo efficace e snello le maggiori criticità prescrittive;
- individuazione di nuovi obiettivi di qualificazione della prescrizione;
- incontri periodici con i medici prescrittori, con i Coordinatori dei Nuclei delle cure primarie e con gli Specialisti.

DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI

Effetto economico netto



Nota: a causa del cambiamento dei prezzi di alcuni farmaci, l'effetto netto nel 2006 è reso meno evidente

• La funzione tecnico-amministrativa

Fin dagli ultimi mesi del 2002, all'insediamento della attuale Amministrazione, l'Azienda ha posto all'ordine del giorno il tema della riorganizzazione delle funzioni amministrative, avendo in tale area individuato le maggiori criticità in:

- iperframmentazione dell'assegnazione della risorsa umana amministrativa (e di supporto organizzativo):
 - oltre 450 operatori di area comparto inquadrati in ruoli diversi e assegnati a oltre 80 CDR con conseguenti, sistematiche difficoltà a provvedere alle sostituzioni in caso di necessità (di breve-media durata);
- la distribuzione territoriale del personale amministrativo afferente alle funzioni centrali, riproduceva sostanzialmente le precedenti cinque USL coincidenti con i cinque Distretti Sanitari, il che comportava una pluralità di sedi amministrative, conseguentemente anche gli accordi sindacali limitavano fortemente la possibilità di centralizzare i Servizi attraverso l'aggregazione del personale ubicato nelle sedi periferiche e quindi si è dovuto scegliere un modello di decentramento dei processi o parti di processo.

Le funzioni amministrative aziendali sono state così articolate:

- funzioni amministrative afferenti agli uffici di staff (Comunicazione, URP, Qualità, Formazione, Controllo di Gestione, Sistema informativo e mobilità, Affari Istituzionali, Sistema di valutazione del personale, ICT, Coordinamento dei Servizi Sociali);
- funzioni afferenti ai servizi centrali (Risorse Umane, Acquisti e logistica, Bilancio, Attività Tecniche);
- funzioni amministrative territoriali (Distretti Stabilimenti ospedalieri; Dipartimenti di Sanità Pubblica e di Salute mentale).

Con l'adozione di tale modello si è ridotta notevolmente la frammentazione nella gestione delle risorse umane amministrative che ha consentito un migliore utilizzo delle stesse in una logica di revisione dei processi organizzativi e di gestione trasversale.

Gli effetti concreti della riorganizzazione

Le funzioni di supporto amministrativo già svolte in forma frammentata presso le aree periferiche sono state ricondotte a un'unica struttura organizzativa su base aziendale con:

- la creazione e funzionamento dello Sportello Unico (prenotazione visite e gestione delle agende, flussi informativi specialistica ambulatoriale, rapporti con l'estero, scelta-revoca medico, anagrafe assistiti, assistenza protesica);
- l'attivazione di un pool amministrativo per le attività legate all'area socio-sanitaria;
- l'attivazione di pool amministrativi di supporto alle direzioni sanitarie di Presidio Ospedaliero.

È stata operata la revisione delle dotazioni organiche, adottando il sistema del benchmarking con altre realtà regionali, allo scopo di definire uno standard di prodotto e di produttività attraverso:

- il blocco del turn over nei servizi amministrativi centrali (Personale, Bilanci, Acquisti);
- la riduzione delle sedi operative in seguito alla ristrutturazione della rete informatica;
- l'integrazione/condivisione di operatori afferenti alla stessa area, ma appartenenti a Servizi diversi.

In termini numerici gli effetti della riorganizzazione hanno comportato la riduzione delle risorse umane del comparto, inquadrati nei ruoli amministrativo e tecnico: da 462 - anno 2002 a 410 - anno 2006 (-11%), riducendo il rapporto con il complesso delle risorse umane aziendali.

• La spesa per "beni e servizi"

La Regione da anni ha avviato un progetto di aggregazione della domanda e delle procedure di acquisto di beni e servizi costituendo le tre grandi Aree Vaste : Nord, Centro e Romagna.

L'Azienda USL di Ferrara dal 2003 è entrata a far parte dell'Area Vasta Centro (Avace) conformandosi al modello organizzativo in forma associata con le altre aziende sanitarie facenti parte dell'area, consolidando così il sistema delle gare in unione d'acquisto.

L'anno 2006 ha visto impegnato il Dipartimento Acquisti, Contratti e Logistica nell'attivazione di nuovi contratti di fornitura a seguito di gare pubbliche attraverso procedure svolte in unione d'acquisto con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e con le aziende sanitarie di Area Vasta, nonché contratti derivanti dall'adesione alle convenzioni obbligatorie con Intercent-ER e alle convenzioni facoltative di Consip.

L'esito economico di tali nuovi contratti ha portato alla realizzazione di un contenimento della spesa preventivata avendo come punti di riferimento i prezzi "storici", consentendo così all'Ausl di non subire troppo gli effetti dell'andamento in aumento dei prezzi di mercato.

L'attività in **Area Vasta Bologna-Ferrara** nel 2006 ha visto il completamento delle gare iniziate nel 2005 e l'attivazione delle gare programmate nel 2006 come da Piano allegato, dal quale si evince un costante contenimento della spesa derivante dalle nuove aggiudicazioni rispetto alla spesa storica.

L'Area Vasta perseguirà nel corso del 2007 l'attivazione di altre gare in unione, allargando le tipologie degli acquisti, come da Piano allegato, portando così a regime una serie di forniture soprattutto nell'ambito dei prodotti sanitari che confermano la positività del modello intrapreso sia in termini economici che di standardizzazione dei prodotti.

Per consolidare gli strumenti finalizzati alla realizzazione del modello intrapreso si sono organizzate insieme **iniziative comuni di formazione** per tutto il personale addetto agli acquisti, finalizzate al miglioramento delle conoscenze e alla condivisione delle esperienze, onde creare professionalità in grado di interagire sul medesimo livello "culturale".

Il sistema della centrale di acquisto regionale gestita da Intercent-ER, anche attraverso il Coordinamento di Area Vasta, ha consentito di aderire con soddisfazione alle convenzioni attive riguardanti "Noleggio

Fotocopiatrici", "Personal Computer Desktop e Notebook", "Arredi per ufficio", "Stampanti", "Carta in risme", "Aghi e siringhe", "Vaccini".

Per quanto attiene il mercato attivato da **Consip** il 2006 ci ha visti utilizzatori del "Market Place" per prodotti non compresi nelle convenzioni Inercent-er, al fine di reperire sul mercato elettronico beni di uso corrente da acquistare in economia, nonché utilizzatori delle convenzioni attive riguardanti in particolare "Autoveicoli e Autoambulanze" e "Dispositivi di protezione individuale".

Nel 2006 si è costituito formalmente il **Programma Interaziendale Funzionale degli Approvvigionamenti** ed è proseguita così a pieno titolo la collaborazione ultradecennale con **l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara** per l'approvvigionamento in **unione d'acquisto** dei materiali di interesse comune non compreso in altre programmazioni.

Infine per quanto attiene in particolare le seguenti "grandi forniture" sono state effettuate dall'Azienda USL gare espletate **in proprio,** in quanto la peculiarità degli approvvigionamenti e la non presenza in altri "mercati" sovraordinati ha consigliato la gestione autonoma:

Service di Laboratorio Analisi 1; Service Laboratorio Analisi 2; Servizio di pulizia e sanificazione; Servizio raccolta e trasporto rifiuti sanitari.

• La struttura informatica

Al momento della costituzione dell'azienda erano presenti diverse soluzioni informatiche, rispondenti a esigenze, diverse da realtà a realtà, e a logiche progettuali non omogenee.

La costituzione di un sistema informatico unitario e quindi aziendale, è transitata per un sostanziale processo di trasformazione che ha puntato:

- 1. sul miglioramento del clima organizzativo, sulla realizzazione di un ambiente di lavoro in grado di favorire un vero coinvolgimento degli operatori;
- 2. sulla riorganizzazione delle relazioni interpersonali che mettesse le persone in relazione tra di loro, creando così una comunità in grado di agire autonomamente, secondo scale di priorità e obiettivi comuni; i collaboratori sono stati messi in condizione di comprendere il funzionamento, e i vincoli dell'intera nuova organizzazione: ciò ha portato a un incremento della produttività e della efficacia;
- 3. sulla riorganizzazione del servizio;
- 4. sulla revisione della dotazione tecnologica in senso ampio;
- 5. sulla costituzione della rete di trasmissione dei dati e delle immagini.

Intranet, sede e veicolo dell'informazione

L'azienda ha recentemente investito in tecnologie intranet per trasformare in formato digitale molte informazioni presenti nell'organizzazione, rendendole allo stesso tempo condivisibili e accessibili da tutti gli addetti titolati alla consultazione del sistema, ottimizzando i processi operativi, risparmiando sui tempi esecutivi.

Su tale sistema l'azienda può depositare tutta la modulistica interna.

Esigenze attuali e futuri scenari

Le criticità che continuano ad assillare il sistema informatico aziendale riguardano:

- la rete, che si spera posa trovare una soluzione radicale nell'attivazione di Lepida;
- la sostituzione di diversi sistemi di elaborazione dei dati, obsoleti;
- l'attuazione e/o l'immissione in gestione di nuovi software richiesti dalla attivazione di progetti regionali (sistema Sole; screening; refertazioni; cartelle cliniche; cartelle cliniche e archivi informati; gestione Fondo Regionale per le Non Autosufficienza);
- la mancanza di integrazione fra diversi sistemi informatici: aziendali; interaziendali, aziendali-regionale.

È fin troppo evidente che la configurazione e l'organizzazione attuale del sistema informatico dell'azienda non risulta ulteriormente rimediabile con interventi manutentivi e riorganizzativi avendo prodotto, la via fin qui intrapresa, il massimo sforzo ottenibile da un intervento concepito al massimo risparmio.

L'ammontare degli investimenti, l'esigenza di realizzare economie di scala, l'esigenza del sistema sanitario pubblico, almeno nella dimensione provinciale di integrarsi, trasferiscono l'esame delle criticità sopra accennate dalla dimensione aziendale a quella interaziendale delle due aziende sanitarie che agiscono nella Provincia.

La costituzione di un *Dipartimento Interaziendale* fra l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria rappresenta lo strumento e il presupposto di un intervento nel campo dell'informatica, che porterà, per dimensioni e problemi comuni, a una ottimizzazione delle risorse, una razionalizzazione dei servizi informatici, una uniformità di infrastruttura tecnologica.

Con l'avvio di *Lepida* si otterrà un sensibile miglioramento delle funzionalità applicative e dello scambio dei dati; implementazione della trasmissione delle immagini di diagnostica strumentale sull'intera provincia e possibilità di implementazione del progetto di cartelle cliniche condivise.

Ciò porterà a regime il *progetto Sole* completandolo delle funzionalità relative alla lettera di dimissione, diabetologia ecc. e alla possibilità di utilizzo di un *data center* che potrebbe operare anche in ambito dell'area vasta.

La struttura ICT (Information Communication Technology) dell'azienda collabora in ambito *Area Vasta* partecipando al gruppo di lavoro creatosi con l'obbiettivo di definire il grado di condivisione, utilizzo e riuso di software esistenti, nonché condividere scelte comuni sull'implementazione di nuovi applicativi, nuove funzionalità o nuovi processi organizzativi.

Capitolo 4 - Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

4.1 Gestione del rischio e sicurezza

Programma di Clinical Risk Management

L'esigenza di prevenire il contenzioso nelle attività sanitarie, prima ancora di gestirne le conseguenze, ha indotto – oltre i numerosi studi tematici – una maggiore attenzione del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, il contesto dottrinale emergente è costituito dal "Clinical Risk Management", a cui – invero secondo una logica semanticamente impropria - nella terminologia italiana viene associato il termine "Gestione del rischio clinico".

L'Azienda USL di Ferrara ha affrontato la questione adottando atti deliberativi, inizialmente finalizzati alla mera gestione del contenzioso (pareri medico-legali), per poi implementare strategie di gestione del rischio, che si integrano con progetti regionali.

DATA E N° DELIBERA	OGGETTO	CONTENUTO / OBIETTIVI			
23.07.1998 (n. 1264)	Attività di consulenza medico- legale per l'Azienda USL di Ferrara in tema di responsabilità professionale e di consenso informato.	Affidare al Servizio di Medicina Legale le consulenze tema di contenzioso per responsabilità professionale de personale dipendente e convenzionato e in tema di consenso informato nelle procedure diagnostiche e terapeutiche. Definire il flusso informativo delle richieste di risarcimento tra Direzione Generale, URP, Servizio Affari Generali e Servizio di Medicina Legale, anche per le necessarie indagini istruttorie.			
27.01.2003 (n. 47)	Implementazione di un programma sperimentale di Risk Management.	Iniziare un programma sperimentale aziendale di Risk Management e affidarne il coordinamento al direttore del Servizio di Medicina Legale, che dell'attività risponde al Direttore Sanitario dell'Azienda.			
15.04.2003 (n. 336)	Flussi informativi tra Ufficio Relazioni col Pubblico e Servizio di Medicina Legale in tema di responsabilità professionale e di consenso informato.	Vincolare le articolazioni aziendali alla trasmissione all'URP distrettuale competente di qualsiasi segnalazione proveniente dai cittadini. Definire i flussi informativi tra URP, Servizio di Medicina Legale e Ufficio Assicurazioni in relazione alle segnalazioni in cui è reso noto un evento avverso da cui è derivato un danno alla salute del cittadino.			
30.06.2004 (n. 530)	Costituzione dell'Ufficio Gestione Sinistri per ipotesi di responsabilità civile verso terzi per colpa professionale, nell'ambito delle procedure di Risk Management.	Costituire, nel contesto del programma di Risk Management, l'Ufficio Gestione Sinistri per la cura del contenzioso in tema di colpa professionale, composto da: • il Direttore del Servizio di Medicina Legale (con funzioni di Coordinatore dell'Ufficio); • il Dirigente del Servizio di Medicina Legale referente per la Medicina Legale Ospedaliera; • il Direttore del Dipartimento delle Risorse Umane; • il Dirigente del Modulo Affari Giuridici; • il Direttore del Dipartimento Acquisti, Contratti e Logistica; • il Dirigente del Modulo Operativo Contratti;			

DATA E N° DELIBERA	OGGETTO	CONTENUTO / OBIETTIVI			
		 un amministrativo con funzioni di Segretario. Attribuire all'Ufficio un ruolo consultivo per il Dipartimento Acquisti, Contratti e Logistica, nel quale è costituito l'Ufficio Assicurazioni, ai fini del risarcimento di danni per ipotesi di colpa professionale. Conferire all'Ufficio la competenza consultiva circa i seguenti argomenti: la valutazione della congruità del risarcimento del danno a terzi, in relazione alla franchigia prevista nel contratto di assicurazione e nei casi richiesti dalla Compagnia di Assicurazione; la valutazione in ordine alla possibilità di comporre la vertenza in via stragiudiziale, ovvero di attendere la citazione in giudizio; l'adozione di strategie adeguate nella gestione del contenzioso per ipotesi di colpa professionale. 			
21.7.2006 (n. 224)	Rinnovo del "Comitato per la prevenzione e il controllo delle infezioni contratte in ambito sanitario"	Comitato coordinato dal Direttore della U.O. di Medicina Legale, e conta su un apporto pluridisciplinare: Direttore del PUO, Direttore del SPP, un infettivologo, un microbiologo, un farmacologo, un epidemiologo, un medico legale, l'esperto di Qualità e Accreditamento e personale specializzato dell'area infermieristica.			

Per loro natura, le procedure mediche compendiano rischi, ancorché – contestualmente – i margini di errore consentiti siano alquanto ristretti.

La prevenzione degli eventi indesiderati trova nel "Risk Management" uno degli strumenti più efficaci, ancorché – nella sua originale rappresentazione – esso sia stato caratterizzato soprattutto da un'impostazione "difensiva", finalizzata a ridurre la frequenza degli incidenti professionali e dei danni ai pazienti, le possibili rivendicazioni e i costi che ne derivano. In concreto, il principale obiettivo era costituito dalla costituzione di una sorta di cortina di protezione dell'Ospedale dalle rivendicazioni, piuttosto che la qualità degli outcome. In realtà, secondo una più corretta e moderna interpretazione, il Risk Management è una procedura finalizzata al miglioramento della qualità delle cure e lo studio degli eventi indesiderati è uno strumento utile a promuovere l'approccio al "litigation management" (gestione del contenzioso).

Il Risk Management può dunque essere anche definito come l'insieme di processi, sistematici e pianificati, finalizzati a ridurre il più possibile la probabilità di una "loss" (perdita).

Il "Clinical" Risk Management (ovvero la Gestione del Rischio Clinico) riguarda quelle categorie di rischio che sono strettamente finalizzate alle cure erogate ai pazienti.

Per dare seguito ai principi ispiratori del Risk Management, già dal 2004 l'**Azienda USL di Ferrara** ha attuato procedure di implementazione, che si sono intensificate col trascorrere del tempo, in termini di iniziative formative e di attuazione di procedure.

Implementazione delle procedure di Risk Management nell'Azienda USL di Ferrara

PROGRAMMA	PROGRAMMA		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Identificazione dei rischi	Incident reporting									
	Eventi sentinella									
	Informaz. / consenso									
	Gestione documentaz.									
	Controllo infezioni osp.									
	Linee guida / protocolli									
Analisi dei rischi	Mappa aree critiche									
	Root Cause Analysis									
	FMEA / FMECA									
	Risk Adjustment									

Legenda

procedure in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale
procedure sperimentali o limitate ad alcune strutture
implementazione
perfezionamento
standard operativo

Le attività inerenti la gestione del rischio e del contenzioso sono compendiate in **programmi e uffici**, tutti attualmente affidati all'Unità Operativa di Medicina Legale; segnatamente:

- a) il Programma di Gestione del Rischio Clinico (dal 2003);
- b) l'Ufficio Gestione Sinistri (dal 2004);
- c) il Comitato per il controllo delle infezioni in Sanità (rinnovato nel 2006).

Inoltre, dal 2005, presso l'Unità Operativa di Medicina Legale è stato istituito un Modulo Organizzativo di Gestione del Rischio Clinico.

L'attività di **formazione e aggiornamento dell'Azienda USL di Ferrara** sui temi richiamati è stata intensa; in particolare, sono da ricordare:

I. Convegni sulla Gestione del Rischio Clinico e del Contenzioso

Nell'ultimo triennio sono stati organizzati diversi convegni in tema sia di gestione del rischio, sia di gestione del contenzioso.

Capitolo 4

II. Seminari di formazione sulla Gestione del Rischio Clinico (dal 2004)

— generali (informazione e consenso / documentazione

sanitaria / linee guida / analisi aree critiche /

infezioni ospedaliere ecc.)

— tematici per aree operative (per UU.OO. oppure per Dipartimenti)

— tematici per argomento (informazione e consenso + documentazione sanitaria)

Nel triennio sono state effettuate circa una ventina di iniziative.

III. Seminari e convegni per l'anno 2007

Sono già stati programmati:

- a) ulteriori seminari in tema di gestione del rischio (aree tematiche);
- b) tre seminari e un convegno sul controllo delle infezioni ospedaliere.

Per una migliore implementazione delle procedure di gestione del rischio clinico e di controllo delle infezioni ospedaliere, è attualmente in corso la costituzione di una **rete di referenti** per unità operativa (rappresentate da un medico e un infermiere, o comunque un'unità dell'area comparto.

Rete di referenti per il rischio clinico – Azienda USL di Ferrara

RETE DI REFERENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

AZIENDA USL DI FERRARA



Referenti di tutte le Unità Operative dell'Azienda:

I. dirigente medico

II. unità area comparto (infermiere, tecnico ecc.)

I. IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI

La "Risk Identification" è il processo mediante il quale si identificano situazioni, comportamenti e procedure, che possono portare a una "Loss" (perdita in senso generico, anche economico).

Le fonti della Risk Identification sono numerose; tra le più rilevanti si segnalano:

- la sicurezza degli ambienti e delle attrezzature;
- i percorsi per il controllo delle infezioni;
- i programmi di miglioramento della qualità e le procedure di accreditamento;
- la sorveglianza del grado di soddisfazione e dei reclami dei dipendenti e degli utenti;
- gli eventi avversi: casistica inerente la colpa professionale, infortuni sul lavoro, infortuni degli utenti e dei visitatori, risarcimento del danno ecc.;
- il Management e la Leadership.

L'approccio si basa sul presupposto che ogni errore è la conseguenza di problemi che lo precedono e che tali problemi potrebbero rendersi manifesti ancor prima che si realizzi l'evento avverso.

Ciò significa che, per ridurre gli errori, piuttosto che agire in modo restrittivo sui dipendenti è preferibile cercare soluzioni nel sistema (classicamente inteso come insieme di soggetti, tra loro correlati, che agiscono

in un contesto finalizzato a raggiungere determinati risultati) e – quindi – nel tessuto organizzativo del medesimo. Anche nei sistemi meglio organizzati si commettono errori.

L'osservazione non è affatto ridondante, poiché le procedure di gestione del rischio vanno applicate indipendentemente dalla qualità (ancorché elevata) delle prestazioni erogate.

Creare un sistema sicuro è un'esigenza pressante e indifferibile.

Come ricordato, certe evenienze possono lasciar trasparire rischi non adeguatamente controllati, che potrebbero concretizzarsi in ulteriori eventi avversi, a volte anche più gravi e/o frequenti.

Gli eventi sentinella sono evenienze che si manifestano in modo assolutamente inatteso, ma che costituiscono momenti rivelatori di gravi criticità del sistema.

In Italia, il Ministero della Salute ha ritenuto di adottare la seguente definizione: "eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario". In particolare, sono stati identificati i seguenti eventi:

Elenco degli Eventi Sentinella (Ministero della Salute)

- 1. Procedura in paziente sbagliato
- 2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
- 3. Suicidio in paziente ricoverato
- 4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure
- 5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO (codice ICD9CM: 999.6)
- 6. Decesso, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori di terapia associati all'uso di farmaci
- 7. Decesso materno o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
- 8. Abuso su paziente ricoverato
- 9. Mortalità in neonato sano di peso > 2500 g. entro 48 ore dalla nascita
- 10. Ogni altro evento avverso che causa morte o gravi danni indicativo di malfunzionamento del sistema e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Questi eventi – esprimendo criticità di sistema di notevole rilievo – sono oggetto di specifica segnalazione – distinti dagli eventi destinati all'Incident Reporting.

Nondimeno, tali eventi – anche laddove non sia stata ravvisata una specifica colpa professionale – possono esprimere rilevanti criticità di alcune procedure operative.

Dal momento in cui è stato sottoscritto l'accordo tra Regione Emilia Romagna e Ministero della Salute per il monitoraggio degli eventi sentinella (3 ottobre 2006: verbale trasmesso alle Aziende Sanitarie della Regione il 6 dicembre 2006) nell'**Azienda USL di Ferrara** non sono stati registrati fatti caratterizzabili come "eventi sentinella", peraltro comunque assolutamente occasionali negli ultimi anni.

L'Incident Reporting è una modalità standardizzata di segnalazione di eventi indesiderati, finalizzata a rilevare criticità del sistema o di alcune procedure.

Altre organizzazioni, prima ancora che in ambito sanitario (basti ricordare l'"Aviation Safety Reporting System" redatto oltre un ventennio or sono dal "NASA's Ames Research"), hanno sviluppato con successo sistemi di segnalazione, con apprezzabili risultati nella prevenzione di eventi avversi, ancorché sia necessario fin d'ora sottolineare che qualsiasi sistema di segnalazione non può fornire dati epidemiologici esatti.

L'Azienda USL di Ferrara ha aderito alle sperimentazione regionale che, dall'inizio del 2004 ha interessato le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione (eventi indesiderati verificatisi nelle sale operaorie), mentre dal 2005 è iniziata la sperimentazione nelle Unità Operative di Ostetricia (eventi indesiderati verificatisi in sala parto).

Rileva che sono state superate con discreta facilità le comprensibili resistenze all'implementazione della procedura, circa la riservatezza e le potenziali conseguenze disciplinari della segnalazione di eventi indesiderati e/o avversi. Tali difficoltà hanno interessato maggiormente l'area di Ostetricia rispetto a quella di Anestesia.

La sperimentazione regionale, a cui l'Azienda USL di Ferrara ha aderito, ha adottato il sistema di classificazione australiano, che prevede:

Capitolo 4

- a) un "indexing" specifico per attività;
- b) una classificazione in otto livelli di gravità;

Incident Reporting – livelli di gravità (sperimentazione con l'Agenzia Sanitaria della RER)

LIVEL	DEFINIZIONE	
LO		
1	EVENTI POTENZIALI	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente / pavimento sdrucciolevole coperto dove non sono avvenute cadute).
2		Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato).
3	EVENTI EFFETTIVI	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente).
4		ESITO MINORE – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento.
5		ESITO MODERATO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine)/trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici, impacchi freddi).
6		ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/trasferimento ad altra UO che non richieda il prolungamento della degenza
7		ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione
8		ESITO SEVERO – disabilità permanente/contributo al decesso

Nella tabella 8 sono riassunte le segnalazioni finora inoltrate dalle Unità Operative dell'**Azienda USL di Ferrara**, che partecipano alla sperimentazione, secondo livello di gravità.

STRUTTURA	Liv. 1	Liv. 2	Liv. 3	Liv. 4	Liv. 5	Liv. 6	Liv. 7	Liv. 8	Тот.
Anestesia (1)	25	36	28	17	5	4	3	2	120
Ostetricia (2)	17	2	1	0	0	0	0	0	20

⁽¹⁾ dal marzo 2004 al dicembre 2006 (4 Unità Operative. coinvolte)

La sperimentazione procederà secondo le indicazioni dell'Agenzia Sanitaria della Regione, salvo l'ipotesi di alcune sperimentazioni a livello locale, richieste da alcuni direttori di struttura complessa delle unità operative di degenza.

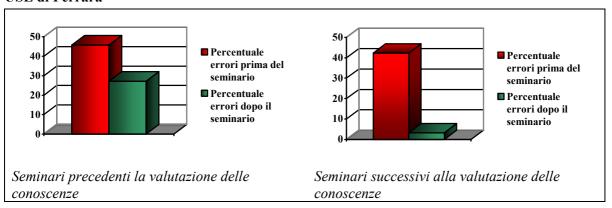
INFORMAZIONE E CONSENSO

Costituisce uno dei cardini della gestione del rischio clinico, non tanto nella consueta chiave di lettura giuridica (validità del consenso in relazione all'età, alle condizioni psicofisiche ecc.), quanto come fondamentale processo di comunicazione, nel quale il medico si gioca ampia parte della fiducia del paziente. Ciò ha notevole importanza nel prevenire azioni rivendicative, soprattutto allorquando si verifica un evento avverso.

Nel corso di alcuni seminari sul Risk Management, tenuti nel 2005 presso l'**Azienda USL di Ferrara**, nel contesto delle procedure sperimentali di Incident Reporting, furono somministrati test prima e dopo il seminario, per valutare le conoscenze in tema di consenso informato, ma anche per valutare l'efficacia del seminario e rilevare eventuali "gap" nella formazione.

I risultati hanno evidenziato spunti di notevole interesse.

Valutazione delle conoscenze in tema di informazione e consenso: seminari di formazione – Azienda USL di Ferrara



In particolare, la maggior parte dei medici ha indicato una risposta errata sia prima del seminario, sia dopo il seminario in due dei dieci item somministrati: il primo riguarda l'età in cui può essere fornito un valido consenso alle cure, il secondo è riconducibile all'identificazione delle condizioni che possono caratterizzare lo stato di necessità (ampia parte dei medici ha infatti ritenuto dirimente il "pericolo di vita" anziché l'obnubilamento del sensorio!).

È necessario ricordare ancora che l'obiettivo – anche nel corso della formazione – non è tanto l'aspetto giuridico del consenso informato, quanto invece (vero significato del momento informativo) il processo di comunicazione, momento irripetibile per conquistare la fiducia del paziente e creare un "feeling" che, oltre a rispondere a un comportamento deontologicamente di notevole spessore culturale e professionale, ha non trascurabili probabilità di ridurre sensibilmente eventuali pulsioni rivendicative, allorquando si dovessero verificare eventi indesiderati.

Nel corso del 2006 le procedure di informazione e consenso sono state oggetto di obiettivo di risultato per tutte le Unità Operative di degenza, monitorato da un gruppo di lavoro multidisciplinare, che ha emanato direttive circa le modalità di informazione e acquisizione del consenso.

⁽²⁾ settembre 2005 al dicembre 2006 (1 Unità Operativa coinvolta, una seconda in via di attivazione)

L'attività è stata verificata sottoponendo a un campione di pazienti un questionario .

Informazione e consenso – Azienda USL di Ferrara (test distribuito a pazienti sottoposti a intervento chirurgico presso i 5 Presidi Ospedalieri)

Domanda 1. Prima dell'intervento chirurgico, Le sono state fornite da parte del medico le informazioni relative all'intervento stesso?

Domanda 2. Ha compreso le informazioni che Le sono state fornite?

Domanda 3. Ha avuto il tempo di leggere il modulo di consenso all'intervento?

Domanda 4. Se si, Le è sembrato comprensibile?

Domanda 5. Si ricorda di aver firmato il foglio di consenso all'intervento come quello allegato?

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Se il consenso costituisce uno dei punti di maggiore forza, tutta la letteratura scientifica sull'argomento è concorde che – nel contesto di una corretta procedura di Risk Management – l'arma più efficace resta la cartella clinica. Al di là delle consuete indicazioni medico – legali circa la gestione del documento (chiarezza, leggibilità, completezza ecc.), è necessario sottolineare che la cartella clinica rappresenta la migliore difesa a disposizione del medico, contrariamente all'opinione di coloro che ritengono che "meno si scrive, meglio è".

Oltre il fatto che la cartella clinica ha certamente valore probatorio "a querela di falso", il che significa che le annotazioni apportate sono ritenute veritiere fino a prova contraria, nondimeno, come ricorda Kraus, l'impatto – nell'ambito di un'inchiesta giudiziaria – con una cartella clinica mal compilata, o comunque disordinata, o sulla quale sono apposte correzioni (più o meno postume rispetto agli avvenimenti che dovrebbe testimoniare), spesso induce nel Magistrato concreti dubbi (a prescindere dalla ammissibilità) circa l'adeguatezza delle cure.

In considerazione della rilevanza del tema, nel contesto delle procedure adottate dall'Azienda USL di Ferrara si è ritenuto opportuno eseguire innanzitutto una verifica delle cartelle cliniche, utilizzando una procedura diversa dalla metodologia abitualmente eseguita per valutare la congruità delle SDO, ai fini della valutazione dell'appropriatezza della compilazione, ovvero una metodologia più adeguata alle procedure di gestione del rischio. La verifica non era pertanto rivolta alla valutazione della gestione della documentazione di determinate unità operative, bensì alla metodologia da implementare.

Sono state pertanto esaminate – contestualmente alle procedure sperimentali di Incident Reporting – le cartelle cliniche di quattro Unità Operative di un Dipartimento e sono state allestite schede di valutazione, basate su 10 item, che rispondono ai requisiti richiesti.

Valutazione delle cartelle cliniche (procedure di Risk Management, Azienda USL di Ferrara)

N°	Ітем	SCORE (1 ÷ 5)
1	Leggibilità	
2	Chiarezza	
3	Abbreviazioni improprie	
4	Completezza dei dati	
5	Dati anamnestico / obiettivi	
6	Annotazioni improprie	
7	Correzioni improprie	
8	Sequenza cronologica	
9	Time – gap	
10	Scheda di informazione e consenso	

Per definire lo "score" è stata utilizzata una scala pentenaria da 1 a 5 (rispettivamente: insufficiente, mediocre, sufficiente, buono, ottimo), in coerenza alle abituali modalità di valutazione.

Si è infine ritenuto di attribuire una valutazione in relazione alla percentuale di cartelle cliniche che rispondono ai requisiti richiesti (tabella 13).

Valutazione delle cartelle cliniche (procedure di Risk Management, Azienda USL di Ferrara)

PUNTEGGIO	ATTRIBUZIONE QUALITATIVA	% CARTELLE
1	Insufficiente	= 50%
2	Mediocre	> 50% = 65%
3	Sufficiente	> 65% = 80%
4	Buono	> 80% = 90%
5	Ottimo	> 90%

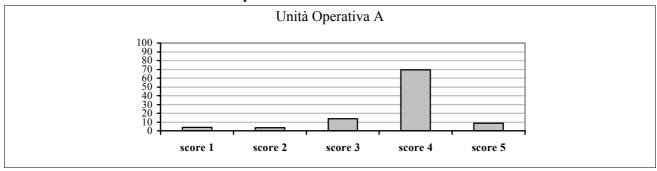
I risultati ottenuti si sono dimostrati anche in questo caso di notevole interesse, anche se si è deciso di differire l'item n. 10, stante l'eterogeneità delle schede in uso sul consenso informato.

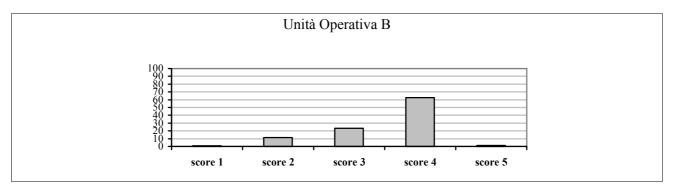
Per quanto attiene la distribuzione degli "score", si osserva un'omogeneità tra le quattro Unità Operative, con la massima concentrazione sullo "score" 4 (compilazione delle cartelle in modo più che soddisfacente), con minimi aspetti di criticità, che riguardano dunque poche cartelle cliniche e – pertanto, verosimilmente – un limitato numero di operatori.

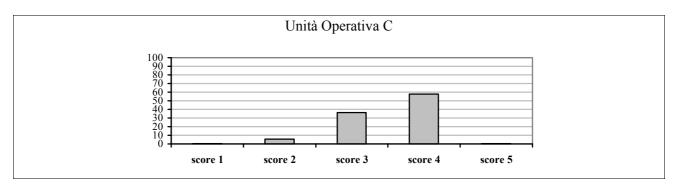
In ogni caso, non si può non sottolineare che oltre il 90% delle cartelle esaminate sono state valutate negli "score" compresi fra 3 e 5 ("range" tra sufficiente e ottimo).

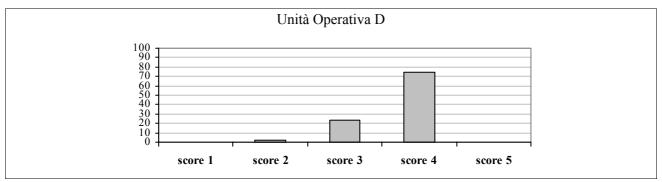
Capitolo 4

Valutazione cartelle cliniche in un Dipartimento dell'Azienda USL di Ferrara



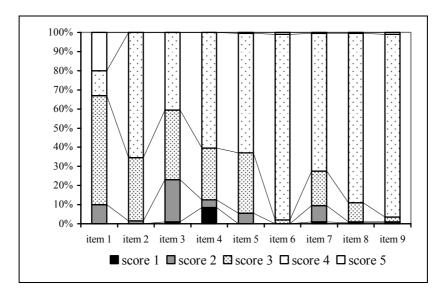






Sono da osservare con attenzione alcune seppur lievi criticità, rappresentate soprattutto dagli item n. 3 (abbreviazioni improprie) e n. 7 (rilievo di correzioni improprie).

Valutazione delle cartelle cliniche Dipartimento delle Emergenze, Azienda USL di Ferrara) [NB: grafico "a pila"; le criticità sono evidenziate dalle aree più scure]



Anche la gestione della cartella clinica è stata identificata come obiettivo di risultato per l'anno 2006, per tutte le Unità Operative di degenza.

Un gruppo di lavoro, analogamente alle procedure di acquisizione del consenso, ha elaborato un modello aziendale, mentre connotazioni specifiche sono state previste per i singoli Dipartimenti clinici. Sono state inoltre implementate procedure sui temi che seguono:

Gestione della cartella clinica – Procedure di Risk Management Azienda USL di Ferrara

- Apertura della cartella clinica
- Compilazione e aggiornamento
- Conservazione e rintracciabilità
- Chiusura e consegna alla Direzione Sanitaria
- Archiviazione
- Richiesta di copia di Cartella Clinica
- Rilascio di copia della cartella Clinica
- Matrice delle responsabilità

LINEE GUIDA E PROTOCOLLI

Nel contesto della gestione del rischio, merita un breve cenno anche questo dibattuto argomento.

L'utilizzo delle linee – guida, come per i protocolli operativi, costituisce una delle maggiori esigenze del Governo Clinico. La validità delle linee – guida è legata a criteri ben definiti e il loro allestimento è finalizzato alla ricerca delle correlazioni (in termini di evidenza scientifica) tra una procedura clinica e gli *outcome* a breve e lungo termine.

La validità delle linee – guida è dunque strettamente incentrata sulla rigorosità dell'analisi e della revisione della letteratura scientifica. Le ricerche sono finalizzate a identificare e sintetizzare le evidenze più rilevanti in ordine a specifici quesiti clinici, compresi eventuali "gap".

L'ultima fase è costituita dalla sintesi delle evidenze.

Livello di evidenza delle linee – guida

LIVELLO EVIDENZA

a Evidenza ottenuta dalla revisione sistematica della meta-analisi di studi randomizzati e

con	 	-+-

- **Ib** Evidenza ottenuta da almeno uno studio randomizzato e controllato.
- **IIa** Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato, non randomizzato.
- **IIb** Evidenza ottenuta da almeno un tipo di studio ben progettato e "quasi sperimentale".
- III Evidenza ottenuta da studi non sperimentali, descrittivi, ben progettati.
- IV Evidenza ottenuta da report, oppure opinioni, di un gruppo di esperti e/o da autorità cliniche qualificate e di esperienza.

Attualmente, presso l'**Azienda USL di Ferrara**, l'utilizzo di linee-guida è affidato ai responsabili delle strutture, in particolare di degenza, per cui è necessario che la materia – segnatamente nel contesto di azioni di "Governo Clinico" – sia implementata per ottenere una maggiore adesione all'utilizzo delle linee-guida, sulla base dell'evidenza scientifica.

CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Dal 2005 l'Agenzia Sanitaria Regionale ha individuato, per l'area rischio infettivo, i seguenti temi:

- 1) Istituzione di un gruppo regionale CIO;
- 2) Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico;
- 3) Nuovo sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella;
- 4) Rischio infettivo in ambiente endoscopico;
- 5) Lotta alla sepsi in Emilia Romagna (Progetto LaSER).

a) Istituzione di un gruppo regionale CIO

La rete CIO-RER è stata istituita nell'Ottobre 2005. Trattasi di una rete di collegamento e confronto tra i vari CIO della Regione con la finalità di definire obiettivi, metodologia e temi di lavoro. Gli obiettivi di lavoro specifici della rete individuati sono:

- confronto/discussione di temi emergenti (es: legionellosi; resistenze agli antibiotici);
- definizione di una risposta comune a problemi presenti in più Aziende;
- promuovere e implementare interventi formativi rivolti agli operatori sanitari;
- definizione di un modello organizzativo per l'attività di prevenzione e controllo delle infezioni svolta presso le Aziende Sanitarie che consideri anche le modalità di relazione tra CIO e altri servizi trasversali (Risk Management; Qualità; Formazione).

Vista la complessità degli argomenti trattati si ravvisata la necessità di individuare tre sottogruppi di lavoro e rispettive tematiche assegnate da approfondire.

b) Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico

L'Agenzia Sanitaria Regionale ha fra gli obiettivi 2004-2006 l'attivazione di un sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (Progetto Sich-ER). Per raggiungere tale obiettivo ha istituito un gruppo di lavoro che si incontra già dal maggio 2005.

I risultati ottenuti sono stati:

- creazione di una rete stabile di coordinamento tra l'Agenzia e le Aziende che partecipano al progetto;
- elaborazione del protocollo generale e del protocollo specifico per unità operativa sul tema;
- progettazione e realizzazione di un software adibito alla raccolta informatizzata dei dati relativi alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico;
- pacchetto formativo per ogni Azienda;
- quantificazione del personale da formare;
- avvio del progetto in alcune Aziende della Regione;
- arruolamento di tutte le Aziende della Regione dal 01/01/2008

L'**Azienda USL di Ferrara** rientra tra quelle individuate dalla Regione all'interno delle quali far partire il progetto a partire dall'anno 2007.

Nello specifico, per quanto riguarda l'Azienda, i risultati sono stati:

- individuazione e addestramento di due formatori;
- studio di fattibilità circa l'informatizzazione del registro operatorio per la messa in rete del software creato dall'Agenzia;
- individuazione delle Unità Operative partecipanti e del personale da formare;
- individuazione degli interventi da sorvegliare.

Le criticità per l'avvio del progetto presso la nostra Azienda possono essere così riassunte:

- installazione del software regionale per la raccolta dei dati;
- arruolamento del personale da formare;
- arruolamento delle Unità Operative individuate;
- risorse limitate.

b) Nuovo sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella

Il nuovo Sistema di segnalazione delle Malattie infettive è in vigore dal 1/04/2006. Nella nostra Azienda tale sistema è ancora in fase di implementazione.

c) Rischio infettivo in ambiente endoscopico

L'Agenzia Sanitaria Regionale ha elaborato nell'anno 2005 un documento riguardante il reprocessing degli endoscopi, al fine di prevenire e controllare il rischio infettivo associato alle prestazioni di endoscopia digestiva e broncoscopia.

Coerentemente a ciò, la nostra Azienda ha deciso di istituire un gruppo di lavoro multidisciplinare che affronti la tematica. Il gruppo di lavoro, sulla base dei protocolli già esistenti presso ciascuna Unità Operativa, dovrà effettuare una revisione critica degli stessi per giungere a uno strumento unico condiviso, in coerenza con le linee guida più recenti riguardanti il reprocessing degli endoscopi flessibili.

d) Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna (Progetto LaSER)

Il progetto, presentato dall'ASR nel corso del seminario tenutosi il 5 Giugno 2006, prevede:

- istituzione e implementazione di un database regionale;
- individuazione di un "Team Sepsi" per ogni Presidio Ospedaliero dotato di Unità Operative di Terapia Intensiva;
- formazione specifica dei componenti del Team;
- sorveglianza degli eventi infettivi nelle U.O. di Terapia Intensiva;
- avvio di un programma di miglioramento delle pratiche assistenziali in Terapia intensiva.

L'Azienda USL di Ferrara – inoltre – ha recentemente rinnovato (precisamente nel luglio 2006) il "Comitato per la prevenzione e il controllo delle infezioni contratte in ambito sanitario", nel quale sono stati costituiti tre gruppi di lavoro:

I. Organizzazione della formazione

Mauro Martini (referente)

Florio Ghinelli Marisa Cova Maurizio Guglielmini

II. Determinazione degli indicatori aziendali Dario Pelizzola (referente)

Marco Libanore Loretta Alberani Anna Campi

III. Ricognizione delle attività e delle risorse Silvano Nola (referente)

Giovanni Sessa Sabina Barison

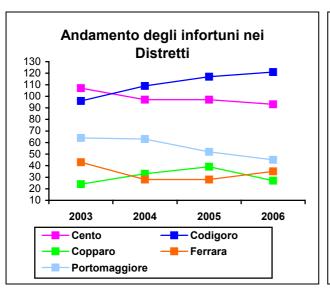
Rossella Pescerelli

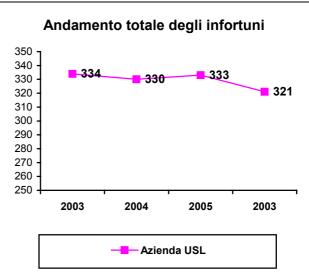
Il Comitato ha presentato alla Direzione dell'Azienda un documento di programmazione per l'anno 2007, in cui sono contenuti i dati statistici essenziali, l'analisi delle risorse necessarie e le azioni formative (ciclo di seminari a gruppi limitati e un convegno).

Infine, rileva che le azioni formative, da cui deriva il rinnovo o la revisione delle procedure, sono state inserite tra gli obiettivi di risultato per l'anno 2007 a tutte le unità operative di degenza.

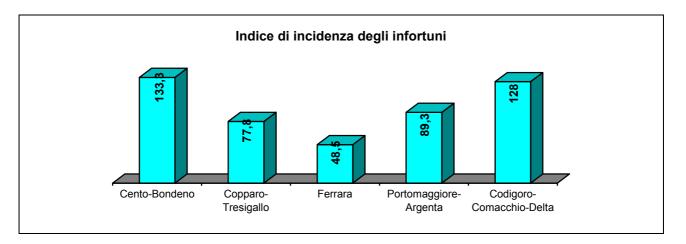
Gestione degli infortuni

Dal sistema informativo di supporto alla gestione dei dati infortunistici vengono elaborati i seguenti indicatori:

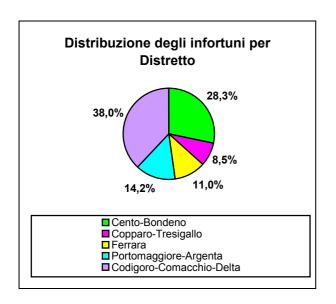


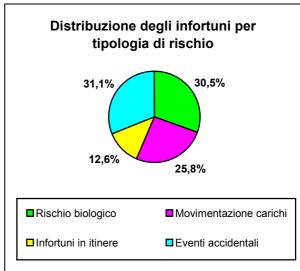


Infortuni divisi per rischio e per Distretto						
	_	Rischio biologico	Movimentazione carichi	Infortuni in itinere	Eventi accidentali	Totale
COPPARO		10	4	1	12	27
PORTOMAG.		13	18	4	10	45
FERRARA		3	3	14	15	35
CODIGORO		40	27	16	38	121
CENTO		34	30	5	24	93
	TOTALE	100	82	40	99	321



Indice di Incidenza = Numero di infortuni su numero di lavoratori/1000.

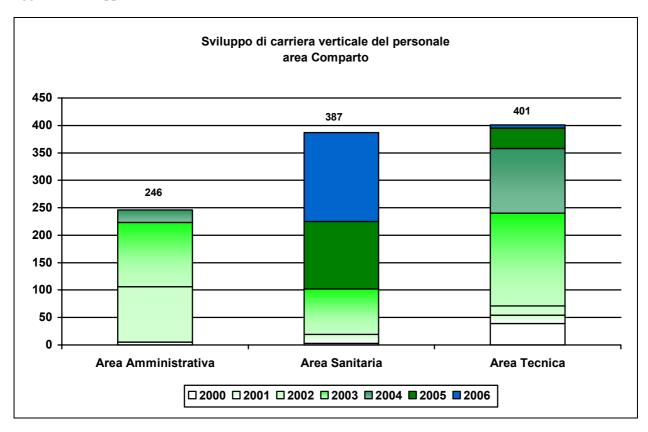




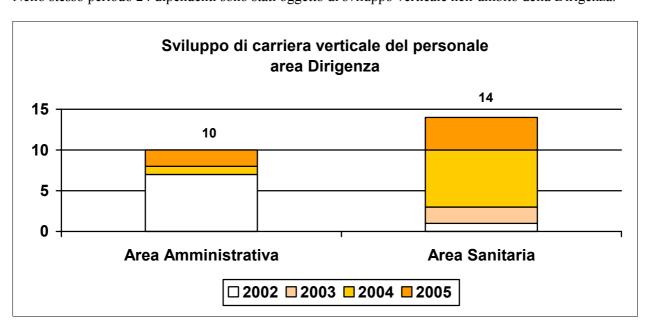
4.2 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

RELAZIONE SUL PROCESSO DI RIQUALIFICAZIONE COMPLESSIVA PER DELL'ANNO 2005

Nel corso del quadriennio che va dal 2002 al 2006 ben 1034 dipendenti dell'area del comparto sono stati oggetto di sviluppo verticale di carriera.



Nello stesso periodo 24 dipendenti sono stati oggetto di sviluppo verticale nell'ambito della Dirigenza.



LE MODIFICHE ALLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

GLI INCARICHI CONFERITI NELL'AMBITO DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Tra i meccanismi di qualificazione del personale dipendente vi è quello del conferimento o rinnovo degli incarichi di direzione di struttura o posizione organizzativa

Nel corso del 2006 su 346 strutture organizzative (Unità operative e moduli organizzativi) e 72 posizioni organizzative sono stati conferiti ex novo su posti precedentemente vacanti o a seguito di rinnovo o sostituzione circa 55 incarichi.

	Previsti nella struttura	Incarichi conferiti o rinnovati nel corso	Incarichi conferiti negli anni
	organizzativa	del 2006	precedenti
Area degli Staff			1
Dipartimenti			
Unità operative e strutture			
complesse	8	4	6
Moduli organizzativi	12	1	9
Coordinamenti di area	7	0	7
Posizioni organizzative	14	1	13
Area Amministrativa			
Dipartimenti	4	2	2
Unità operative	10	3	5
Moduli organizzativi	17	2	9
Posizioni organizzative	23	1	20
Area Territoriale			
Dipartimenti	6	6	0
Unità operative	12	1	11
Moduli organizzativi	36	5	24
Posizioni organizzative	12	1	11
Area Ospedaliera			
Dipartimenti	9	1	8
Unità operative	39	7	29
Moduli organizzativi	104	7	88
Posizioni organizzative	11	1	10
Area della Prevenzione			
Dipartimenti	1		
Unità operative	12	2	9
Moduli organizzativi	29		22
Posizioni organizzative	10	7	3
Area della Salute Mentale			
Dipartimenti	1	1	0
Unità operative	9		8
Moduli organizzativi	25		25
Posizioni organizzative	2	1	1
Dipart. E Progr. Interaziendali			
Dipartimenti e Programmi	5	1	4

4.3 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Il processo di aziendalizzazione della Sanità Pubblica implica il raggiungimento di obiettivi predefiniti, verificabili attraverso strumenti che siano coerenti con gli stessi e che contemporaneamente favoriscano la crescita dell'organizzazione.

L'Azienda USL di Ferrara ha attivato un innovativo "Sistema di Valutazione Aziendale", in Staff alla Direzione Generale, con l'obiettivo di coordinare e omogeneizzare i diversi organismi di verifica e monitoraggio dei dirigenti.

In questa logica la Direzione ha modulato gli obiettivi aziendali introducendo, oltre a quelli strategici e di risultato, gli obiettivi di posizione attribuiti ai dirigenti secondo tre nuove tipologie:

- obiettivi standard, riconducibili alle capacità gestionali e tecnico-professionali relativi alla qualifica e al contesto organizzativo;
- obiettivi di programmazione, relativi a esigenze specifiche della struttura di competenza;
- obiettivi mirati, che derivano da eventuali criticità per le quali si rendono necessarie azioni di correzione.

In accordo con gli obiettivi di budget e in base alle specifiche aree di competenza, gli obiettivi di posizione vengono inseriti nei contratti individuali dei dirigenti che verranno verificati in corso d'opera e allo scadere del contratto.

Area della Dirigenza

Per il personale di un'Azienda un Sistema di Valutazione stabile, trasparente e condiviso può significare avere l'opportunità di:

- confrontarsi con le aspettative della Direzione e del Responsabile di struttura;
- verificare l'appropriatezza della propria professionalità;
- individuare le potenziali prospettive di sviluppo;
- trovare un contesto per affrontare e metacomunicare sui progetti e le criticità attuali e sulle possibili azioni di miglioramento;

L'Attività Consolidata: la valutazione delle diverse tipologie di incarico nei dipartimenti

	Dirigenti valutati per Dipartimento	Dirigenti valutati per Dipartimento al	Dirigenti valutati per Dipartimento	Dirigenti valutati per Dipartimento al
Dipartimenti valutati	al 31/12/03	31/12/04	al 31\12\05	31\12\06
Acquisti, contratti e logistica	0	1	1	2
Attività tecniche patrimoniali e tecnologiche	0	1	5	3
Area staff Direzionali - Area amministrativa	0	0	0	2
Area staff Direzionali- Medicina Legale		0	0	3
Chirurgico	3	31	23	2
Cure Primarie	0	33	2	14
Dsm	56	10	15	11
Diagnostica di Laboratorio	15	0	9	1
Diagnostica per immagini	7	17	5	4
Farmaceutico Dipartimento Interaziendale	0	0	8	1
Medicina	1	60	26	13
Distretti	3	0	0	3
Economico Finanziario			2	2
Emergenza	7	21	27	13
Funzioni amministrative distrettuali	0	1	1	1
Gest. Ris. Umane	0	1	3	2
Materno Infantile	3	14	16	2
Medicina di Comunità	7	0	0	1
Presidio ospedaliero	0	4	3	1
Prevenzione e Protezione. Dipartimento				
interaziendale	0	0	1	1
Programma Dipendenze Patologiche	0	18	0	0
Programmazione finanziaria acquisti e contratti				0
Sanità Pubblica	2	44	19	8
Servizi Ospedalieri	1	0	0	
Staff Dirigenziali	0	1	5	0
ТОТ	105	257	171	90

L'Evoluzione del Sistema Valutativo dell' Area della Dirigenza :

Tipologia di posizione dirigenti valutati	Dirigenti valutati al 31\12\03	Dirigenti valutati al 31\12\04	Dirigenti valutati al 31\12\05	Dirigenti valutati al 31\12\ 06
Incarico Professionale	64	161	106	52
Responsabile Modulo	24	68	43	12
Unità Operativa	6	21	13	16
Direttore Dipartimento	6	7	9	7
Direttore Presidio Ospedaliero	1	0	0	0
Direttore Distretto	3	0	0	3
Totale 362	105	257	171	90

La revisione delle schede di Valutazione professionale dei Dirigenti e la loro contestualizzazione per diversi Dipartimenti

Nel corso dell'anno si è continuato nell'attività di rimodulazione delle competenze professionali individuando quelle maggiormente aderenti alle specifiche professionalità di ciascun Dipartimento e alle diverse posizioni dirigenziali, alla individuazione di criteri di verifica coerenti per tipologia professionale e pesatura relativa, in un'ottica di un sistema direzionale di rete e in coerenza con le logiche della qualità.

Tale percorso è stato ultimato nell'anno 2006 con il Dipartimento di Medicina e realizzato con i Dipartimenti delle Cure Primarie.

L'elaborazione delle schede di valutazione per i Dipartimenti ospedalieri: la conclusione dl percorso iniziato con il Dipartimento di Medicina

Tale attività è stata l'occasione per concretizzare la logica di rete dipartimentale. Infatti durante l'attività di informazione/formazione per la condivisione delle logiche valutative e la costruzione degli strumenti di valutazione dei Coordinatori dell'Area del Comparto, dalla riflessione sulle nuove funzioni attribuite a tale profilo di responsabilità all'interno delle strutture dipartimentali è sorta l'esigenza di utilizzare questa attività per favorire la chiarezza dei rispettivi ruoli in relazione alla mission del Dipartimento, in coerenza con la Direttiva Regionale per l'adozione dell'Atto Aziendale e i rispettivi CCNL e a tal fine sono stati realizzati incontri con tutti gli interlocutori.

Tale chiarimento è stato il filo conduttore del lavoro con i Dirigenti del Dipartimento che si è concluso nel corso del 2006 producendo le schede di valutazione per le tre tipologie di incarico maggiormente aderenti alle professionalità e alle attività svolte dai Dirigenti in prevalenza in ambito ospedaliero.

Il contributo de i Dipartimenti delle Cure Primarie per la definizione delle schede di valutazione dei dirigenti territoriali

Nel corso dell'anno 2006 è stato realizzato lo stesso Progetto di informazione/formazione con i Dirigenti dei Dipartimenti delle Cure Primarie che hanno integrato gli strumenti già elaborati dagli altri Dipartimenti sanitari con le competenze particolarmente rappresentative delle attività da loro svolte sul territorio distrettuale.

Così come nel percorso concluso con i Dirigenti del Dipartimento di Medicina, anche il lavoro dei Dirigenti coinvolti per i Dipartimenti delle Cure Primarie è stato supportato dalla documentazione riguardante gli aggiornamenti normativi e contrattuali, i parametri dell'Accreditamento, i materiali prodotti dalle strutture Territoriali di appartenenza per sostenere la logica della connessione fra il sistema delle strategie gestionali aziendali, dipartimentali e professionali.

Anche a questo percorso la Commissione Regionale, per il carattere innovativo e di qualità istituzionale del progetto, ha assegnato N. 15 Crediti ECM per 12 ore di formazione .

L'evoluzione del Sistema Valutativo della Area del Comparto :

A) La contestualizzazione delle schede di Valutazione per gli incarichi di Coordinamento

Il percorso di definizione delle schede di valutazione degli incarichi di Coordinamento già impostata negli anni precedenti e che ha previsto la valutazione sperimentale di tutti gli incarichi di coordinamento nel 2005, è stato terminato nel corso del 2006 realizzando la seconda fase che prevedeva la contestualizzazione dipartimentale e professionale delle schede stesse, la definizione delle procedure del percorso valutativo, dalla tempistica agli strumenti.

L'obiettivo è stato raggiunto attraverso incontri di lavoro con i Coordinatori che, aggregati per appartenenza dipartimentale, per aree ospedaliere e per aree territoriali, hanno prodotto <u>una scheda di valutazione analitica</u>

<u>definitiva</u>, ridefinendo e contestualizzando le competenze e i criteri di valutazione specifici coerentemente con le logiche della qualità, dell'accreditamento e il modello strategico direzionale di ciascun Dipartimento.

Tale attività ha favorito anche il raggiungimento di una maggior identità di profilo, è stata occasione di confronto fra opportunità e criticità, ha favorito il senso di appartenenza dei coordinatori al profilo e alla struttura di riferimento.

Gli incontri tra Coordinatori, Dirigenti medici e rispettivi Direttori di Dipartimento organizzati allo scopo di chiarire le responsabilità reciproche e per approfondire la logica valutativa comune nell'ottica di rendere più esplicita la complementarietà dei differenti ruoli in relazione agli stessi obiettivi hanno favorito il raggiungimento degli obiettivi sopraesposti.

Complessivamente sono stati organizzati 10 incontri, a far data dal 31/1/06 al 12/05/06.

Nel percorso sono stati complessivamente coinvolti 88 professionisti (di cui 71 dell'Area del Comparto e 17 dell'Area della Dirigenza)

Nell'ultima parte del percorso è stato prodotta la procedura applicativa della Valutazione Professionale dei Coordinamenti (definizione delle procedure del percorso valutativo, dalla tempistica agli strumenti) che è stata oggetto di un atto deliberativo specifico (n. 235 del 31/07/06).

B) Adeguamento del modello di valutazione agli incarichi di Posizione Organizzativa:

A seguito della pregressa messa a punto del Sistema di Valutazione Aziendale dei professionisti, già applicato a livello sperimentale alla Dirigenza e agli incarichi di Coordinamento del Comparto, la Direzione ha dato mandato a questa U.O. di prevedere l'estensione del processo valutativo anche per le tipologie di incarichi di Posizione Organizzativa, individuandone percorso e strumenti.

Nel corso dell'anno 2006 è stato costituito un Gruppo di lavoro per la definizione delle schede di valutazione degli incarichi di Posizione Organizzativa, sia professionale che gestionale, coerenti con gli obiettivi di posizione e con le competenze delle Posizione Organizzativa aziendali, come indicato dalle recenti normative e nel rispetto dei criteri definiti dalla concertazione avvenuta tra l'Azienda e le Organizzazioni Sindacali.

Complessivamente sono state coinvolti 71 titolari di Posizione Organizzativa di cui 26 sanitari, 26 tecnici - amministrativi e 19 in staff.

Nell'elaborazione delle stesse è stata posta attenzione all'uso di un linguaggio che potesse esprimere le similitudini e parimenti le diversità delle tipologie di lavoro.

Si è proceduto a una verifica della compatibilità delle due tipologie di schede con la possibilità di rilevare l'attività di tutti i titolari di P.O., coinvolgendo gli stessi anche attraverso una sperimentazione di autosomministrazione della scheda stessa da parte di ciascun partecipante.

Si rileva quindi che l'Azienda USL di Ferrara ha costruito e implementato un sistema complessivo e coerente per la valutazione dei professionisti delle diverse aree.

NUCLEO DI VALUTAZIONE

Svolge essenzialmente la verifica degli obiettivi legati al sistema incentivante.

Il Nucleo di Valutazione è composto da:

- I. un Presidente (dirigente dipendente dell'Azienda);
- II. tre membri (di cui uno appartenente ad altra Azienda Sanitaria; gli altri due dipendenti appartengono, rispettivamente, all'area economico-finanziaria e all'area di Gestione delle Risorse Umane).

La valutazione viene eseguita mediante l'acquisizione e l'analisi di report, nonché la verifica diretta presso altri organi (ad esempio, Controllo di Gestione).

La valutazione degli obiettivi per l'anno 2005 ha dato il risultato che segue. Obiettivi totali 904

a) obiettivi raggiunti: 592;

Capitolo 4

- b) obiettivi parzialmente raggiunti: 41;
- c) obiettivi non raggiunti: 2;
- d) obiettivi non realizzati con motivazione: 42;
- e) Indicatori inadeguati: 215;
- f) report inadeguati: 12.



Il Nucleo di Valutazione definisce il grado di raggiungimento dell'obiettivo, indipendentemente dal personale che partecipa al conseguimento del medesimo. Qualora siano riscontrate anomalie gestionali (ad esempio l'inadeguatezza o la mancanza di report), la responsabilità delle conseguenze economiche ricade esclusivamente sul responsabile dell'obiettivo.

4.4 Formazione

IL Piano Annuale della Formazione 2006

Nel percorso di rinnovamento in atto a livello aziendale, la Formazione costituisce la leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti e per la realizzazione degli obiettivi programmati e concorre a promuovere l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza prestata ai cittadini.

La Formazione infatti supporta il processo di sviluppo aziendale, attraverso la definizione di un programma a tutti i livelli di responsabilità, per favorire l'acquisizione delle nuove competenze tecnico-professionali e l'elaborazione delle nuove capacità manageriali e relazionali richieste dalla modernizzazione del Sistema Sanitario Nazionale.

Il Piano Formativo dell'Azienda USL di Ferrara, in sintonia con i requisiti richiesti dal processo di Accreditamento Istituzionale della Regione Emilia-Romagna, rappresenta per i Dipartimenti uno strumento di importante valenza programmatica e operativa, sintesi di una diffusa analisi dei bisogni. La formazione, infatti, diviene uno strumento per il raggiungimento dei propri obiettivi e per la risoluzione delle criticità rilevate con i diversi sistemi di monitoraggio, quali: i report dell'URP, i report sulle Non Conformità rilevati attraverso gli audit interni, gli scostamenti rispetto agli standard programmati.

Il governo del processo di Pianificazione in Azienda, come degli altri processi della formazione (Progettazione e Gestione degli interventi formativi), è garantito dalle Procedure del Sistema Qualità Certificato secondo gli standard ISO 9001:2000; la Pianificazione è svolta in coerenza con gli obiettivi programmatici aziendali e risponde ai bisogni di miglioramento professionale degli Operatori, inteso sia come sviluppo delle capacità tecnico-professionali, sia come sviluppo delle capacità relazionali e manageriali; la Progettazione degli eventi inseriti nel Piano annuale della Formazione si basa su criteri e indirizzi comuni, segue un percorso definito e condiviso, introduce strumenti per una verifica di qualità; la Gestione degli eventi risponde ai criteri stabiliti dal Sistema ECM.

Come previsto dalla nuova Legge Regionale n. 29/2004, il Piano Formativo 2006 è stato approvato dal Collegio di Direzione, organo al quale viene affidata una diretta responsabilità nell'elaborazione dei programmi di formazione.

Il Piano è stato deliberato dalla Direzione Aziendale il 23 febbraio 2006, nel pieno rispetto dei tempi programmati.

Per l'anno 2006, sono state definite le seguenti linee generali di indirizzo per la pianificazione delle attività formative, con riferimento alla necessità di correlare fortemente le strategie di sviluppo dei diversi contesti organizzativi con le proposte formative elaborate:

- implementazione dell'appropriatezza:
- > potenziamento dell'integrazione;
- > miglioramento e razionalizzazione delle condizioni di accesso;
- > miglioramento della qualità;
- > miglioramento dell'efficienza gestionale;
- obiettivi di rilevanza regionale.

Formazione finalizzata alla riqualificazione del personale

Da alcuni anni la riqualificazione del personale dipendente è fra gli obiettivi formativi prioritari della nostra Azienda.

Attraverso interventi formativi mirati, il personale coinvolto viene formato su argomenti e tecniche del profilo specifico e, successivamente, i dipendenti che hanno regolarmente frequentato i corsi partecipano alle selezioni interne per l'attribuzione del nuovo profilo.

Dopo la riqualificazione degli OSS e dei Massofisioterapisti degli anni scorsi, nel 2006 si è realizzato il Corso di riqualificazione per Autisti 118. A questa iniziativa formativa hanno partecipato 56 operatori tecnici specializzati (42 dipendenti dell'Azienda Sanitaria e 14 dipendenti dell'Azienda Ospedaliera), successivamente inquadrati nel profilo di operatori tecnici specializzati esperti – autisti di ambulanza, a seguito di selezione interna. Il corso, di 120 ore, si è svolto dal 4 maggio al 19 dicembre 2006.

Sperimentazione di nuove tipologie di formazione

La formazione a pagamento

Nel 2006 si è consolidata la sperimentazione delle iniziative formative a pagamento, rivolte a partecipanti esterni all'Azienda. Dopo la positiva esperienza condotta nel 2005 in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale e l'Azienda Sanitaria di Reggio Emilia, dal 6 novembre al 1° dicembre 2006, si è realizzata una nuova edizione del Corso per Facilitatori per l'Accreditamento, che ha coinvolto 45 partecipanti provenienti dalle varie Aziende Sanitarie della Regione e da altre Aziende diffuse sull'intero territorio nazionale.

Sono inoltre state realizzate due edizioni di un corso sul "Colloquio motivazionale- modulo base" e un modulo avanzato del Corso stesso.

Complessivamente sono stati formati 65 corsisti.

La Formazione a pagamento, oltre a fornire all'esterno un'immagine prestigiosa della nostra Azienda, può rappresentare una fonte di entrate certe da destinare al finanziamento di attività formative del personale dipendente e alla promozione e valorizzazione di percorsi formativi aziendali sperimentati e consolidati all'interno dell'Azienda e i cui contenuti formativi possono essere apprezzati anche all'esterno.

La formazione a distanza

Sempre nel 2006 l'Ufficio Formazione ha realizzato, in collaborazione con l'Unità Operativa "Tecnologia della Comunicazione", un corso in Formazione a Distanza in tema di "Utilizzo in sicurezza della Rete".

Il percorso, realizzato in forma sperimentale, ha coinvolto 40 dipendenti del ruolo amministrativo e tecnico e ha ottenuto un'ottima performance sia in termini di partecipazione e apprendimento, sia in termini di gradimento da parte dei corsisti che hanno espresso un parere nettamente positivo sull'iniziativa.

Si tratta della prima iniziativa completamente realizzata con risorse interne all'Azienda.

La Formazione a Distanza, introdotta nel Sistema di Educazione Continua in Medicina nel 2003 con un progetto del Ministero per la Salute, rappresenta una valida metodologia da affiancare al metodo tradizionale di svolgimento dei corsi finora utilizzato dalla nostra Azienda, attraverso l'utilizzo di strumenti informatici interattivi. Tale tipologia consente ai dipendenti di formarsi direttamente dalla propria postazione di lavoro e all'Azienda di realizzare un risparmio in termini di tempo/lavoro e di spese di viaggio.

Il Centro Didattico Aziendale "LIFE"

Dal 1 novembre 2006, il coordinamento del Centro Didattico Aziendale LIFE è stato affidato al Servizio Formazione.

Il Centro LIFE è nato nel 2001 presso l'Ospedale del Delta. È un Centro di Formazione finalizzato all'aggiornamento del personale sanitario dell'Azienda, in materia di emergenza sanitaria e primo soccorso e alla formazione e all'educazione sanitaria dei cittadini in tema di primo soccorso ed emergenza.

È certificato dall'Associazione Italian Resuscitation Council (IRC) ed è autorizzato dalla Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza Pediatrica a organizzare corsi di Paediatric Basic Life Support (PBLS) per il personale sanitario e non.

Nel corso di questi anni il Centro LIFE ha consolidato la sua attività, garantendo la formazione continua degli operatori sanitari dipendenti della nostra Azienda e sviluppando la formazione rivolta all'esterno.

La crescente domanda, in particolare di corsi esterni a pagamento, ha reso opportuno ripensare all' organizzazione del Centro stesso, prevedendone la collocazione all'interno del Servizio Formazione, struttura che coordina le attività di programmazione, progettazione e gestione delle attività formative complessive dell'Azienda, e che può garantire un valido supporto organizzativo e progettuale.

È stata, pertanto, definita la nuova Struttura Organizzativa del Centro che prevede un Direttore e un Responsabile Scientifico, i quali, per la realizzazione delle attività previste, si avvalgono di un Comitato di Gestione e di un Comitato Scientifico. La nuova organizzazione è prevista nel Regolamento del Centro LIFE, approvato dalla Direzione Aziendale il 28 dicembre 2006.

L'attività didattica è svolta da Istruttori appositamente formati, individuati all'interno dell'Azienda.

Per sostenere lo sviluppo delle attività del Centro LIFE, l'Azienda ne ha trasferito la sede in locali più idonei e funzionali, presso il Centro Formazione Provinciale di Codigoro. Entro breve saranno funzionanti altre due sedi decentrate, presso l'Ospedale di Argenta e l'Ospedale di Bondeno.

La Certificazione e il miglioramento continuo del Sistema di Gestione per la Qualità dell'Ufficio Formazione

Il 18 gennaio 2007 è stata effettuata dal CERMET, Ente Certificatore di parte esterna, la verifica di sorveglianza del Sistema di Gestione per la Qualità dell'Ufficio Formazione. La verifica ha avuto esito positivo. Dall'analisi della documentazione effettuata dal CERMET, non sono infatti emerse non conformità ma solamente osservazioni su problematiche rispetto alle quali l'Ufficio Formazione aveva già avviato una riflessione interna.

Una delle attività sulle quali l'Ufficio Formazione ha ritenuto prioritario intervenire è relativa ai contenuti e alle modalità di realizzazione del Riesame della Direzione, momento fondamentale di verifica delle attività realizzate e degli obiettivi raggiunti.

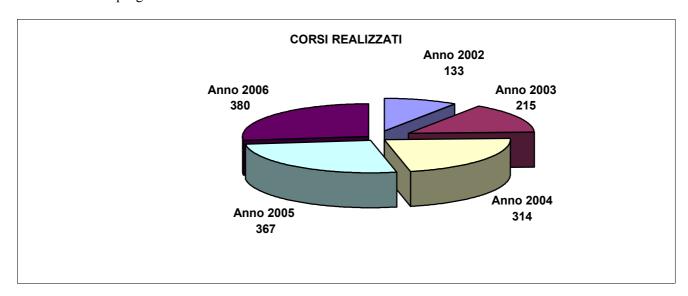
Il Riesame della Direzione del 27 aprile 2006 è stata l'occasione per un serio approfondimento, in particolare sulle aspettative dei clienti/committenti dell'Ufficio Formazione.

Attraverso questa analisi sono stati individuati nuovi indicatori, gli obiettivi conseguenti e le relative modalità di verifica.

Il prossimo importante obiettivo è la partecipazione alle attività del Riesame di rappresentanti della "Rete della Formazione", obiettivo per il quale l'Ufficio Formazione già nel 2006 ha coinvolto i Responsabili e Referenti di Formazione e i Referenti Amministrativi in iniziative formative specifiche.

Confronto dati di Consuntivo dal 2002 al 2006

Anche nel 2006 si conferma un incremento dei corsi realizzati in azienda. Il grafico che segue rende molto evidente come dal 2002 al 2006 l' attività formativa interna all'Azienda sia triplicata. Questo dato conferma la scelta aziendale di investire nelle risorse interne, valorizzando i professionisti coinvolti nella docenza e nelle attività di progettazione e realizzazione delle iniziative formative.



Corsi interni e corsi esterni

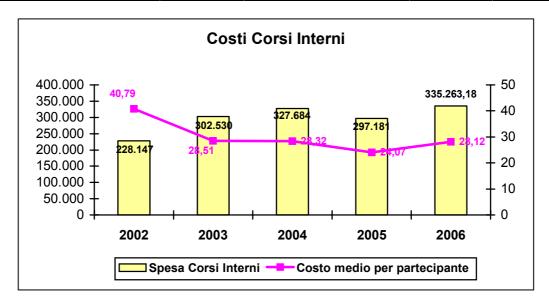
Corsi interni

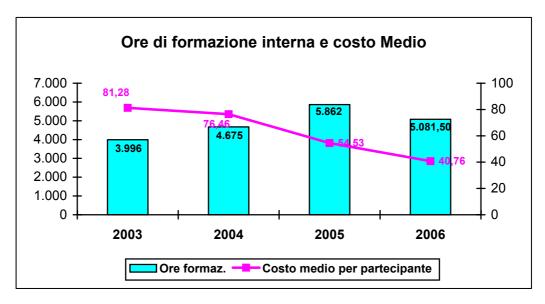
Anche nel 2006 si conferma l'assoluta prevalenza delle iniziative interne rispetto a quelle esterne e quindi delle risorse economiche investite nei percorsi realizzati in Azienda.

Il costo medio per partecipante nel 2006 si è attestato a € 28,12, un buon risultato ulteriormente valorizzato dal dato relativo al costo medio per ora di formazione che è del 40,76%, addirittura dimezzato rispetto al 2002 (vedi grafico 4).

I partecipanti ai corsi interni sono stati complessivamente 11.920 e il 95% di essi ha conseguito il relativo attestato di frequenza. Questo dato conferma, anche per il 2006, l'efficacia dell'offerta formativa aziendale e il buon livello di frequenza ai corsi da parte dei dipendenti.

	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
Partecipanti corsi interni	5.593	10.611	11.572	12.347	11.920
Spesa corsi interni	228.146,56	302.530,07	327.684,96	297.181,18	335.263,18
Costo medio/partecipante corsi interni	40,79	28,51	28,32	24,07	28,12



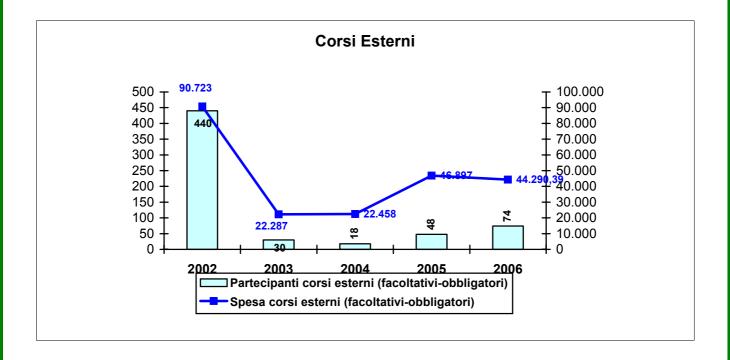


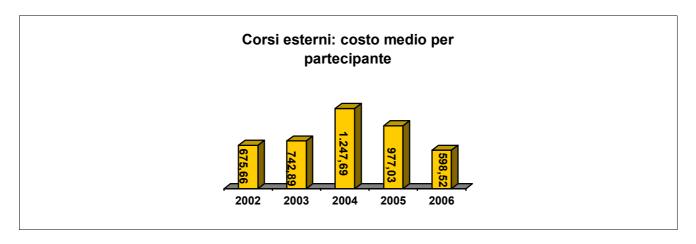


Corsi esterni

Nel 2006 la spesa per corsi esterni è lievemente diminuita rispetto al 2005, come si rileva dai dati in tabella. Sono altresì aumentati i partecipanti alle iniziative formative esterne e ciò ha decisamente abbattuto il costo medio per partecipante, che è passato da € 977,03 nel 2005 a € 598,52 nel 2006.

	2002	2003	2004	2005	2006
Partecipanti corsi esterni	440	30	18	48	74
Spesa corsi esterni	90.722,73	22.286,70	22.458,35	46.897,62	44.290,39
Costo medio/partecipante corsi esterni	675,66	742,89	1.247,69	977,03	598,52



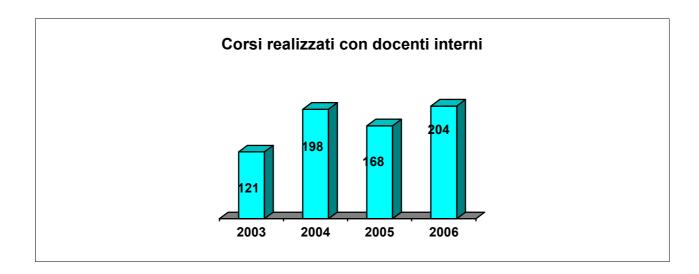


Attività di docenza

I corsi realizzati con docenti interni nel 2006 sono stati 204 e il numero dei docenti interni che hanno svolto attività di docenza nello stesso anno è stato di 753.

Si tratta di un netto incremento rispetto agli altri anni, in particolare il 2005.

Questo dato dimostra una maggiore motivazione dei docenti interni, in parte anche favorita dalla decisione dell'Azienda di valorizzare le risorse interne, incrementando il compenso orario della docenza svolta fuori orario di servizio.



Confronto dati di attività formativa fra Strutture Aziendali

L'analisi dei dati evidenzia un sostanziale miglioramento della capacità di realizzazione delle iniziative formative previste nei piani dipartimentali, dato confermato anche dal pieno utilizzo dei fondi assegnati alla formazione dall'Azienda.

Questo quadro confortante è il risultato del sempre maggior coinvolgimento dei Referenti e Responsabili dipartimentali di Formazione nei processi di pianificazione e verifica delle attività formative, anche attraverso una maggiore diffusione delle informazioni e dei dati elaborati a consuntivo dall'Ufficio.

Educazione Continua in Medicina (ECM)

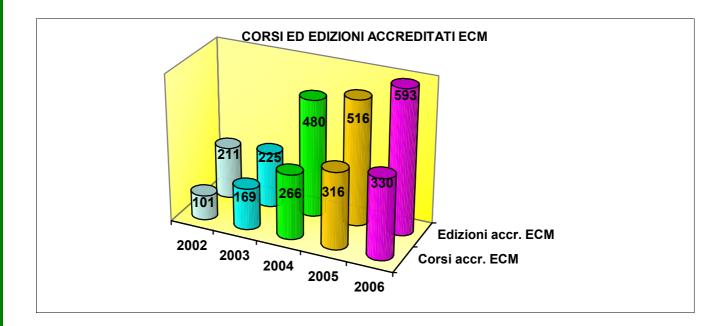
Anche nel 2006 tutte le iniziative formative rivolte al personale sanitario sono state accreditate dalla Commissione ECM Regionale.

Tutti i dipendenti appartenenti ai profili sanitari sono stati coinvolti nella pianificazione delle iniziative di formazione da realizzare in Azienda, unitamente al personale convenzionato: i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici Specialisti e i Medici di Continuità Assistenziale.

Anche nel 2006 l'offerta aziendale ha largamente risposto alle esigenze dei professionisti di acquisire i crediti formativi; infatti la percentuale di dipendenti che hanno ottenuto i crediti ECM previsti per l'anno 2006 è del 94%, mentre per i medici convenzionati la percentuale è del 87%.

Corsi ed edizioni 2006 accreditati dalla Commissione Regionale ECM

La Commissione Regionale E.C.M. per il 2006 ha accreditato n. 330 eventi, vale a dire il 94,5% dei corsi interni realizzati in Azienda, per un totale complessivo di 593 edizioni; il grafico che segue evidenzia chiaramente il forte incremento dei corsi e delle edizioni accreditate dalla Commissione Regionale ECM dal 2002 al 2006.



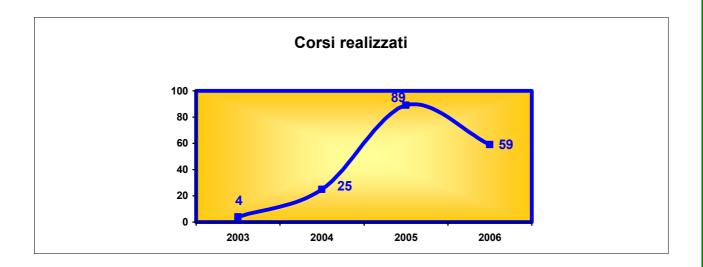
La Formazione sul campo:

Nel 2003 è stata introdotta a livello regionale la sperimentazione dell'accreditamento delle attività di formazione sul campo, ovvero di una tipologia di approccio formativo che offre la possibilità di un forte legame con le specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di un concreto miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi.

L'Azienda ha investito molto negli ultimi anni sulla Formazione sul Campo, che ha conseguentemente avuto un forte sviluppo in termini di iniziative realizzate e operatori coinvolti.

Nel 2006, le iniziative formative realizzate sono state 59, con una presenza di 807 partecipanti, dati in calo rispetto al 2005, anno in cui si sono concentrate tutte le sperimentazioni determinate dal percorso formativo rivolto ai Coordinatori dei profili sanitari.

Questa flessione è inoltre determinata dall'accreditamento ancora in forma sperimentale di questa tipologia di formazione, con una valutazione massima di 15 crediti per ciascun evento che in parte "penalizza" i partecipanti rispetto all'impegno richiesto per la frequenza, a confronto con i corsi tradizionali.



La formazione Universitaria e la formazione per Operatori Socio Sanitari

Corso di Laurea in Infermieristica

Il Corso di Laurea in Infermieristica a Codigoro è stato attivato nell'Anno Accademico 2003/2004, in collaborazione con l'Università degli Studi di Ferrara e con il Comune di Codigoro.

L'Azienda ha attivato una specifica Convenzione con l'Università, mettendo a disposizione un proprio Coordinatore del Corso e un Tutor pedagogico che, oltre a presidiare tutta l'attività di tirocinio, svolgono la parte relativa alla docenza delle scienze infermieristiche generali e cliniche.

Per gli insegnamenti specialistici (es. Medicina del Lavoro, Radioprotezione, Neurologia, Economia aziendale, Sociologia, Scienze infermieristiche generali e cliniche), vengono incaricati dell'attività di docenza i professionisti della nostra Azienda.

Il Coordinatore delle attività formative e professionalizzanti, il Tutor pedagogico e i docenti del corso fanno parte del Consiglio del Corso di Laurea.

Nella sede formativa di Codigoro sono ora presenti i tre anni previsti dal corso di laurea.

Gli studenti iscritti nella sede formativa sono: al primo anno 25, al secondo anno 25, al terzo anno 15, per un totale di 65 iscritti.

Presso il Consorzio Formazione Professionale di Codigoro, durante la fascia oraria del mattino si svolgono le lezioni di Infermieristica e di alcune scienze interdisciplinari cliniche, mentre al pomeriggio gli studenti raggiungono, con un automezzo messo a disposizione dall'Azienda, la sede universitaria di Ferrara per frequentare le lezioni teoriche delle scienze biomediche, propedeutiche, interdisciplinari cliniche.

L'attività didattica del Corso di Laurea è organizzata per ciascun anno di corso in due semestri, che iniziano la I° settimana di ottobre e la I° settimana di marzo. Ciascun periodo/semestre è seguito da una sessione d'esami e sono previste due sessioni, riservate al recupero degli esami: nel mese di settembre e gennaio-febbraio successivi.

Le forme di svolgimento della didattica possono comprendere: Problem Based Learning, lezioni frontali, esercitazioni in laboratorio gestuale, attività di tutorato, seminari, visite guidate, tirocinio clinico.

Il tirocinio clinico viene svolto nell' ambito delle strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda USL, dove gli studenti vengono affiancati da tutor clinici, infermieri adeguatamente formati attraverso la frequenza di percorsi specifici.

Le attività di tirocinio sono finalizzate a far acquisire allo studente abilità specifiche di interesse professionale.

Per la progettazione del tirocinio clinico, vengono individuate le sedi dell'Azienda idonee per il raggiungimento degli obiettivi previsti per l'anno di corso. La responsabilità della progettazione e dell'organizzazione del tirocinio è affidata al Coordinatore delle attività formative e professionalizzanti, che

si avvale del Tutor appartenente al suo stesso profilo professionale assegnato alla struttura didattica, come prevede l'accordo attuativo tra Università degli Studi e Azienda.

Vista la complessità dell'attività, nel mese di Novembre 2006 è stata elaborata la procedura a uso interno "Progettazione dell'inserimento del tirocinio clinico dello studente iscritto al Corso di Laurea in Infermieristica (sede di Codigoro)", che prevede il coinvolgimento di Unità Operative e Servizi dell'Azienda.

Nell'Anno Accademico 2005/2006 si sono laureati i primi 7 studenti.

La Formazione per gli Operatori Socio Sanitari

La nostra Azienda ha ormai consolidato l'esperienza nel settore della formazione esterna per Operatori Socio Sanitari, iniziata nel 2004. Si tratta di Corsi di Riqualificazione e di Formazione di Base realizzati sulla base di un Accordo tra le due Aziende Sanitarie ferraresi e l'Amministrazione Provinciale di Ferrara, l'Ente Territoriale deputato a coordinare la formazione professionale degli Operatori Socio Sanitari per conto della Regione.

I Corsi, autorizzati dalla Provincia, sono realizzati in collaborazione con i Centri di Formazione Professionale accreditati.

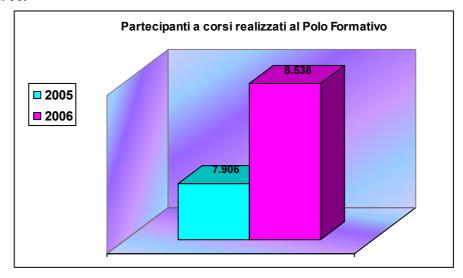
Nel 2006, sono stati realizzati 3 corsi di riqualificazione sul lavoro per Operatori Socio Sanitari da 95 ore e 1 corso di qualifica OSS da 1000 ore, rivolto a persone disoccupate. Sempre nel 2006 sono iniziati 1 corso da 500 ore e due corsi da 95 ore che termineranno nel 2007.

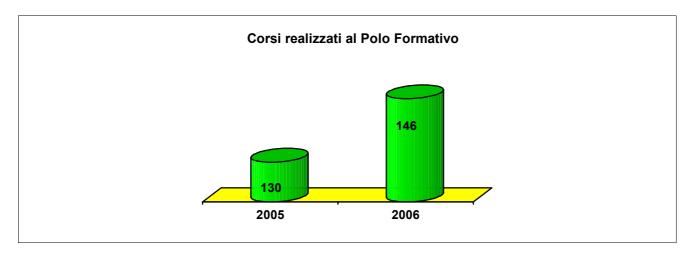
Complessivamente sono stati formati 150 allievi.

Il Polo Formativo

Nel 2006 le iniziative formative realizzate al Polo Formativo sono state 146, pari al 41,83% di tutti i corsi realizzati in Azienda. Nel 2005 le iniziative formative realizzate nella stessa struttura sono state 130, pari al 31,38% di tutti i corsi realizzati in Azienda.

I corsisti che hanno frequentato le iniziative realizzate al Polo Formativo sono stati 8.538, mentre nel 2005 sono stati 7.906.





Il progressivo incremento dell'attività del Polo Formativo, dalla data di apertura avvenuta nel maggio 2004, ha reso necessaria l'assegnazione, dal marzo 2006, di un secondo operatore per la gestione delle aule. Ciò ha consentito l'ampliamento dell'orario di apertura e ha reso più fruibile l'utilizzo della struttura stessa.

Per migliorare ulteriormente la funzionalità del Polo Formativo, anche nel 2006 l'Azienda ha integrato la dotazione delle attrezzature didattiche, con un investimento di circa € 10.000,00.

Inoltre, il collegamento alla rete aziendale per l'accesso a Internet è stato esteso a tutti i locali della struttura. La scelta dell'Ufficio Formazione di gestire anche il Polo Formativo all'interno del Sistema di gestione per la Qualità ha come obiettivo quello di assicurare il costante miglioramento dei servizi forniti a supporto delle attività formative aziendali.

TA	TABELLA RIEPILOGATIVA CONSUNTIVO 2006									
	200	6	200)5	2004		2003		3 200	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Corsi previsti	424		414		293		227		161	
Corsi realizzati	380	90,0	374	90,34	314		215		133	
Corsi interni	349	92,0	348	92,9	296		191		118	
Corsi Formazione Sul Campo	59	17,0	89	26,1	25		4			
Corsi Formazione a Distanza	1	0,2								
Corsi a Pagamento	3	0,8								
Corsi validati	332	98.8	306	96,2	non disp		non disp		non disp	
Corsi accreditati ECM	330	94,5	316	92,6	266		169		101	
Edizioni corsi accreditati ECM	593		516		480		225		211	
Corsi esterni	31	8,1	26	7,0	18		24		15	
Partecipanti	11.994		12.395		11.590		10.641		5.631	
Partecipanti corsi interni	11.920	99,4	12.347	99,6	11.572		10.611		5.593	
Partecipanti a Formazione sul Campo	807	6,8	1.654	13,4	296		31			
Partecipanti Formazione a Distanza	39	0,3								
Partecipanti corsi a Pagamento	123	1,0								
Partecipanti corsi esterni	74	- , -		- ,-	18		30		38	
Costi previsti	450.000,00		439.000,00		439.000,00		439.000,00		439.000,00	
Costi effettivi complessivi	444.267,72	,	384.479,62	,	397.057,74		356.316,77		253.821,64	
*Spesa corsi interni	335.263,18		297.181,18		327.684,96		302.530,07		228.146,56	
Spese docenza	297.772,56		283.999,78		305.280,06		270.746,51		197.091,14	
Spese organizzative	19.399,74		13.181,40		22.404,90		31.783,56		31.055,42	
Costo medio/partecipante corsi interni			24,07		28,32		28,51		40,79	
**Corsi realizzati con docenti Interni	204		168		198		121		non disp.	
Corsi realizzati con docenti Esterni	147		124		103		82		non disp.	
Corsi realizzati con Enti Formativi	15		11		13		21		non disp.	
Spesa corsi esterni	44.290,39		46.897,62		22.458,35		22.286,70		25.675,08	
Tassa iscrizione	50.029,58		41.908,66		19.747,00		17.463,20		19.056,97	
Spese trasferta	1.784,45		4.988,96		2.711,35		4.823,50		6.618,11	
Costo medio/partecipante corsi esterni	598,52		977,03		1.247,69		742,89		675,66	
Corsi liquidati Dipartimento Risorse Umane + ore di straordinario per frequenza corsi	32.714,30 30.000,00		20.000,000		20.000,00		20.000,00		non disp.	
Spesa per attrezzature	10.000		14.000		4.320,00		11.500,00		non disp.	
Totale ore di formazione	5.081		5.862		4.675		3.996		non disp.	
Costo medio/ora di formazione	40,76		54,53		76,46		81,28		non disp.	
Numero corsi Area Tecnico/Specialistica	248	66,9	213	58,0	201		169		non disp.	
Numero corsi Area Gestionale/Organizzativa	96	Í		,	79		29 17		non disp.	
Numero corsi Area Comunicativo/Relazionale * la percentuale è calcolata		`		,			1 /		non disp.	

^{*} la percentuale è calcolata sul costo totale dei corsi e non sul costo complessivo ** i corsi interni comprendono anche quelli in Formazione Sul Campo che non prevedono il docente ma il tutor

Capitolo 5 - Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

5.1. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Nel 2006 l'Azienda USL di Ferrara ha riconfermato le proprie strategie comunicative, sia verso il pubblico esterno degli utilizzatori dei servizi, sia verso il pubblico interno degli operatori, sia, infine, verso gli stakeholders e gli altri soggetti istituzionali del contesto provinciale. Le strategie comunicative e lo sviluppo dell'informazione si sono rivelate fondamentali per incentivare l'uso più razionale dei servizi, per garantirne l'accesso e la fruizione, ma anche per cercare di contenere il ricorso alla mobilità passiva, rilanciando la conoscenza e la fiducia dei cittadini nei servizi e nelle opportunità offerte dall'Azienda. Questa scelta strategica ha richiesto un costante affinamento degli strumenti di comunicazione e una sistematica integrazione di tecnologie, strutture, competenze e modalità operative specifiche, dedicate alla comunicazione organizzata.

La dinamicità del contesto di riferimento, la sanità pubblica ferrarese e la sua correlazione col mondo dei servizi sociali comunali e del "privato sociale" ha portato l'Azienda ad affrontare il processo comunicativo in modo integrato, per valorizzare al meglio le risorse disponibili, le relazioni esistenti e le occasioni comunicative offerte dai vari attori.

Comunicare di più e in modo efficace è da un triennio un obiettivo di qualità dell'Azienda che impone per ogni azione comunicativa l'identificazione e segmentazione dei pubblici di riferimento, l'orientamento dei contenuti e dei mezzi più adeguati per raggiungere i destinatari finali.

La comunicazione aziendale è diventata, altresì, uno degli strumenti di modernizzazione e innovazione; lo dimostrano le scelte di budget del settore; il processo di pianificazione che dal 2003 in poi è governato da un piano di comunicazione a valenza biennale e il ruolo sempre più importante assunto nei numerosi percorsi di accreditamento che hanno coinvolto macro strutture aziendali (ospedale del Delta, Dipartimenti Ospedalieri, Dipartimento di Salute Mentale, Programma delle Dipendenze Patologiche).

La comunicazione aziendale anche nel corso del 2006 si è impegnata nelle azioni di:

- ➤ Contribuire al miglioramento del clima aziendale e del senso di appartenenza dei dipendenti, attraverso l'informazione prioritaria sui processi di cambiamento e di innovazione. La rete intranet aziendale (a regime dall'ottobre 2006), d'altra parte, si è dimostrata il mezzo più idoneo per la diffusione delle informazioni di servizio e lo strumento conoscitivo più valido dell'organizzazione e del lavoro di ognuno. (Comunicazione Interna)
- Concorrere all'aggiornamento degli strumenti d'informazione dei cittadini, per una fruizione più semplice e diretta dei servizi e delle prestazioni offerte dalle molteplici strutture dislocate sull'intero territorio provinciale. (Comunicazione Esterna verso i cittadini e gli utenti)
- Mantenere rapporti con i media locali, basati su trasparenza, imparzialità e reciproco riconoscimento (Comunicazione Esterna verso i Media)

Le azioni di comunicazione, già previste dal piano 2005-2006, sulle quali l'Azienda si è focalizzata hanno permesso di:

- contribuire al miglioramento dei comportamenti comunicativi delle varie articolazioni organizzative aziendali e degli operatori, progettando insieme strumenti, eventi e momenti formativi specifici;
- sviluppare forme e strumenti di comunicazione integrata, interna ed esterna, con l'utilizzo di diversi mezzi e, soprattutto, delle tecnologie informatiche.

L'innovazione negli strumenti di comunicazione del 2006: la riprogettazione e implementazione del sito internet aziendale e della rete intranet per dipendenti e per medici convenzionati.

L'Azienda USL di Ferrara è caratterizzata da una distribuzione dei servizi su un'area territoriale di 2.632 kmq, con una densità di circa 132 abitanti per kmq e con le problematiche tipiche della distribuzione della popolazione tra insediamenti urbani e rurali. Ciò comporta complessità dei percorsi di accesso ai servizi, ma

anche difficoltà da parte degli operatori - che lavorano spesso in sedi isolate- a condividere un senso di appartenenza non solo alla loro struttura operativa ma anche all'Azienda stessa.

Il medesimo rischio di non sentirsi parte dell'Azienda lo corrono i circa 500 professionisti convenzionati, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti e medici di continuità assistenziale, che operano in sedi ambulatoriali distribuite in tutti i comuni della provincia di Ferrara. Per tutti loro, infatti, vi sono state sempre difficoltà nella comunicazione puntuale e tempestivo delle informazioni aziendali. Partendo da queste premesse, l'Azienda USL ha ripensato il sito aziendale esistente, non solo come strumento per risolvere i problemi sopra evidenziati, ma anche come efficace circuito di comunicazione integrata.

Inoltre, in una ottica in cui la sanità territoriale è riconosciuta sempre più come elemento centrale dell'azione delle aziende sanitarie, il ruolo dei medici convenzionati è diventato fondamentale. Alle loro esigenze di comunicazione cerca di rispondere creazione di un sito completamente dedicato ai medici convenzionati, direttamente raggiungibile dalla *home page* del sito aziendale.

Tra le finalità di questo progetto, anche la creazione di un "luogo virtuale" di dialogo continuo, sia con l'azienda, sia tra professionisti; un passaggio di informazioni e conoscenze scientifiche modulato secondo le esigenze spazio-temporali del singolo professionista.

5.2 La comunicazione per l'orientamento e l'accesso ai servizi

Questa funzione comunicativa è finalizzata a contribuire a migliorare e rafforzare la relazione e le occasioni di contatto tra l'Azienda e il pubblico degli utenti; promuove la conoscenza e l'utilizzo dei servizi offerti e valorizza le eccellenze. Nello stesso tempo, avvalendosi dei media locali, ne rafforza le relazioni con l'Azienda e, grazie al loro utilizzo, può raggiungere in modo mirato diversi pubblici di riferimento con differenti esigenze informative.

Gli strumenti attivati e utilizzati dall'Azienda nel 2006 sono stati ulteriormente integrati con le convenzioni con i periodici "Sport Comuni" e "Il Centone" che hanno consentito di raggiungere le famiglie residenti nel Distretto Ovest e, un particolare pubblico, quello dei giovani interessati alle notizie sportive.

A. Le azioni realizzate attraverso i mezzi di comunicazione di massa

- 1. Il periodico Aziendale "INFORMASALUTE" anche nel 2006 è stato diffuso con pagine redazionali sui quotidiani locali "Il Resto del Carlino", "La Nuova Ferrara", e sui mensili di informazione locale "La Città" e "La Piazza", che sono distribuiti gratuitamente alle famiglie ferraresi, fatta eccezione per quelle residenti nel Distretto Ovest. A questo proposito, proprio nel dicembre 2006 è stata stipulata una convenzione con due periodici pubblicati sul territorio del distretto: Sport-Comuni (Bondeno) e Il Centone (Cento).
- 2. Sui periodici a diffusione gratuita e su quelli gestiti dai Comuni sono veicolate informazioni di servizio a valenza locale, su argomenti di grande rilievo per gli utenti e per i cittadini residenti nelle diverse realtà territoriali.
- 3. La Newsletter "INFORMASALUTE-L'approfondimento", con una tiratura di 500/1500 copie, è destinate agli stakeholders istituzionali della provincia ferrarese (Sindaci, assessori comunali e provinciali, associazioni di volontariato e di tutela, insegnanti, dirigenti interni, ecc).
- 4. L'informazione su eventi e iniziative sull'handicap, sui servizi per i giovani e per i turisti, su eventi rivolti a target specifici, la pagina redazionale "InformaSalute" si trasforma in un agile inserto di due/quattro pagine a colori del mensile Il CICERO, stampato in 15 mila copie e diffuso gratuitamente negli URP comunali e dell'Azienda USL, nei luoghi di ritrovo dei giovani gestiti da associazioni di volontariato, negli enti locali e nelle biblioteche pubbliche.

L'attività editoriale sopra descritta ha l'intento di raggiungere con notevole capillarità un vasto pubblico di cittadini e di potenziali utenti dei servizi dell'Azienda USL per:

- informare sulla rete dei servizi e valorizzare le eccellenze presenti nelle varie strutture dell'Azienda USL, anche per contrastare la mobilità sanitaria passiva;

- mantenere il dialogo con la stampa locale, con trasparenza, reciproco riconoscimento e spirito di servizio per una comunicazione di pubblica utilità;
- valorizzare i rapporti interistituzionali (Conferenza Territoriale Sanitaria e Sociale, Enti Locali, Fondazioni bancarie, donatori, sostenitori e sponsor).
- 5. **Trasmissioni radio-televisive**: Gli spazi televisivi sono all'interno della programmazione dell'emittente TV locale Telestense/Antenna Verde, con l'utilizzo di 3 diversi format (videoclip, TG Magazine e Guglielmo Tell-talk show), riesce a raggiungere un pubblico di utenti d'età medio alta, che, di solito non ha dimestichezza con la carta stampata. Anche in questo caso sono veicolate comunicazioni di servizio e informazioni di pubblica utilità, ma anche campagne di educazione a stili di vita corretti (alimentazione, no al fumo di sigaretta, buon uso dei farmaci, vaccinazione antinfluenzale). Tramite gli spazi TV l'Azienda USL di Ferrara collabora al successo delle numerose campagne di informazione promosse dalla Regione. Infine, il mezzo televisivo è utilizzato per valorizzare le eccellenze e per la visibilità dell'Azienda.

6. Le pubblicazioni nei periodici dei comuni

L'inserimento di pagine redazionali in spazi messi a disposizione sui periodici o sui siti Internet dei Comuni ferraresi è proseguito anche nel 2006, seppure con minore assiduità dell'anno precedente, e ha consentito di informare gli utenti locali sui servizi del loro territorio e su eventi e iniziative aziendali di particolare interesse. Modalità e periodicità di queste comunicazioni sono pubblicate su richiesta degli Uffici Stampa di ogni comune.

7. Le guide per l'accesso alle strutture

L'elencazione degli strumenti realizzati per favorire la comunicazione esterna include anche le guide per l'accesso ai servizi che, anche nel corso del 2006, sono state redatte come strumenti informativi strettamente correlati al percorso di certificazione e accreditamento che coinvolge Unità Operative ospedaliere, servizi territoriali e Dipartimenti. Sono stati predisposti e diffusi depliant informativi per la fruizione di prestazioni specialistiche e l'accesso a servizi e reparti ospedalieri, come Medicina, Cardiologia e Centro di Aritmologia, ex-Geriatria e Terapia Intensiva Cardiologia di Cento e Chirurgia Generale, Medicina, Ginecologia, Lungodegenza Post Acuzie, ortopedia e Traumatologia di Argenta. Gli opuscoli sono a colori, sono descrittivi delle strutture che presentano e, nel caso di orientamento alla fruizione, sono articolati in sezioni facilmente consultabili dagli utenti nel momento del ricovero o dell'accesso alle prestazioni. Nel 2006 la realizzazione delle guide e dei fogli informativi è scaturita da gruppi di lavoro, coordinati dall'Ufficio Comunicazione, con l'attiva partecipazione di 4 tirocinanti della facoltà di Scienze della Comunicazione dell'Università degli Studi di Ferrara e da una laureata dell'Università di Bologna, accolti per stage formativi. Le guide ai servizi sono sempre validate dai coordinatori infermieristici, in particolare per le U.O. che rientrano nel percorso di certificazione e accreditamento.

Il **pieghevole informativo turistico** per i sette lidi è stato realizzato per il quarto anno consecutivo, sempre molto richiesto e apprezzato dagli operatori della zona. Anche nel 2006 l'AUSL, tramite l'Ufficio Comunicazione, ha partecipato con un inserto sui servizi d'emergenza alla **MiniguidaFerrara**, redatta per i turisti che visitano la Città.

8. I "Mini" PAT per le famiglie

L'Azienda USL, attraverso le direzioni di Distretto e con la consulenza di Segest, ha curato la realizzazione di tre opuscoli, uno per ogni distretto, che sintetizzano e presentano i Programmi delle Attività territoriali (PAT). Gli opuscoli sono stati distribuiti capillarmente a tutte le famiglie ferraresi. Lo scopo principale era quello di informare su vasta scala i cittadini sul ruolo sociale ed economico dei Programmi delle Attività Territoriali dell'Azienda USL di Ferrara. Un'occasione di partecipazione alla riflessione collettiva sulla programmazione sanitaria territoriale e sulle condizioni socio-economiche che la rendono obbligatoria e possibile.

9. Gli eventi

Le attività di comunicazione esterna comprendono **eventi**, convegni e la partecipazione a Forum nazionali e conferenze internazionali. A questo proposito è opportuno citare la partecipazione alla **Conferenza HPH** internazionale di Palanga (Lituania) con un poster sul lavoro di rete nei Servizi di Salute Mentale che si è classificato al 2° posto fra tutti i poster presentati.

Inoltre è stata realizzata una conferenza stampa a Roma sul ruolo delle Fondazioni Bancarie che investono nella sanità locale.

5.3 Il dialogo con i cittadini mediante l'Ufficio Relazioni con il Pubblico

La mission dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico viene individuata nel:

- favorire il processo di comunicazione e di informazione tra l'Azienda e i cittadini al fine di garantire agli stessi la facilità di accesso ai servizi erogati;
- contribuire all'evolversi del rapporto Azienda/collettività;
- contribuire a orientare le scelte aziendali collaborando alla formulazione di proposte di miglioramento sugli aspetti organizzativi e sui percorsi di cura degli utenti;
- assicurare all'utenza il diritto di accesso agli atti, in conformità della normativa vigente;
- dare voce ai cittadini per segnalazioni di vario genere, dai disservizi e reclami, ai consigli per migliorare le prestazioni offerte, attraverso il sistema di gestione delle segnalazioni che si avvale di una banca dati regionale delle segnalazioni (reclami, suggerimenti, elogi, rilievi) presentate agli URP dai cittadini e dalle Associazioni di Tutela dei Diritti.

L'attività svolta dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico ricomprende tutte le soluzioni attraverso le quali le pubbliche amministrazioni si impegnano a interpretare e anticipare i bisogni che le diverse categorie di utenza evidenziano al momento dell'accesso alle strutture e ai servizi soci-sanitari e la progettazione di risposte tempestive, efficaci e personalizzate. La logica deve quindi essere necessariamente ricondotta a un percorso di comunicazione integrata.

L'assunto di fondo è che la comunicazione, da iniziale strumento accessorio, è diventata una componente indispensabile per il funzionamento dei servizi di accoglienza e per il loro sviluppo organizzativo. Sviluppo, diffusione e condivisione degli strumenti propri della comunicazione interna e una forte tendenza verso la coerenza tra comunicazione interna ed esterna, rappresentano i cambiamenti in atto che indicano l'affermarsi di un modello di comunicazione integrata.

Esperienze di comunicazione realizzate nell'anno 2006

- realizzazione della Carta dei Servizi dell'Azienda USL di Ferrara edizione 2006
- indagine di customer satisfaction negli URP aziendali e pubblicazione brochure: Uffici Relazioni con il Pubblico dell'Azienda USL di Ferrara: esperienze di Partecipazione, Ascolto e Tutela
- periodico "Informasalute": Ufficio Relazioni con il Pubblico: l'Azienda dialoga con i cittadini
- partecipazione a eventi fieristici quali il COM.PA, fiere di Argenta e Codigoro
- rilevazione dell'audit civico: L'esperienza dell'Azienda USL di Ferrara. Rilevazioni nei Dipartimenti delle Cure Primarie
- reportistica sull'andamento delle segnalazioni dei cittadini
- sperimentazione dell'attività di mediazione del conflitto
- sistema informativo regionale Numero Verde telefonico

Carta dei Servizi dell'Azienda USL di Ferrara

Nell'agosto 2006 è stata pubblicata e diffusa la Carta dei Servizi dell'Azienda USL di Ferrara edizione 2006.

L'elaborazione della Carta e la definizione dei suoi contenuti sono stati il risultato di un processo di riflessione e progettazione, attraverso il quale l'organizzazione ha analizzato se stessa, i propri servizi e le logiche di erogazione allo scopo di migliorarle. Sono stati chiariti ed esplicitati ruoli, competenze e responsabilità, nell'ottica di fornire un servizio utile ai cittadini.

La Carta dei Servizi dell'Azienda USL di Ferrara edizione 2006 è costituita da quattro parti:

- 1. presentazione generale dell'Azienda e dei suoi principi fondamentali
- 2. meccanismi di tutela e partecipazione: Uffici Relazioni con il Pubblico, Comitati Consultivi Misti, Commissione Mista Conciliativa, tutela dei dati personali, consenso alle prestazioni sanitarie, accesso agli atti amministrativi
- 3. standard, indicatori e impegni di qualità: impegni di qualità assunti dall'Azienda e legati all'ambito dell'accoglienza, al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni, all'assistenza e alla degenza, all'impegno comune dell'Azienda e dei cittadini
- 4. descrizione dell'offerta sanitaria, l'indicazione dei punti di erogazione delle prestazioni sanitarie (poliambulatori, stabilimenti ospedalieri,ecc), l'assistenza sanitaria e territoriale, come accedere ai servizi sanitari (per i cittadini stranieri, per i giovani, per le donne, per i bambini, per gli anziani), l'integrazione territoriale con i servizi sociali, la salute mentale, la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori, l'epidemiologia, come affrontare un problema di dipendenza patologica, le attività dell' U.O. di medicina legale, la prevenzione nei luoghi di lavoro e vita, l'igiene e la sanità pubblica, le attività di veterinaria, l'emergenza sanitaria, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza farmaceutica

La revisione della Carta dei Servizi è stato un momento importante per favorire relazioni fra i diversi *stakeholders* aziendali, evidenziandone le rispettive esigenze e aspettative, coniugando nella pratica il difficile esercizio del loro bilanciamento. Tale attività di revisione ha coinvolto pertanto due versanti: quello interno all'Azienda (unità operative), e quello esterno (rappresentato dalle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini), in una logica di co-produzione.

L'aggiornamento della Carta, in particolare per la seconda e la terza parte, è stato realizzato in collaborazione con i Comitati Consultivi Misti aziendali e altri attori coinvolti nelle politiche sanitarie e socio-sanitarie.

L'adozione della Carta dei Servizi per un'Azienda Sanitaria rappresenta un'importante tappa nel processo di avvicinamento tra i servizi sanitari pubblici e i cittadini. La Carta dei Servizi, infatti, instaura un rapporto nuovo con i cittadini ponendosi a tutela del diritto alla salute. Questo diritto si sostanzia in un'ampia informazione sull'erogazione dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri, nell'istituzione di precise modalità di tutela per gli utilizzatori nel rispetto e in adesione ai principi di trasparenza amministrativa. La Carta dei Servizi sanitari è anche intesa come *patto* tra le strutture del Servizio Sanitario Nazionale e i cittadini, basato su principi specifici:

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza nel diritto all'accesso ai servizi;
- piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e sulle modalità di erogazione degli stessi;
- definizione degli standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa:
- organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei cittadini.

Nella Carta dei Servizi vengono espressi inoltre i vincoli e gli obiettivi che l'Azienda definisce nei confronti dei cittadini. La Carta dei Servizi è molto più di una semplice applicazione di normative, rappresenta l'enunciazione di un programma di cambiamento che richiede una gestione attenta e responsabilità da parte dei numerosi livelli istituzionali coinvolti.

Questo progetto di revisione della Carta dei Servizi dell'Azienda USL di Ferrara è stato realizzato dal Coordinamento URP aziendale (dott.ssa Sara Castellari, dott.ssa Emanuela Montanari) con la collaborazione e l'impegno dei Dirigenti, dei Responsabili di Unità Operativa e di tutto il personale dedicato all'attività di verifica dei percorsi di accesso alle prestazioni erogate dall'USL.



La distribuzione capillare della Carta dei Servizi-Guida pratica del cittadino è stata garantita da "SEAT Pagine Gialle": allegata al volume delle PAGINE GIALLE/CASA, che tutte le famiglie della provincia di Ferrara hanno ricevuto nel mese di Agosto 2006.

Inoltre, è consultabile presso i principali punti di accesso del territorio: Uffici Relazioni con il Pubblico, Punti Informativi, Centri Prelievi, Poliambulatori aziendali, Farmacie, Stabilimenti Ospedalieri, Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, nonché sulla rete intranet e internet aziendale.

Indagine sulla qualità percepita dai cittadini dai cittadini degli Uffici Relazioni con il Pubblico dell'Azienda USL di Ferrara

Allo scopo di rilevare la qualità percepita dai cittadini sui servizi offerti dagli Uffici Relazioni con il Pubblico aziendali (sedi di Ferrara, Cento, Lagosanto e Argenta), nei mesi di giugno, luglio e agosto 2006 è stato somministrato un questionario anonimo a tutti coloro che si sono recati nei vari URP del territorio. Il questionario è stato proposto a chi si è rivolto all'URP per esporre un quesito o un problema di natura abbastanza complessa, che richiedesse un tempo di gestione di almeno 15 minuti, in modo da consentire ai cittadini di poter "misurare" effettivamente la qualità del servizio offerto. Di seguito si riportano i dati più significativi emersi da questa indagine.



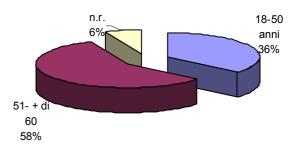
Il campione:

Il campione è costituito dal 204 cittadini, di cui il 53% rappresentato da donne e il 36% da uomini.

Oltre il 57% ha un'età superiore a 51 anni, mentre il 36% si colloca in una fascia d'età compresa tra 18 e 50 anni. In stretta correlazione con l'età, si è rilevato che la categoria più rappresentata è quella dei pensionati, corrispondente al 34% del campione.

Oltre la metà degli intervistati dichiara un'istruzione superiore (scuola superiore, laurea, specializzazione) e di risiedere nel Comune di Ferrara, nella cui sede URP è stato raccolto il 62% dei questionari somministrati.

Distribuzione del campione per ETA'



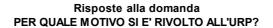
I contenuti dell'indagine:

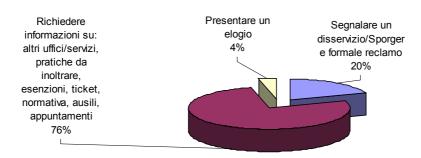
Nel questionario sono stati approfonditi i principali aspetti che definiscono la qualità di un servizio rivolto al pubblico:

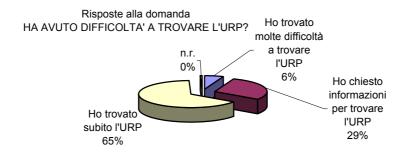
- accessibilità: facilità di accedere al servizio e di ottenere le informazioni richieste
- tempestività: rapidità di risposta ai quesiti presentati
- efficienza/appropriatezza: accuratezza e precisione delle informazioni ricevute
- qualità relazionale: cortesia, gentilezza e capacità di ascolto da parte degli operatori
- efficacia/gradimento complessivo: valutazione dei cittadini del servizio complessivo fruito e livello di soddisfazione delle aspettative

I risultati:

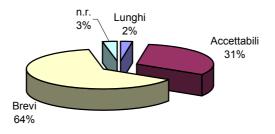
Per quanto riguarda l'accessibilità, emergono dati complessivamente positivi: il 65% dei cittadini, infatti, ha trovato immediatamente l'URP e il 56% si ritiene soddisfatto dei suoi orari di apertura. Anche come ambiente l'URP ha ricevuto un giudizio favorevole: ben il 90% degli intervistati ha percepito "accessibili e accoglienti" i locali dove viene erogato il servizio. Accanto a questi dati confortanti, si sottolinea però che il 35% dei cittadini ha dovuto chiedere informazioni o ha avuto difficoltà per trovare la sede dell'URP. Contestualmente, il suggerimento che con maggior frequenza è stato segnalato dagli intervistati riguarda la necessità di "migliorare la visibilità dell'ufficio".



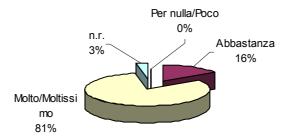


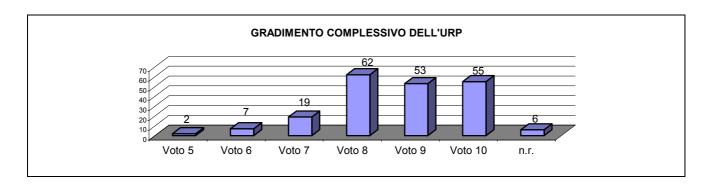


COME GIUDICA I TEMPI DI ATTESA PER AVERE LE INFORMAZIONI?



Risposte alla domanda E' RIMASTO SODDISFATTO DELLA CORTESIA DEGLI OPERATORI?





Rispetto l'indice di tempestività dell'erogazione, si riscontra che il 95% dei cittadini giudica il tempo di attesa per accedere al servizio "accettabile" e "breve". La stessa percentuale dichiara di essere soddisfatta anche del tempo impiegato dall'operatore URP per fornire la risposta al quesito posto.

I cittadini si sono rivolti all'URP per vari motivi: segnalare un disservizio o presentare un formale reclamo nel 20% dei casi; richiedere informazioni su altri servizi o uffici dell'Azienda, su procedure da seguire per sbrigare le pratiche sanitarie, su esenzioni per patologia o ticket, sulla normativa sanitaria, sulle modalità di ottenimento di ausili e protesi o sui tempi di attesa per ottenere visite ed esami.

Il 4% riguarda la presentazione di elogi, in genere legati a esperienze particolarmente positive dei cittadini nell'ambito delle strutture sanitarie, che sono comunicati all'URP affinché ne venga data opportuna diffusione (gli elogi non vengono mai sollecitati dal personale URP).

L'efficienza e l'appropriatezza del servizio sono state misurate attraverso il grado di conoscenza e la frequenza con cui i cittadini si sono rivolti all'URP. Il 55% conosceva già l'esistenza dell'ufficio senza averne usufruito, mentre il 37% vi si era già recato in precedenza. È significativo che il 71% di chi ha fruito del servizio ha ritenuto esauriente la risposta ottenuta, senza avvertire l'esigenza di chiedere ulteriori informazioni, confermando con ciò la funzionalità dell'URP.

Anche la qualità relazionale percepita è risultata positiva, con l'82% degli intervistati che si è dichiarato molto soddisfatto dell'attenzione e della gentilezza dedicatagli dagli operatori. Nessun cittadino si è sentito "poco/per nulla" ascoltato.

Infine, in merito all'efficacia del servizio, un'elevata percentuale di persone (84%) ha riferito di aver ottenuto l'informazione di cui aveva bisogno, confermando l'alto livello di soddisfazione delle proprie aspettative. Il 69% del campione, inoltre, ha giudicato "importante/indispensabile" il servizio offerto e -in una scala di gradimento complessivo da 1 a 10- bel l'83% ha espresso una valutazione dell'URP compresa tra l'8 e il 10.

Dall'analisi dei dati si osserva che le aree su cui sono emerse le criticità sono quelle legate agli *aspetti* strutturali e logistici degli URP aziendali.

Nell'ottica di una modello di valutazione della qualità percepita dagli utenti partecipato e condiviso da tutti gli attori che agiscono nel processo, questi risultati sono stati riportati nei singoli URP nei quali si è eseguita la rilevazione, allo scopo di testarne la validità interna (corrispondenza fra quanto emerso e quanto effettivamente esistente).

Dopo questo momento di indispensabile confronto con gli operatori degli URP aziendali direttamente coinvolti, i dati sono stati esposti alla dirigenza aziendale, sul cui tavolo sono state fatte delle proposte di miglioramento delle sedi URP in termini di visibilità, prevedendo una segnaletica chiara e funzionale a individuare gli Uffici Relazioni con il Pubblico. Sono stati presentati anche alle principali Associazioni di Volontariato e Tutela dei Diritti degli Utenti (Comitati Consultivi Misti), allo scopo di condividere con loro azioni di miglioramento e correttive.

Vista l'importanza delle azioni di miglioramento suggerite dall'indagine eseguita, sono state già messe in atto alcune variazioni sugli orari di apertura al pubblico degli URP (sedi di Lagosanto e Ferrara) ampliandone la

fascia di accesso, inoltre è stato recentemente inaugurata la nuova sede URP presso la struttura ospedaliera di Portomaggiore e infine è stato aperto un punto di ascolto presso l'Ospedale di Comacchio.

Per restituire ai cittadini gli esiti dell'indagine condotta con la loro collaborazione è stata presentata una pubblicazione contenente i principali risultati, distribuita ai cittadini utenti ed esibita anche in occasione del COM.PA 2006.

Pubblicazione: Uffici Relazioni con il Pubblico dell'Azienda USL di Ferrara e cittadini: esperienze di Partecipazione, Ascolto e Tutela



Sempre nell'ottica del rapporto di collaborazione e partecipazione tra l'istituzione pubblica e i cittadini, è stata realizzata subito dopo l'elaborazione dei risultati dei questionari di gradimento, una brochure informativa incentrata sulle seguenti tematiche:

- 1. risultati ottenuti dalla ricerca sulla *customer satisfaction* eseguita presso gli URP aziendali e futuri progetti di miglioramento;
- 2. dati di attività di gestione delle segnalazione dei cittadini raccolte dagli URP aziendali nel periodo: 1 gennaio 2005- 30 giungo 2006;
- 3. informazioni circa i meccanismi di partecipazione e tutela offerti dalla nostra Azienda.

Audit civico: sanità e cittadini insieme per migliorare. L'esperienza dell'Azienda USL di Ferrara: rilevazioni nei Del dipartimento delle Cure Primarie

Per la prima volta l'Azienda USL di Ferrara ha sperimentato, parallelamente alle altre Aziende della Regione, il progetto dell'Audit Civico promosso da Cittadinanza Attiva. Il progetto Audit civico nasce dall'esperienza di "Cittadinanza Attiva" (movimento di cittadini per lo sviluppo della partecipazione pubblica) e dalle diverse iniziative avviate dall'Agenzia Sanitaria Regionale per rendere sempre più centrale il ruolo del cittadino all'interno del Servizio Sanitario dell'Emilia Romagna. L'Audit Civico si propone come finalità generale quella di valutare, attraverso la raccolta di dati (tramite osservazioni dirette e interviste a interlocutori privilegiati direttamente coinvolti nella vita e nella gestione dell'Azienda), se nelle Aziende Sanitarie l'utente è davvero il perno attorno a cui ruotano tutti i servizi e le attività di programmazione; l'Audit Civico mira, inoltre, a realizzare nelle Azienda comportamenti trasparenti e verificabili e le priorità date nelle politiche aziendali alla prevenzione dei rischi connessi alle cure mediche, alla riduzione del dolore e dell'impatto negativo della malattia sulla qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie. Il programma di Audit Civico prevede due fasi di valutazione: la prima riguarda l'attività delle Aziende Sanitarie e la seconda che valuta il livello di partecipazione del cittadino ad alcune decisioni aziendali. L'Audit Civico integra tre approcci metodologici: l'analisi civica, le normative volte a sostenere la partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi e le procedure della qualità. La rilevazione è stata effettuata nei mesi ottobre e novembre 2005, ma nell'anno 2006 sono stati elaborati i dati, verificati rispetto alle schede di rilevazione e alle interviste e presentati ai referenti aziendali e ai referenti della Regione Emilia-Romagna.

Hanno lavorato Tre équipe operative costituite dai rappresentanti dei Comitati Consultivi Misti (appartenenti alle Associazioni di Volontariato e dipendenti dell'Azienda USL) dei tre Distretti dell'Azienda USL di Ferrara, in accordo con la Direzione Generale, le Direzioni Distrettuali, la Direzione dei Dipartimenti delle Cure Primarie. Le verifiche hanno coinvolto le Unità Operative afferenti ai Nuclei di Cure Primarie.

Strumenti di lavoro utilizzati:

- Osservazione diretta delle strutture coinvolte tramite la compilazione di griglie di rilevazione
- Interviste a diversi interlocutori tramite appositi questionari

Ambiti analizzati:

- Orientamento dell'Azienda verso il cittadino
- Impegno dell'Azienda sanitaria nel promuovere politiche di particolare rilievo sociale e sanitario
- Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali

Soggetti intervistati:

- Rappresentanti della Direzione generale
- Responsabili delle Articolazioni Organizzative oggetto di analisi
- Rappresentanti delle Associazioni di Volontariato

Valutazione

L'esperienza è stata senza dubbio positiva anche se in futuro potranno essere apportate delle modifiche e dei miglioramenti al metodo di rilevazione. La prospettiva è quella di implementare la collaborazione con i cittadini che avranno così un' occasione per interagire e conoscere più a fondo le dinamiche della programmazione aziendale e per sentirsi più coinvolti nella pianificazione dei servizi che li riguardano direttamente. Uno dei punti di forza è sicuramente il fatto di aver coinvolto i responsabili delle cure primarie fin dalla fase formativa delle équipe operative locali: ciò ha favorito la conoscenza reciproca e ha messo in evidenza fin dall'inizio il carattere non "ispettivo" della ricerca. Un limite dell'indagine è stato determinato dalla non adeguatezza degli strumenti di rilevazione che non contemplavano la presenza di alcune unità operative all'interno del Dipartimento (Salute Donna e Pediatria di Comunità). Inoltre, la valutazione della qualità che viene evidenziata da questi strumenti per l'indagine svolta nelle strutture dell'Azienda USL di Ferrara pare sottodimensionata: dall'analisi dei risultati si evidenzia che in Emilia Romagna mediamente si hanno standard più alti, mentre l'indagine è tarata su un modello nazionale.

Pubblicazione periodico INFORMASALUTE. L'approfondimento. Ufficio Relazioni con il Pubblico: l'Azienda dialoga con i cittadini



Dal 2003 è presente nei quotidiani ferraresi, il Resto del Carlino e La nuova Ferrara e, più recentemente, nei mensili La Città e La Piazza, una pagina redazionale chiamata "INFORMASALUTE", un periodico Aziendale che contiene approfondimenti su argomenti di grande rilievo per gli utenti e per i cittadini residenti nelle diverse realtà territoriali. La Newsletter "INFORMASALUTE", è accompagnata periodicamente da "L'approfondimento", con una tiratura di 500/1000 copie, destinate agli stakeholder istituzionali della provincia ferrarese (Sindaci, Assessori comunali e provinciali, Associazioni di Volontariato e di Tutela, insegnanti, dirigenti interni, ecc).

Allo scopo di presentare le attività svolte dalla rete degli URP, è stato dedicato un numero dell'*Approfondimento* all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in cui sono stati presentati:

• la comparazione sui dati di attività e di gestione delle segnalazioni degli anni

2005-2006;

- la Carta dei Servizi dell'Azienda USL edizione 2006;
- l'esperienza di Audit Civico condotto nel Dipartimento di Cure Primarie.

Report dell'andamento delle segnalazioni dei cittadini dell'anno 2006

L'URP è lo strumento attraverso cui l'Azienda ascolta e comunica con i suoi diversi pubblici: i cittadini utenti, il personale interno all'Azienda, i testimoni istituzionali, i *media*, gli altri soggetti presenti nel contesto sociale allargato. L'URP dell'Azienda USL di Ferrara cura gli strumenti e i percorsi specifici di comunicazione in merito ai servizi, in particolare:

- **chi e dove** (l'Azienda USL e le sue articolazioni)
- che cosa (prestazioni fornite)
- come e quando (condizioni di accesso, di fruizione, ma anche aspetti qualitativi).

Inoltre, l'URP svolge la sua funzione di tutela dei cittadini-utenti attraverso la raccolta di suggerimenti e segnalazioni di disservizio.

L'organizzazione dispone dei seguenti **strumenti operativi**:

- una procedura formale e validata che descrive tutte le fasi che riguardano la gestione delle segnalazioni, le responsabilità dei soggetti coinvolti, i tempi di elaborazione e le caratteristiche di report descrittivi e analitici sull'attività svolta;
- procedure omogenee per la gestione delle segnalazioni;
- un sistema di classificazione comune e condiviso in ambito regionale;
- report descrittivi e analitici quali indicatori dei fattori che influiscono criticamente sulla corretta erogazione delle prestazioni sanitarie e assistenziali.

L'analisi delle segnalazioni costituisce uno degli elementi di valutazione di come il cittadino percepisce la qualità del servizio erogato ed è a sua volta in relazione con la qualità effettivamente erogata. La valutazione della qualità percepita, proprio perché si basa su un confronto fra attese e prestazioni ricevute, può essere variabile e soggettiva. L'analisi della qualità percepita è di fondamentale importanza perché permette di conoscere l'effettiva ricaduta dei servizi prodotti dall'Azienda su coloro che ne usufruiscono. All'interno del sistema qualità, l'analisi delle segnalazioni fornisce un importante contributo conoscitivo che consente un monitoraggio dei punti critici del sistema e orienta le azioni di miglioramento dei servizi.

I canali attraverso cui il cittadino può inoltrare le proprie considerazioni, suggerimenti, reclami o elogi sono ormai ben strutturati nella nostra Azienda da diversi anni, attraverso un sistema di raccolta e gestione delle segnalazioni, efficiente ed efficace. Il reclamo è infatti un atto spontaneo, non programmato, che abbisogna di forti motivazioni per essere formalizzato: il cittadino che intende inoltrare un reclamo non deve trovare sulla sua strada ostacoli procedurali o burocratici che finirebbero per scoraggiarne l'espressione.

Per quanto riguarda l'aspetto della gestione delle segnalazioni, viene applicata una procedura aziendale che prevede che tutte le segnalazioni presentate sia a livello centrale che periferico vengano gestite e ricevano una risposta entro il più breve tempo possibile.

I *report* delle segnalazioni possono essere considerati come un importante strumento aziendale che si inquadra nell'ambito del processo di riforma dei servizi sanitari pubblici.

Glossario

Elogio: espressione/segnalazione di soddisfazione del cittadino

Reclamo: è una qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari

<u>Rilievo</u>: indicazioni di disservizio che si risolve con una eventuale risposta di cortesia e che comunque non attiva la procedura tipica del reclamo

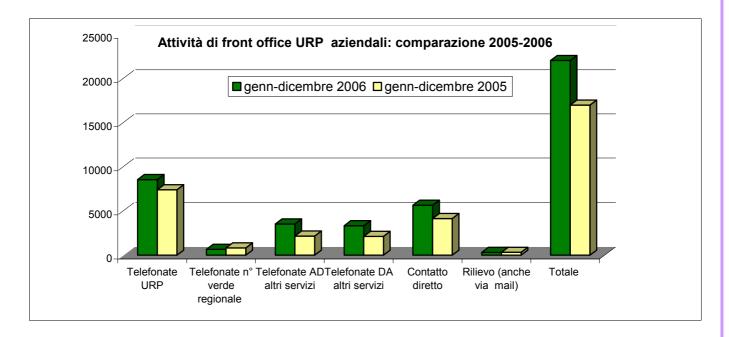
<u>Improprio</u>: è una segnalazione riferita a un evento che non è imputabile alla responsabilità dell'Azienda Sanitaria

<u>Suggerimento</u>: segnalazione dei cittadini utenti/ che ha lo scopo di fornire delle indicazioni esplicite affinché fornisca un servizio più vicino alle loro esigenze

Nel corso dell'anno 2006 è stata monitorato l'attività di front-office degli URP distrettuali, per dare evidenza dell'aspetto relazionale che intercorre tra il cittadino-utente e gli operatori URP, in quanto tale ambito non è soddisfatto dalla tipologia di classificazione regionale.

Attività di front office URP aziendali

ATTIVITÀ URP	genn-dicembre 2006	genn-dicembre 2005
Telefonate URP	8571	7417
Telefonate n° verde regionale (2° livello di info)	656	820
Telefonate AD altri servizi	3535	2167
Telefonate DA altri servizi	3342	2128
Contatto diretto	5657	4159
Rilievo (anche via mail)	309	324
Totale	22070	17015

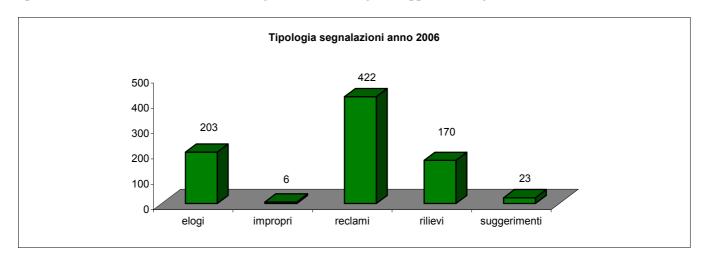


Nel periodo tra gennaio e dicembre 2006 gli Uffici Relazioni con il Pubblico hanno avuto più di 22.000 contatti sul versante esterno (su richiesta dei cittadini) e interno (operatori e colleghi che si sono rivolti all'URP per avere informazioni), in aumento rispetto al 2005. Nello specifico, si riportano gli aspetti a cui gli operatori URP sono stati chiamati a rispondere più frequentemente:

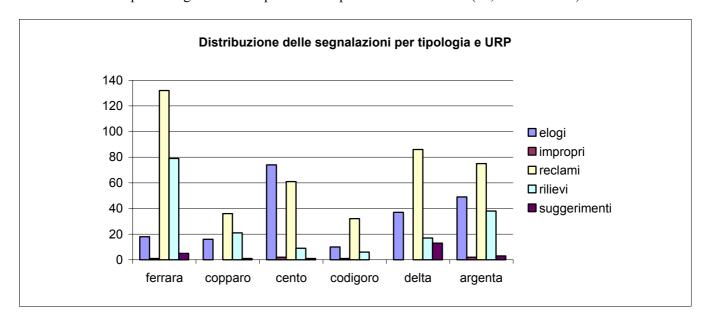
- 1. richieste di chiarimento sulle modalità organizzative per l'ottenimento delle prestazioni sanitarie (percorso per l'accesso alle prestazioni, percorso per ottenere intervento chirurgico urologico, percorso per l'ottenimento di protesi e ausili, percorso per ottenere le patenti speciali)
- 2. richieste di chiarimento sugli aspetti economici delle prestazioni fruite (appropriatezza dell'attribuzione del ticket, fasce di esenzione per: reddito, età, patologia)
- 3. informazioni sulla tipologia di prestazioni erogate dall'Azienda (anche per prestazioni erogate in libera professione)
- 4. richieste di chiarimento sui tempi di attesa per accedere alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (oculistica, ortopedia, eco-doppler, urologia, cardiologia)
- 5. richieste di chiarimento sulle difficoltà a contattare telefonicamente i servizi a cui si accede per appuntamento diretto
- 6. richieste per ottenere *fac simili* di modulistica non disponibile sul sito internet (medicina del lavoro, igiene pubblica, sportello unico)

Le segnalazioni pervenute

Nel 2006 sono pervenute agli URP dell'Azienda USL di Ferrara complessivamente 824 segnalazioni da parte dei cittadini. L'andamento delle segnalazioni è di seguito rappresentato graficamente:



- il 51,09% delle segnalazioni è costituito da reclami (58,62% nel 2005), il 24,63% da elogi (17,78% nel 2005) e il 20,75% da rilievi (19,13% nel 2005);
- il 50% delle segnalazioni complessivamente raccolte a Cento è costituito da elogi (30% nel 2005), dove si registra anche la percentuale di reclami più bassa (41,8% nel 2006 e 58,49% nel 2005);
- i reclami a Codigoro costituiscono il 66% delle segnalazioni complessive (65,61% nel 2005), tale percentuale è descritta a Ferrara dal 56% (nel 2005 62,80%);
- la sede nella quale vengono raccolti più rilievi è quella di Ferrara: 34% (32,85% nel 2005).



I reclami e i rilievi: gli oggetti delle segnalazioni

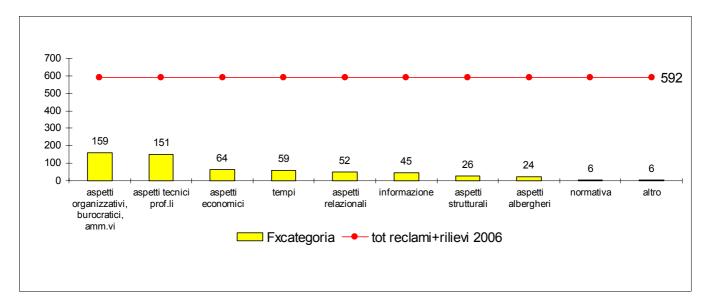
Classificazione CCRQ	Ferrara	Copparo	Argenta	Codigoro	Delta	Cento	Totale
Aspetti organizzativi, burocratici, amministrativi	78	20	37	7	16	14	172
Aspetti tecnici professionali	30	25	49	26	67	86	283
Aspetti economici	16	2	15	1	28	2	64
Aspetti alberghieri e comfort	9	1	3	1	11	4	29
Umanizzazione e aspetti relazionali	34	18	22	6	10	28	118
Tempi	25	0	16	4	9	7	61
Informazione	24	0	17	1	3	4	49
Aspetti strutturali	10	5	4	1	9	1	30
Altro	3	1	2	0	0	0	6
Adeguamento alla normativa	4	0	1	1	0	0	6
Privo di CCRQ	1	0	2	0	1	2	6
Totale	234	72	168	48	154	148	824

Rispetto alle tipologie degli eventi previsti dal sistema, gli aspetti sui quali maggiormente si concentrano le segnalazioni, che non sono solo costituite da reclami, ma anche da elogi, si evidenziano i seguenti dati:

- il 33% delle segnalazioni complessive si riferisce agli <u>aspetti tecnici professionali</u>, ovvero sono state espresse delle valutazioni, positive nel 15% dei casi o negative nel 18%, sulla modalità di erogazione della prestazione sanitaria da parte di tutto il personale sanitario;
- il 21% fa riferimento agli <u>aspetti organizzativi, burocratici e amministrativi.</u> Il 19% di questi è costituito da reclami e rilievi: è stata descritta in termini di eccessiva difficoltà e complessità il percorso di accesso ai servizi;
- il 14% è relativo agli <u>aspetti relazionali</u>, di questo il 7,8% è costituito da elogi e il 6,3% da reclami e rilievi: è più frequente che i cittadini utenti presentino spontaneamente delle valutazioni positive sul rapporto interpersonale tra operatore e utente, piuttosto che una protesta su episodi di conflittualità.

Sono stati confrontati i dati sulle segnalazioni di disservizio giunte agli URP, rispetto alle tipologie maggiormente frequenti, di seguito rappresentate graficamente:

Quali sono gli elementi di insoddisfazione contenuti nei reclami e rilievi nell'anno 2006:



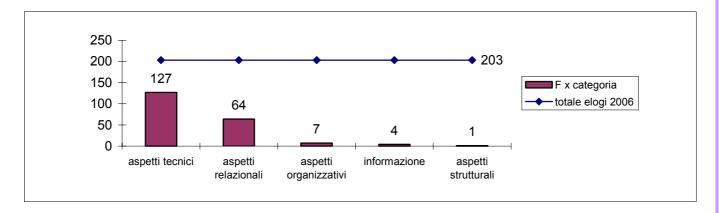
Gli elogi

L'andamento delle presentazione degli elogi da parte dei cittadini è stato in costante aumento dal 2004 al 2006: nel 2004 rappresentavano infatti il 9,8% delle segnalazioni complessive, nel 2005 il 17,8% e nel 2006 il 24,6%. Gli elogi vengono indirizzati maggiormente agli ambiti di assistenza ospedaliera, dove il rapporto tra operatore sanitario e cittadino utente è di maggior durata temporale.

Elogi	Area	Assistenza	URP	Consultorio	Igiene	Integrazione	Salute	Specialistica
	ospedaliera	primaria		familiare	Pubblica	socio sanitaria	mentale	ambulatoriale
2004	45	2	4	2	6	2	0	1
2005	110	9	6	0	0	5	1	1
2006	165	11	11	0	1	5	7	3

L'elogio viene considerato un "tributo" molto speciale, e i cittadini lo esprimono in situazioni particolari in cui hanno la percezione di aver avuto un trattamento superiore alle aspettative e alle normali potenzialità del servizio.

Quali sono gli elementi di soddisfazione contenuti negli elogi nell'anno 2006:



• il 52,5% è relativo alle prestazioni tecnico professionali, in riferimento alla modalità di erogazione complessiva dell'assistenza da parte del personale medico e non medico in riferimento all'efficacia, empatia e adeguatezza della stessa;

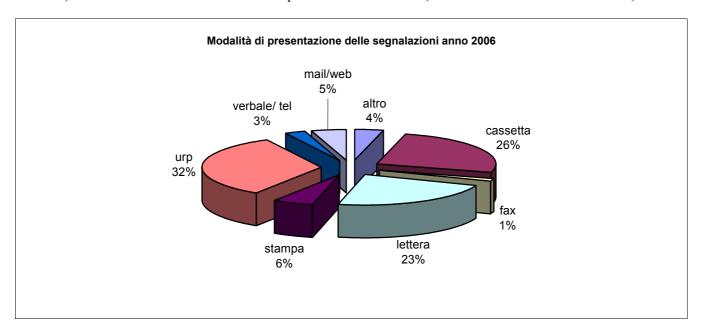
- il 31,5% degli elogi esprime soddisfazione per la modalità di trattamento delle attività di assistenza in termini di correttezza, cortesia e gentilezza;
- il 3,45% manifesta soddisfazione per la semplicità e facilità di accesso alle prestazioni sanitarie;
- le informazioni ricevute dai cittadini per l'accesso ai servizi e alle prestazioni sono valutate positivamente nel 1,97%;
- un esiguo 0,49 % esprime un giudizio positivo sulle strutture in termini di parcheggi, sale d'attesa,...

I presentatori delle segnalazioni

La modalità di presentazione delle segnalazioni più frequentemente usata è quella del contatto diretto con l'operatore/operatrice URP, descritta dal 33,13% dei casi (tale modalità di presentazione nel 2005 è stata del 36,22%).

Il 25,6% dei cittadini che ha espresso una valutazione (negativa nel caso di un reclamo o positiva per un elogio) sul servizio fruito ha utilizzato le cassette per la raccolta delle segnalazioni (in crescita rispetto al 2005, che era del 17,9%).

Nel 22,8% dei casi le opinioni, richieste di chiarimenti, rilievi e reclami dei cittadini sono giunti all'Azienda USL di Ferrara attraverso lettere provenienti dalle principali Associazioni di Volontariato e Tutela dei Cittadini presenti sul territorio (in leggero calo rispetto al 2005): dal centro Tutela dei Diritti del malato (CTDM –sede di Ferrara) e da Cittadinanza Attiva –Tribunale per i Diritti del Malato (TDM – sedi di Comacchio e Delta).



I destinatari delle segnalazioni

Dip.ti aziendali	Ferrara	Copparo	Argenta	Codigoro	Delta	Cento	Totale
Dip. Cure primarie	117	8	39	32	4	23	221
Dip. Medico	2	21	28	0	29	49	129
Dip. Emergenza-urgenza	1	9	18	0	51	12	91
Funzioni amm.ve distrettuali	39	13	21	6	3	4	85
Dip. Chirurgico	2	0	16	0	14	38	70
PUO	0	7	6	0	23	1	37
Dip.Diagnostica immagini	1	7	11	0	9	8	36
Dip. Sanità pubblica	18	1	10	3	0	1	33
Dip. Salute mentale	23	0	2	6	15	0	31
Dip. Materno inf.le	1	0	5	0	0	8	29
Uffici di staff alla Direzione	16	0	2	1	0	0	19
Dip.Diagnostica laboratorio	0	6	4	0	4	4	18
Sistema inf.vo committenza	12	0	0	0	0	0	12
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	0	0	3	0	0	0	3
Dip.to Gestione Ris. Umane	0	0	2	0	0	0	2
Attività tecnico patrimoniali e tecnologiche	0	0	1	0	0	0	1

Dip.to economico finanziario e acquisti	1	0	0	0	0	0	1
Programmazione finanziaria acquisti e contratti	1	0	0	0	0	0	1
Funzioni amm.ve PUO	0	0	0	0	1	0	1
UO Medicina Legale	0	0	0	0	1	0	1
Totale	234	72	168	48	154	148	824

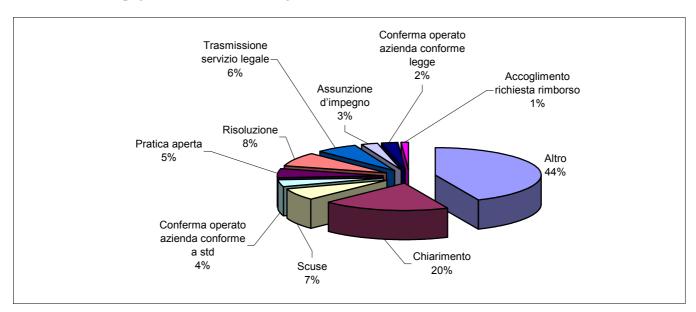
Esito delle segnalazioni

La procedura per la gestione delle segnalazioni prevede che al termine dell'istruttoria che viene attivata al momento della presa in carico dal parte dell'operatore URP territoriale di riferimento, al cittadino venga data una risposta, che può essere di varia natura:

Tipologia risposta	URP	URP	URP	URP	URP	URP	Totale
	Ferrara	Copparo	Argenta	Codigoro	Cento	Delta	
Altro	90	35	60	17	81	73	356
Chiarimento	66	18	15	13	30	19	161
Scuse	25	8	12	3	3	6	57
Conferma operato azienda conforme a std	11	1	4	5	1	13	35
Pratica aperta	17	7	11	2	7	0	44
Risoluzione	8	0	39	3	7	11	68
Trasmissione servizio legale	1	1	12	3	16	19	52
Assunzione d'impegno	10	1	6	1	1	3	22
Conferma operato azienda conforme normativa	5	0	8	0	1	5	19
Accoglimento richiesta rimborso	1	1	1	1	1	5	10
Totale	234	72	168	48	148	154	824

La risposta fornita al cittadino è il risultato della valutazione dall'Azienda in riferimento alla segnalazione e, insieme, è il contenuto della comunicazione di chiusura. Può essere un **chiarimento** (20%), una lettera di **scuse** (7%), o la **conferma dell'operato aziendale** perché conforme alla normativa o a linee guida (6%), o la comunicazione della **risoluzione** del problema posto (8%).

Dall'analisi degli esiti delle segnalazioni emerge anche che è stato fornita una risposta classificata con la voce "altro" nel 44% delle situazioni, tale categoria interessa tutte le segnalazioni anonime, o quelle raccolte dall'Azienda ma non gestite direttamente da essa perché di competenza di altri, oppure gli elogi ai quali chiaramente non viene fornita una risposta. Nel 3% dei casi si riscontra un'assunzione di impegno, ciò sta a indicare una tendenza dell'Azienda a prendere in seria considerazione il cittadino, eventualmente anche assumendosi l'impegno a condurre azioni migliorative.



Conclusioni

Siamo convinti che l'istituzione di un sistema di "Gestione delle segnalazioni" sia per l'Azienda un'occasione di confronto e di valutazione dei propri servizi a partire dall'opinione dei cittadini.

Chi presenta un reclamo, infatti, compie un gesto attivo di partecipazione diretta e interessata e perciò costruttiva, dimostrando la sua fiducia nell'istituzione e la convinzione che il reclamo servirà per migliorare il servizio. Il reclamo è perciò un indicatore che segnala una insoddisfazione (anche quella inespressa che non si manifesta in una lamentela formale in quanto si calcola che per un cliente che reclama almeno dieci, pur ugualmente insoddisfatti, non lo fanno per i più diversi motivi), che però rappresenta un'occasione per l'Azienda di recuperare la persona insoddisfatta, con meccanismi di comunicazione e compensazione, ma anche un'occasione per individuare dei correttivi organizzativi che permettano il non ripetersi delle stesse situazioni di disservizio. L'analisi dei reclami consente inoltre di comprendere cosa abbia più valore per gli utenti e quindi di investire risorse soprattutto su tali aspetti e attività.

La costituzione da parte di questa Azienda USL di un valido sistema di gestione delle istanze provenienti dai cittadini consiste nel dotarsi di sensori capaci di raccogliere gli elementi di insoddisfazione, di una struttura che permetta la possibilità di dare risposte tempestive ed esaustive in merito ai disservizi segnalati e infine di adottare misure atte a prevenire situazioni recidive.

Per raggiungere quest'ultimo obiettivo può essere utile il presente rapporto che sintetizza, con l'ausilio di tabelle e grafici, l'andamento dei reclami classificati secondo diverse tipologie, così come delineate dal D.P.C.M. 27/1/1994 e adottate dalle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna nonché dalla maggioranza delle Aziende Sanitarie italiane.

Partecipazione a eventi fieristici quali il COM.PA, salone della Comunicazione nella Pubblica Amministrazione



L'Ufficio Relazioni con il Pubblico e l'Ufficio Comunicazione e Stampa dell'Azienda USL di Ferrara, a distanza di due anni, hanno partecipato in qualità di espositori al Salone della Comunicazione nella Pubblica Amministrazione (COM.PA) portando le proprie esperienze di lavoro come esempi di comunicazione integrata fra cittadini e azienda, azienda e *stakeholder*. L'assunto di base che è stato colto per realizzare con successo la partecipazione a questa iniziativa è stato quello di considerare la comunicazione come edificatrice di spazi comuni. Ancor prima di porsi il problema di convincere o informare, è necessario utilizzare la comunicazione e i numerosi strumenti che la caratterizzano come edificatrice di spazi comuni, spazi condivisi tra Amministrazione e

Cittadino: solo all'interno di questo spazio comune è possibile dare la corretta informazione e può esserci la costruzione di un dialogo positivo tra le parti in questione.

Perseguendo questa strada, cercando di tener teso il filo rosso che unisce la realtà esterna all'Azienda Sanitaria e quella interna, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico è stato ospitato in occasione delle fiere di Codigoro e Argenta, insieme agli URP dei rispettivi Comuni.

Sperimentazione dell'attività di mediazione del conflitto

Il progetto "Gestione stragiudiziale del contenzioso" della Regione Emilia Romagna ha previsto al suo interno un percorso formativo specifico affinché persone in rapporto di dipendenza con il SSR acquisiscano competenze nel campo della mediazione.

Questa azienda sanitaria ha formato alcuni operatori per affrontare la tematica della mediazione del conflitto e nell'ambito dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico del Distretto Centro Nord sono stati individuati due operatori con le adeguate competenze.

L'attività di mediazione è iniziata nell'anno 2006 con un'attenta analisi di tutti i reclami URP ricevuti, individuando quelli che, per le caratteristiche presentate, consentivano ai mediatori la possibilità di contattare il cittadino *confliggente*.

A costoro è stato riservato da parte dei mediatori un primo contatto telefonico, che si è rivelato un vero e proprio ascolto preliminare in cui veniva presentato il servizio di mediazione, premessa indispensabile per

Capitolo 5

l'accordo di un successivo incontro personale. Sia la telefonata che l'incontro hanno permesso di riprendere e sperimentare lo strumento del "sentito" acquisito durante la formazione.

I casi trattati sono stati tre, hanno previsto un primo ascolto telefonico e una serie di incontri personali di ascolto in mediazione presso le sedi URP di Ferrara e di Codigoro e presso l'Ospedale di Argenta. Nello specifico i casi riguardavano:

- un' insufficiente assistenza socio sanitaria a seguito di una dimissione ospedaliera.
- la denuncia di un maltrattamento della consorte defunta in sala operatoria
- la morte di un figlio durante il trasporto in ospedale.

Tutte e tre le esperienze si sono concluse con la soddisfazione da parte dei cittadini *confliggenti* coinvolti in questo percorso. Ognuno di loro ha apertamente espresso ai mediatori l'apprezzamento per la disponibilità, per l'accoglienza ricevuta, per l'ascolto e per essere stati riconosciuti nel loro dolore.

Lo strumento del "sentito" previsto nell'ascolto in mediazione viene applicato nell'abituale attività di accoglienza del cittadino all'interno dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Pur trattandosi di uno strumento che viene esercitato nel rispetto delle attività istituzionali dell'URP, tra i quali quella dell'accoglienza delle segnalazioni, in taluni casi se ne è riscontrata l'efficacia in quanto il cittadino sentendosi rassicurato e riconosciuto per il disagio subito all'interno della struttura sanitaria, ha scelto di non formalizzare il reclamo.

Il **sistema informativo regionale del Numero Verde telefonico** è un altro strumento specifico di comunicazione gestito dall'URP.

Esso fornisce informazioni aggiornate e complete sui servizi sanitari e socio-sanitari attivi in tutta l'Emilia-Romagna e persegue le seguenti finalità:

- informare gli utenti locali in merito ai servizi offerti dalla sanità in maniera mirata ed efficace;
- facilitare la conoscenza e semplificare le modalità di accesso ai servizi e ai percorsi di cure;
- diffondere notizie validate in merito a campagne di vaccinazione e di promozione della salute, screening preventivi e diagnostici, ecc.

Gli strumenti operativi di cui ci si avvale sono costituiti da una banca dati contenente schede descrittive dei servizi offerti, sedi di ubicazione, nomi dei responsabili, nonché indirizzi, numeri di telefono e orari di apertura al pubblico, modalità di prenotazione e di pagamento ticket. Per la gestione del Numero Verde ci sono operatori di primo e secondo livello per selezionare il bisogno informativo in base alla sua complessità.

5.4 La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

I PIANI PER LA SALUTE

I macro-progetti, le azioni e la rete

Nel 2006 sono proseguite le attività nell'ambito delle cinque aree oggetto di progettazione e coordinamento dell'Unità Operativa Piani per la Salute (PPS).

Di seguito è riportata una breve descrizione dei cinque macroprogetti, unitamente a una sintesi dei principali risultati raggiunti.

1. Progetto "Prendersi cura di chi si prende cura -Caregiver anziani-"

L'obiettivo del progetto è tutelare lo stato di salute delle persone che, prendendosi cura di familiari anziani, si responsabilizzano per l'assistenza a domicilio, al fine di sostenere la funzione di *caregiving* mediante strumenti di lettura dei bisogni, counseling, formazione e risposte personalizzate.

Nel 2006, a Ferrara, sono stati presi in carico 9 casi di qualificazione del lavoro di cura al domicilio e azioni di sollievo a domicilio per i familiari di malati di Alzehimer e sono proseguiti gli 8 progetti individuali socio assistenziali già in atto (Progetto Domus).

Su tutto il territorio provinciale sono stati effettuati colloqui di sostegno psicologico per 58 *caregiver* ed è stata realizzata attività di counseling per 765 **caregiver**.

Sono proseguiti gli incontri del gruppo di auto-aiuto e 8 caregiver hanno usufruito di consulenza legale.

Continua, nel Distretto Ovest, il servizio di consulenza del Centro *Caregiver* e Medici di Medicina Generale via e-mail e l'attività del Centro di Ascolto, che riceve mediamente 50 telefonate a settimana.

I ricoveri di sollievo hanno coperto l'82% della disponibilità di posti letto totale.

L'attività di formazione ha interessato complessivamente 122 caregiver.

Le attività svolte nell'ambito di tale progetto sono realizzate in rete con: Azienda USL, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Comuni della provincia, AMA (Associazione Malati di Alzheimer), ANTEA (Associazione Nazionale Terza Età Attiva), Centro Sociale Torre del Primaro, Centro Formazione Professionale di Cesta, Comitato F. Mazzucca, Casa protetta G.B. Plattis, Fondazione Zancan, CSV (Centro Servizi Volontariato)

2. Progetto "Prendersi cura di chi si prende cura -Caregiver malati psichici -"

Il progetto si propone di tutelare lo stato di salute del caregiver di familiari con disturbi psichici e dei genitori di soggetti con gravi e multiple disabilità.

Continua l'attività dei P.A.F. (Punti di Ascolto Famiglie), che nel 2006 hanno registrato complessivamente 54 accessi.

Continua l'offerta di sostegno psicologico e relazionale ai caregiver di malati con psicosi cronica, attraverso gli incontri dei gruppi di sostegno e la costituzione di gruppi di auto-aiuto, anche in collaborazione con le Associazioni di Volontariato e il Servizio Sociale.

Il sostegno ai genitori nel passaggio dei ragazzi dal percorso scolastico ai C.S.R. (Centri Sociali Riabilitativi), facilitando l'approccio globale al cambiamento, si è concretizzato con l'attivazione di 7 percorsi nell'anno scolastico 2005/2006.

Le attività svolte nell'ambito di tale progetto sono realizzate in rete con: Azienda USL, Centro Servizi Volontariato, Comuni, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Associazioni familiari dei malati mentali, Fondazione Devoto, Amministrazione provinciale, CSR (Centri Socio-Riabilitativi) e in collaborazione con l'Istituto Superiore Sanità

3. Progetto "Sostegno ai genitori nella cura dei figli"

Il progetto è articolato su tre macro-ambiti di intervento (sottoprogetti).

Il primo è relativo alla promozione dell'allattamento al seno in modo omogeneo su tutto il territorio provinciale e ha visto il coinvolgimento di 17 operatori delle aree interessate in occasione del corso di formazione base teorico-pratica Organizzazione Mondiale della Santà-UNICEF.

I risultati di un'indagine sull'andamento dell'allattamento al seno nei primi sei mesi di vita nella provincia di Ferrara sono stati pubblicati in un report presentato nel corso di una giornata seminariale sul tema

I corsi di preparazione alla nascita hanno interessato 1.034 donne, sono state effettuate 644 consulenze telefoniche e 1.807 consulenze ambulatoriali e domiciliari.

Il secondo ambito di intervento è tarato sulla tutela delle famiglie in condizioni di difficoltà nelle fasi di gravidanza e del primo anno di vita del bambino, con riguardo anche alla situazione della popolazione immigrata. Ciò mediante convezioni e protocolli relativi alle politiche abitative (Progetto "Una Casa per Pollicino") e l'individuazione di prassi per facilitare il corretto utilizzo dei servizi sociali e sanitari da parte delle donne immigrate.

L'ultimo sottoprogetto è riferito alla lettura ad alta voce e allo stare insieme tra genitori e bambini, fin dalle età più precoci della relazione (Progetto "Nati per Leggere").

Le attività svolte nell'ambito di tale progetto sono realizzate in rete con: Azienda USL, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, CeVEAS (Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria), Comuni, Cooperativa L'Albero delle Meraviglie, ACER (Azienda Casa Emilia Romagna), CIRCI (Centro Iniziativa Ricerca Condizione Infanzia, Centro Donna Giustizia, Associazione Viale K, Associazione Amici Biblioteca Ariostea, Università degli Studi di Ferrara.

4. Progetto "Prevenzione incidenti stradali e loro esiti"

Il progetto è orientato alla riduzione degli incidenti stradali e dei loro esiti in termini di mortalità e disabilità.

È strutturato in azioni finalizzate al miglioramento del sistema di "Emergenza-Urgenza", attraverso corsi di formazione per il personale delle ambulanze e monitoraggio dei tempi di intervento e soccorso.

Il progetto comprende, inoltre, azioni volte a favorire l'adozione di comportamenti responsabili da parte degli utenti della strada.

Per raggiungere i target più significativi della popolazione, le azioni si sviluppano nella scuola e nei luoghi di aggregazione giovanile. Nel 2006 sono stati coinvolti 820 studenti delle scuole medie inferiori, 720 delle medie superiori e 30 dei Centri di Formazione Professionale.

Continua "Il Guidatore di Turno", la campagna di promozione tra giovani che frequentano i locali, che ha interessato 580 studenti e 152 iscritti presso 5 autoscuole aderenti al progetto, e durante la quale sono stati effettuati 1.706 controlli del tasso alcolemico.

Prosegue il Progetto "Passa la chiave a Bob", che ha cadenza prevalentemente estiva e si sviluppa presso locali e discoteche della costa, con 4064 test alcolemici e 654 colloqui di counseling.

Continuano anche le azioni volte all'istituzione di un Osservatorio Provinciale per la Sicurezza Stradale, per il miglioramento dell'integrazione tra attori istituzionali e non, e la manutenzione della rete stradale provinciale per garantire maggiore sicurezza e percorribilità della stessa.

Le attività svolte nell'ambito di tale progetto sono realizzate in rete con: Amministrazione provinciale, Azienda USL, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Ufficio Scolastico Provinciale, Istituti Scolastici, Promeco, Forza dell'ordine locali, Osservatorio Provinciale per l'Educazione e la Sicurezza Stradale, Osservatorio Regionale per l'Educazione e la Sicurezza Stradale, Comuni, Autoscuole del territorio, UISP, ARCI Ragazzi.

5. Progetto "Prevenzione e assistenza tumori al polmone"

I Centri di Disassuefazione al tabagismo hanno registrato nel 2006 l'accesso di 214 nuovi utenti e sono state realizzate due esperienze in luoghi di lavoro, presso l'Ospedale del Delta (con 17 utenti) e la R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) di Portomaggiore (6 utenti).

Proseguono le iniziative educative di prevenzione selettiva del fumo di tabacco nelle scuole del territorio, che hanno coinvolto complessivamente 3.054 studenti delle scuole medie inferiori e superiori e 200 alunni di scuole materne ed elementari.

Nel 2005 è stato avviato un progetto sperimentale rivolto ai giovani fumatori, che ha interessato le scuole medie superiori e l'università.

È in corso la rivalutazione del bisogno formativo dei Medici di Medicina Generale, finalizzata a favorire l'adesione degli operatori dei Nuclei di Cure Primarie al progetto "Disassuefazione dal tabagismo".

Le attività svolte nell'ambito di tale progetto sono realizzate in rete con: Azienda USL, Assessorato Sanità Regione Emilia-Romagna, Promeco, IOR (Istituto Oncologico Romagnolo, Comuni, Ufficio Scolastico Provinciale, ARPA.

La valutazione in itinere

La restituzione del dettaglio dei principali risultati ottenuti è frutto di un'azione valutativa compiuta sia in itinere che al termine dell'arco temporale di riferimento (2003-2005).

La valutazione in itinere costituisce un utile e indispensabile strumento di monitoraggio delle azioni messe in campo e consente di modificare gli obiettivi, adeguandoli a eventuali difficoltà sorte in corso d'opera, a cambiamenti del contesto sul quale si interviene e a nuove e impreviste esigenze presentatesi durante lo svolgimento dei lavori.

Alla conclusione del triennio è stato pubblicato un report sulla realizzazione delle singole azioni nel periodo considerato.

La valutazione di esito

Nel 2006 sono stati avviati studi di esito per la valutazione di impatto sulla salute, a conclusione della prima fase (triennio 2003-2005).

Le indagini di outcome relative al "Caregiver Anziani" e al "Caregiver Salute Mentale", entrambe mirate a verificare il miglioramento della qualità della vita per il caregiver, sono state presentate pubblicamente in occasione di due giornate seminariali dedicate.

Lo studio di esito relativo al miglioramento della qualità della vita del *caregiver* anziani è stato realizzato mediante interviste/questionari somministrati a 194 *caregiver* afferenti a quattro Unità di Valutazione Alzheimer della provincia (Ferrara, Portomaggiore, Cento e Tresigallo), nel periodo marzo-maggio 2006.

Lo studio sulla qualità della vita di caregiver di malati psichici è stato condotto in 6 Centri di Salute Mentale del Dipartimento di Salute Mentale di Ferrara e ha coinvolto 73 familiari, fornendo importanti informazioni che valorizzano l'attività dei gruppi di sostegno nell'offrire supporto psicologico e relazionale.

Nell'ambito del progetto "Sostegno ai genitori nella cura dei figli" è stata condotta un'analisi, in ciascun Distretto socio-sanitario della provincia, volta a quantificare l'incremento delle attività e delle risorse economiche impegnate nei Piani Sociali di Zona per il sostegno alle famiglie con minori.

Per quanto attiene all'incidentalità stradale, lo studio condotto ha evidenziato quanto segue.

Dopo aver fatto registrare, analogamente a quanto accaduto a livello nazionale e regionale, una sensibile diminuzione degli incidenti nel 2003 rispetto al 2002 (-3,8%), nel 2004 il dato torna ad aumentare, facendo registrare un incremento rispetto al 2003, del 4,2% e riportandosi così ai valori del 2002. Analogo è l'andamento per la mortalità, che cala dai 94 deceduti nel 2002 ai 77 nel 2003 per poi risalire a 86 nel 2004, con un indice di mortalità che si attesta al 5,1%.

Lo studio di esito relativo al Progetto "Prevenzione e assistenza tumori al polmone" ha evidenziato che tra il 1996 e il 2005 la percentuale di fumatori si è ridotta, passando dal 32,8% (14 anni e oltre) al 24,7% (da 18 a 79 anni). In controtendenza rispetto all'andamento medio regionale che ha visto una sostanziale stabilità della percentuale di fumatori: dal 26,3% (14 anni e oltre) al 28,1% (18-69 anni). Nell'anno 2005, Ferrara ha registrato nella fascia di età 18-69 anni una percentuale di fumatori pari al 27,3%.

La condivisione della valutazione e della progettazione

La valutazione triennale è stata diffusa, con il supporto di una pubblicazione, a tutti i portatori di interesse ed è stata presentata e discussa con i Gruppi di Monitoraggio, con i Comitati di Distretto e in sede di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

I Gruppi di Monitoraggio hanno partecipato a cinque incontri assembleari monotematici, consentendo la facilitazione dei percorsi, il monitoraggio delle azioni e la verifica periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi. Tali Gruppi favoriscono e garantiscono la partecipazione, in quanto aperti a tutti i portatori di interesse (tecnici, politici, società civile, popolazione).

I Comitati di Distretto rappresentano il livello istituzionale che governa la programmazione e la valutazione delle politiche sociali e sociosanitarie e, pertanto, è chiaro come le occasioni di incontro siano state utili per avviare la nuova programmazione e confrontare la diverse pianificazioni per migliorare le sinergie possibili.

L'incontro con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ha concluso e validato il percorso progettuale, dando mandato di proseguire nel biennio 2007-2008 i progetti avviati. L'occasione di confronto è stata, inoltre, importante per confermare l'indirizzo a perseguire la coerenza interna della pianificazione.

La comunicazione ai cittadini

Il Comune di Ferrara ha dedicato il 2006 alla salute, mettendo al centro della vita dei propri cittadini il miglioramento del benessere collettivo e della partecipazione attiva di tutti al raggiungimento di una migliore qualità della vita, affermando così una nuova idea di comunità sempre più solidale, aperta, sicura e sana.

L'Unità Operativa Piani per la Salute ha rappresentato l'Azienda USL all'interno della cabina di regia istituita per governare l'anno tematico, coordinando e promuovendo interventi, eventi e spettacoli aventi come finalità la promozione della salute

L'intervento centrale è stato realizzato in Piazza Municipale con la presentazione di quattro mostre con il seguente calendario tematico:

- ✓ dal 4 al 17 settembre Alimentazione e attività fisica;
- ✓ dal 18 al 30 settembre La sicurezza stradale;
- ✓ dal 2 al 15 ottobre La salute percepita e il benessere psico-fisico;
- ✓ dal 16 al 31 ottobre L'abitudine al fumo di tabacco.



L'esposizione in Piazza Municipale a Ferrara

Le mostre si sono basate su alcune importanti indagini realizzate nel 2005 sulle condizioni di salute e sugli stili di vita della popolazione nella nostra provincia.

Il progetto comunicativo, denominato "La Salute in Mostra", è impostato secondo le tecniche del marketing sociale. Sono stati individuati messaggi semplici, che rappresentano la fotografia dei comportamenti dei cittadini della provincia come emergono dalle indagini statistiche effettuate, con confronti regionali e nazionali. La finalità è stata quella di promuovere riflessioni e di suggerire azioni per facilitare l'adozione di stili di vita sani.

Durante tutta l'esposizione è stato allestito un gazebo aperto per due ore al giorno con la possibilità, da parte dei visitatori, di richiedere consigli, materiale informativo e gadget agli operatori presenti. Il progetto ha visto la collaborazione attiva di diversi soggetti, istituzionali e non.

Dopo l'esposizione ferrarese le quattro mostre, concepite come progetto itinerante, saranno ospitate nei comuni della provincia.

Valutazione del Progetto Comunicativo "La Salute in Mostra"

a) Valutazione di gradimento da parte del pubblico

244 sono le persone che si sono fermate al gazebo della mostra per chiedere chiarimenti o informazioni. 108 sono i commenti registrati, di cui solo uno in parte negativo, in cui si sottolineava una certa "mancanza di rigore scientifico". Forse questo giudizio era legato al linguaggio utilizzato nei pannelli, linguaggio volutamente semplice e non tecnico, mirato a comunicare nel modo più accessibile possibile.

Disaggregando per categorie i 108 commenti, si ottengono 138 item o elementi, di seguito riportati.

Commenti del pubblico disaggregati per categorie (numeri in valore assoluto)

chiara, facile, comprensibile	12
interessante	38
utile, valida, efficace	43
bella, di qualità	24
intelligente, istruttiva, importante	21

La mostra è stata ritenuta soprattutto "interessante", "utile", "efficace". Questo giudizio sta a indicare l'acquisizione di elementi di riflessione nuovi e di conoscenze utili da applicare nel quotidiano, il che era proprio lo scopo dei curatori. Importanti sono anche i commenti che segnalano altre caratteristiche della mostra, la sua "qualità" e il suo essere ritenuta "intelligente".

b)Risonanza sulla stampa locale

- ✓ 12 articoli sui giornali locali. Ampio spazio è stato dato all'iniziativa, con articoli, spesso a cinque colonne e posti nella prima pagina di Ferrara, che ben riportano gli argomenti salienti propri delle diverse mostre. In alcuni articoli si sono riportati commenti favorevoli delle persone intervistate. Sono state correttamente riportate le parole degli autori della mostra. Ci sono commenti originali dei giornalisti sui pannelli ritenuti più interessanti.
- ✓ L'iniziativa è stata diffusa anche attraverso il periodico Piazza Municipale con una pagina che bene ha descritto i contenuti e lo stile di comunicazione utilizzato.
- ✓ Il mensile d'informazione Cicero ha dedicato anch'esso ampio spazio alla mostra.
- ✓ La mostra è stata valorizzata dall'Azienda USL con articoli su Intranet e sulla newsletter ai dipendenti.
- ✓ Anche Saluter, il portale del Servizio Sanitario Regionale, ha riportato la notizia commentandola positivamente .
- ✓ Altri siti, come quello del Comune di Ferrara e il quotidiano on line Estense.com , hanno riportato la notizia con ampi commenti.
- ✓ La mostra è stata interamente fotografata dall'Agenzia Regionale per la Comunicazione Sociale.

In sintesi la mostra ha avuto sulla stampa e gli organi di informazione, compresa la tv locale e un servizio sul Tg regionale, un'attenzione significativa.

Ulteriore indicatore di apprezzamento del Progetto è dato dalle richieste di ospitare nel 2007 la Mostra o sezioni monotematiche di essa, da parte di molti comuni della provincia.

Concludendo, si può dire che il Progetto abbia avuto un buon impatto sul pubblico, sulla stampa e sulle istituzioni pubbliche che si occupano del tema Salute.

5.5 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

- 1. La salute in mostra. La promozione della salute è stato uno dei temi sui quali l'Azienda USL di Ferrara ha maggiormente impegnato risorse, energie e creatività nel corso del 2006. Fra le iniziative più significative alcune campagne per promuovere comportanti corretti, consapevoli e non rischiosi per la salute. La cornice di riferimento principale sono stati i progetti dei Piani per la Salute, culminati con una campagna informativa sistematica, di vaste dimensioni dal titolo "La salute in Mostra". Iniziativa-evento che dal 17 settembre al 31 ottobre ha visto alternarsi nella piazza municipale di Ferrara grandi pannelli dedicati agli stili di vita: alimentazione, sicurezza stradale, salute percepita e abitudine al fumo di tabacco.
- 2. La partecipazione dell'Azienda alle campagne regionali e nazionali comprende diverse azioni. Infatti, per alcune iniziative di educazione alla salute della Regione Emilia Romagna, da tempo è in atto la partecipazione alla progettazione del gruppo regionale appositamente costituito (es. per gli screening oncologici e per le campagne antinfluenzali). In altri casi, l'AUSL partecipa predispone di volta in volta, insieme con l'URP aziendale, il piano di distribuzione dei materiali verso i target interessati. Da segnalare alcune campagne nazionali alle quali l'Azienda ha partecipato con contributi di creatività e innovazione: promozione dell'allattamento al seno, lotta alle tossicodipendenze e all'alcol, "Smetti e vinci."

Nel corso del 2006 le campagne di comunicazione più importanti sono state:

- promozione del dono di sangue
- promozione della donazione organi (coordinamento prov.le della progettazione degli interventi e degli strumenti comunicativi)
- sostegno e promozione della vaccinazione antinfluenzale
- Ospedali senza dolore
- politica del farmaco e buon uso del farmaco (consulenza al gruppo di lavoro interaziendale appositamente costituito)
- screening ginecologici femminili: Pap-test e Mammografia
- screening colon retto
- Piani per la Salute, partecipazione ai progetti sull'educazione e a stili di vita sani
- informazione e comunicazione rivolte alla popolazione straniera per facilitare conoscenza e accesso ai servizi (in particolare ai turisti e alle donne in gravidanza) con la collaborazione con il Comune di Ferrara
- allattamento materno: iniziative specifiche per la settimana dell'allattamento al seno
- Giornata del respiro
- Lotta al fumo
- Lotta all'alcol
- Obesity day
- Giornata della menopausa
- Prevenzione degli incidenti stradali
- Vaccinazioni antirosolia/morbillo

<u>LE AZIONI COMUNICATIVE E GLI STRUMENTI UTILIZZATI</u>

Strumento	Tema trattato	Data pubblicazione
► INFORMA SALUTE Pagina Redazionale sui quotidiani locali: Il Resto del Carlino e La Nuova Ferrara	- Estate: al mare tranquilli e sicuri. Il potenziamento estivo di alcuni servizi sanitari del nostro territorio costiero È arrivato l'opuscolo Sette Lidi per l'estate 2006 Mare e molluschi. Qualche attenzione in più d'estate Passa la chiave a Bob: guida chi non beve	luglio
	- Freschi a tavola! Alimentarsi bene sotto il solleone. Non rinunciare a essere buongustai anche d'estate Digerire d'estate Consigli per conservare bene il cibo Il pasto fuori casa In vacanza all'estero: occhio a quello che bevi! Lo sapevi che Il cibo come incontro con altre culture Alcol d'estate Stasera guido io, BOB	agosto
	 La Salute in Mostra. A Ferrara in Piazza Municipale,nell'anno della salute un percorso in quattro tappe espositive. L'attività fisica e l'alimentazione La sicurezza stradale Il parere dell'Assessore Andrea Veronese titolare della delega alla sicurezza stradale della Provincia Partner coinvolti nel progetto Salute in Mostra Nuove alleanze per curare il diabete. La presa in carico del paziente Non solo farmaci per la cura del diabete Un corretto stile di vita riduce il rischio di diabete Intervista a Rita Stara Lamberti presidente AGPC Associazioni di volontariato 	dicembre

Strumento	Tema trattato	Data pubblicazione
► INFORMA SALUTE		
Pagina Redazionale sul mensile a distribuzione gratuita: - La Città*	- Parliamo di tempi di attesa Editoriale Gestire i tempi d'attesa nel Distretto Azioni 2006 per migliorare i tempi d'attesa Il parere del CCM del Distretto Centro-Nord	gennaio
* edizioni di Codigoro, Comacchio/ Lidi e Lagosanto, Copparo, Ferrara (fuori mura), Argenta, Portomaggiore	- Macellare il suino a domicilio. Una tradizione in linea con l'alimentazione genuina. Il servizio veterinario dell'azienda USL di Ferrara Vademecum del norcino	febbraio
	- L'hospice di Codigoro è realtà. Comacchio: riorganizzazione per l'ospedale San Camillo Emodinamica e riorganizzazione area Medica del Delta	aprile
	- Controlli sanitari sui molluschi. Dal mare alla tavola, i consigli per i consumatori. Ai Lidi con il Camper Passa la chiave a Bob "Sette Lidi" 2006 un'estate sicura	luglio
	 La salute scende in piazza. Una mostra sugli stili di vita dei ferraresi. Mamma, fermati qui ad allattarmi Partner coinvolti nel progetto Salute in Mostra 	ottobre
	- L'influenza è nell'ariavaccinarsi è meglio!!! Riconoscere l'influenza nei bambini e nei ragazzi Il vaccino per Alcune importanti domande	novembre
	- Il valore terapeutico della rieducazione alternativa. Velaterapia, laboratorio teatrale e rieducazione equestre: progetti ed esperienze Laboratorio di formazione teatrale e Doni Natalizi per i pazienti ricoverati Rieducazione equestre	dicembre

Strumento	Tema trattato	Data pubblicazione
 ▶ INFORMA SALUTE Pagina Redazionale sul mensile a distribuzione gratuita: La Piazza (dal settembre 2005 per le 4 edizioni del distretto Centro Nord 	- L'assistenza infermieristica domiciliare. Che cos'è, di cosa si occupa Le prestazioni infermieristiche erogabili a domicilio, chi ne ha diritto, cosa fare per ottenerla L'équipe infermieristica di Ferrara Alcuni dati relativi al 2005 Distretto Centro Nord.	marzo
La Piazza	- Freschi a tavolae sicuri dappertutto Cibi e alte temperature Il cibo come incontro con altre culture Vacanze all'estero occhio a quello che bevi Lo sapevi che La zanzara tigre Stasera guido io. Bob. Vacanze coi fiocchi, vietato	luglio-agosto
	distrarsi - La Salute in Mostra La sicurezza stradale I temi di ottobre	settembre
► INFORMA SALUTE L'APPROFONDIMENTO Newsletter destinata agli	- Le indagine sulla salute dei ferraresi - Ufficio Relazione con il	gennaio
Stakeholder destinata agii	Pubblico: l'Azienda dialoga con il cittadino	settembre
► CICERO	- Servizio veterinario. Unita Operativa di Sanità Animale. Unita Operativa di igiene delle produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati. Unita Operativa di igiene degli	febbraio

Strumento	Tema trattato	Data pubblicazione
	allevamenti e delle produzioni zootecniche. Le sedi del servizio Pronta disponibilità veterinaria. Per ogni informazione sui servizi e le prestazioni sanitarie	
	- "Danzalafollia": il teatro che fa "bene"! Rassegna itinerante di danza, teatro e musica. Danzalafollia .Mattbeth DiverCity@04:la ricerca di ciò che ci unisce e non di ciò che ci divide Programma degli appuntamenti Altri appuntamenti "Danzalafollia"	marzo
	 "Danzalafollia": il teatro che fa "bene"! Rassegna itinerante di danza, teatro e musica. Smetti e vinci 2006. Al via la quinta edizione del concorso che premia chi smette di fumare. Per aiutarti a smettere di fumare 	aprile
	- All'ospedale di comunità di Copparo inaugurata la risonanza magnetica nucleare. La risonanza magnetica, come avviene l'esame, gli esami effettuabili, l'équipe.	maggio
	- La salute in piazza, la Salute in Mostra. La salute percepita e il benessere psicofisico L'abitudine al fumo di tabacco Partner coinvolti nel progetto Salute in Mostra	ottobre
	- L'influenza è nell'aria vaccinarsi è meglio! Campagna vaccinale 2005/2006 La cooperativa Nuovamente fa rivivere il "Cafè de la paix" Progetto "BIO C'è"-Ricicletta	novembre
	 Teatro, vele e cavalli nelle attività ricreative dei centri per disabili. Laboratorio di formazione teatrale per persone disabili e i loro operatori. 	dicembre

Strumento	Tema trattato	Data pubblicazione
	Progetto velaterapia. Rieducazione equestre. Doni di Natale.	
► PERIODICI E SITI COMUNALI	TEMA TRATTATO	PERIODICITÀ
Iolanda di Savoia	- All'Ospedale di Comunità di Copparo inaugurata la Risonanza Magnetica Nucleare (agosto)	Le pagine redazionali dell'AUSL sono inviate su richiesta dei rispettivi Uffici Stampa, con periodicità diversa per ogni comune
Format diversi Trasmissioni TV Videonews, Videoclip, Talk Show	Salute Primavera - La sanità nel Delta: nasce l'Hospice di Codigoro e la firma per la riorganizzazione dell'Ospedale di Comacchio. Copparo: arriva la nuova	23 aprile
	risonanza - Campagna contro il fumo: il concorso "Smetti & Vinci". Festa della mamma allattando:	7 maggio
	l'iniziativa nei supermercati. - Giovani e fumo: il convegno "smetto da grande". Lido	21 maggio
	Estensi: le cardiopatie ischemiche ei farmaci Fumo, la giornata mondiale contro il tabagismo. La lettura fra genitori e figli: l'iniziativa "Nati per leggere".	4 giugno
	Salute Estate - Il controllo dell'allevamento dei molluschi e delle acque di balneazione.	25 giugno
	- Caldo e anziani: i consigli per affrontare le alte temperature. Tutto sulla zanzara tigre. Estate ai lidi: la guida con tutte le	9 luglio
	informazioni per l'emergenza - Salute Estate speciale. La riorganizzazione della sanità in	23 luglio

Strumento	Tema trattato	Data pubblicazione
	estate: parla il direttore sanitario dell'azienda USL, Edgardo Contato. Il pronto soccorso e il reparto di dialisi all'ospedale del Delta, i codici bianchi sulla Costa.	
	- Guglielmo Tell. Estate in salute	20 luglio
	Salute Autunno - Inaugurazione del poliambulatorio di Argenta e avvio dei lavori del padiglione chirurgico. Le residenze per	19 novembre
	 anziani in provincia. Il bilancio della riabilitazione equestre. Reportage. La donazione del sangue cordonale all'ospedale di 	15 dicembre
	Cento - Reportage. La donazione del sangue cordonale all'ospedale del Delta	29 dicembre
	- Guglielmo Tell Salute.	30 novembre
► SALUTER	TEMI TRATTATI	DATE PUBBLICAZIONE
	 Primi dati di attività screening colon-retto 	9 gennaio
(periodico on line dell'assessorato alle politiche della salute della Regione Emilia Romagna)	 Attività di ematologia e onco- ematologia all'Ospedale San Camillo di Comacchio 	17 gennaio
	- Importanti novità negli Ospedali del Basso Ferrarese: l'Hospice di Codigoro, l'Emodinamica, la riorganizzazione dell'Area Medica dell'Ospedale del Delta e la firma del protocollo con la cittadinanza di Comacchio	24 febbraio
	- Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cento	14 febbraio
	- L'AUSL a "Liberamente" fiera del tempo libero	14 febbraio
	- Distretto Ovest- Apertura domenicale di un ambulatorio di Guardia Medica del 19 marzo 2006	22 marzo
	- Opuscoli per i cittadini del Programma delle Attività	31 marzo

Strumento	Tema trattato	Data pubblicazione
	Territoriali (PAT) del Distretto Centro-Nord - Il servizio Igiene degli Alimenti e	5 aprile
	Nutrizione è definitivamente operativo	2 maggio
	- Al via "Smetti & Vinci" il concorso che premia chi smette di fumare	18 maggio
	- Smetto da grande, progetti di contrasto al tabagismo in adolescenza	23 maggio
	- Elezioni Amministrative. Certificati medici per gli elettori	29 maggio
	portatori di disabilità - Liberi dal fumo: 7 ferraresi su 10	29 maggio
	smettono di fumare grazie ai corsi seguiti nei centri antifumo dell'AUSL	29 maggio
	Le droghe, fra genitori e figliL'azienda USL a Palanga per la	29 maggio
	14.ma Conferenza Internazionale HPH	31 maggio
	- Vinto il secondo premio nella sezione Poster a Palanga	6 giugno
	Ai Lidi col camper. Passa la chiave a BobDall'accreditamento alla	7 giugno
	valutazione di esito - Un castello di sorprese per i nostri	14 giugno
	nonni - Smetti (di fumare) e vinci: vincitori della quinta edizione e	28 giugno
	premiazione - Festa d'estate al Centro Socio-	28 giugno
	Riabilitativo di san Martino - Servizio medico per turisti sui nostri Lidi dal 1° luglio al 17	4 luglio
	settembre - Ambulatorio dei codici bianchi. Attivo dal 1° luglio al san	7 luglio
	Camillo di Comacchio - La cultura delle emozioni forti. Consumo di sostenza a risabi per	18 luglio
	Consumo di sostanze e rischi per la salute - Passa la chiave a Bob	31 agosto
	 Fassa la chiave a Boo Salute in Mostra Apre la pediatria di Gruppo	1 settembre
	"Prinella"	4 settembre
	 Inaugurazione Salute in Mostra Sportello unico di Migliarino modifica l'orario di apertura 	7 settembre
	- Settimana Mondiale dell'allattamento materno	2 ottobre

Strumento	Tema trattato	Data pubblicazione
	- Nuovo padiglione per l'Ospedale di Argenta	3 ottobre
	 Programma delle vaccinazioni antinfluenzale 	6 novembre
	- Inaugurazione poliambulatorio specialistico e avvio cantiere	10 novembre
	nuovo padiglione chirurgico - Rieducazione equestre per disabili. Risultati attività 2006	11 novembre
	 A Ferrara si parla di patologia vulvare 	17 novembre
	- La donazione del sangue cordonale. Anche all'Ospedale di Cento e del Delta è possibile effettuare la donazione di sangue del cordone ombelicale	24 novembre
	Aperto ambulatorio di assistenza sanitaria a Mirabello25 novembre 2006 Workshop-	28 novembre
	Nuovi consumatori di stimolanti e cocaina: Ferrara città eccitata?	28 novembre
► ATTIVITA' DI UFFICIO STAMPA	69 COMUNICATI STAMPA -	LETTERE DEL D.G. ALLA STAMPA
	Gennaio: 2 Febbraio: 3 Marzo: 7 Aprile: 5 Maggio: 9 Giugno: 11 Luglio: 1 Agosto: 4 Settembre: 8 Ottobre: 10 Novembre: 12 Dicembre: 5	Febbraio: 2 Marzo: 3 Aprile: 1 Maggio: 2 Giugno. 1 Luglio: 3 Agosto: 1 Settembre: 1 Ottobre: 1 Novembre: 2
► ATTIVITA' DI	CONFERENZE STAMPA	DATA
UFFICIO STAMPA	- Piano influenza 2006	3 gennaio
	- Presentazione dell'accordo per attività di Ematologie e Onco- Ematologia all'Ospedale di Comacchio	13 gennaio
	- RU 486 Applicazione del profilo di assistenza nella provincia di Ferrara	31 gennaio

Strumento	Tema trattato	Data pubblicazione
	- Ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cento: "Stato di avanzamento per la riorganizzazione di Villa Verde"	10 marzo
	- Tempi d'attesa sulle prestazioni specialistiche	21 aprile
	- Presentazione del seminario internazionale "Smetto da Grande. Progetti di contrasto del tabagismo in adolescenza"	11 maggio
	- Presentazione opuscoli PAT dei tre Distretti destinati alle famiglie	12 maggio
	- Presentazione "Un castello di sorprese per i nostri nonni"	8 giugno
	- Roma. Le Fondazioni Bancarie che investono nella sanità locale	9 giugno
	- Presentazione dell'opuscolo per i turisti "Sette Lidi" in conferenza stampa al Comune di Comacchio	28 giugno
	- Presentazione della Carta dei Servizi	20 luglio
	- Presentazione dell'evento "La Salute in Mostra"	1 settembre
	- Presentazione rassegna "A muso duro"	11 settembre
	- Conferenza congiunta con la Cooperativa Nuova-Mente per la riabetura del "Cafè de la Paix"	20 ottobre
	- Conferenza congiunta con il Comune di Ferrara per la presentazione del nuovo sportello "T'Informo"	3 novembre
	- Telemedicina applicata all'ortogeriatria	7 novembre
	- Presentazione dei risultati 2006 del progetto "Attività di rieducazione equestre"	14 novembre
	- Consuntivo di quattro anni di	

Strumento	Tema trattato	Data pubblicazione
	mandato del Direttore Generale Fosco Foglietta	23 novembre
	INCONTRI CON LA STAMPA	DATA
	- Presentazione del concorso internazionale "Smetti e vinci" per incentivare le persone a smettere di fumare	28 aprile
	- Campagna antinfluenzale 2006/2007	2 novembre
► EVENTI	TEMA TRATTATO	DATA
Inaugurazioni	- Grande evento nel distretto sud- est: Inaugurazione Hospice di Codigoro, presentazione Emodinamica e riorganizzazione Area Medica all'Ospedale del Delta e firma ufficiale del nuovo protocollo con la cittadinanza per la riorganizzazione dell'Ospedale S.Camillo	28 febbraio
	- Inaugurazione nuova sede del Distretto Ovest	14 marzo
	- Copparo: inaugurazione risonanza magnetica all'Ospedale S.Giuseppe	21 aprile
	- Inaugurazione "La Salute in Mostra" a Ferrara	5 settembre
	- Centro inaugurazione della scultura "Uomo"	6 ottobre
	- Cento inaugurazione nuovo tomografo multistrato	6 ottobre
	- Argenta, inaugurazione sede poliambulatorio specialistico e avvio del cantiere del nuovo padiglione chirurgico	10 novembre

Strumento	Tema trattato	Data pubblicazione
Convegni E	- Accreditamento DSM (Dipartimento Salute Mentale)	23 agosto
Workshop	- Seminario organizzato in collaborazione con il Centro di Solidarietà Sociale Il Quadrifoglio "Promuovere la salute mentale della comunità: le Associazioni di utenti come risorsa"	15 settembre
	- Sperimentazioni gestionali, innovazione tecnologica a favore della non autosufficienza	29 novembre
	- Scelte consapevoli per un'assistenza più efficace. Incertezze e metodo in medicina	5 dicembre
Indagini	 Gruppo Monitoraggio Molluschi alla Fiera "Liberamente" di Ferrara Indagine sul buon uso del farmaco condotta in 12 centri sociali per anziani del comune di Ferrara, con la collaborazione del sindacato pensionati CGIL, CISL e UIL. 	11-12 marzo autunno 2006
FORUM E Conferenze Internazionali	 Palanga –Lituania- 14.ma Conferenza Internazionale HPH Seminario internazionale "Smetto 	24- 26 maggio
	da Grande" - VIII Simposio internazionale "Giornate aritmologiche centesi"	16 maggio 12-14 ottobre
	- COM.PA Bologna	7-9 novembre
SITO INTERNET AZIENDALE	STATO DELL'ARTE	TEMPI
	 partnership dell'ufficio comunicazione nella gestione della home page rassegna stampa on line inserimento news 	A regime dall'ottobre 2006

GUIDE AI SERVIZI	TIPOLOGIA	TEMPI
GUIDE AI SERVIZI	- foglio informativo Unità Operativa di Medicina di Cento - foglio informativo Unità Operativa di Cardiologia e Centro di Aritmologia di Cento - foglio informativo Unità Operativa di ex-Geriatria di Cento - foglio informativo Unità Operativa di terapia intensiva Cardiologia (U.T.I.C.) di Cento - depliant informativo Unità Operativa di Chirurgia Generale di Argenta - foglio informativo Unità Operativa di Medicina di Argenta - depliant informativo Unità Operativa di Ginecologia di Argenta - depliant informativo Modulo Organizzativo di Lungodegenza post Acuzie di Argenta - depliant informativo unità Operativa di ortopedia e Traumatologia di Argenta - Depliant per i turisti dei Lidi Ferraresi (versione italiana e inglese)	settembre settembre settembre luglio maggio luglio luglio luglio giugno

5.6 La comunicazione interna aziendale

La Comunicazione Interna ha l'obiettivo di contribuire al miglioramento del clima aziendale e del senso di appartenenza dei dipendenti, attraverso la diffusione dei programmi aziendali, dei processi di cambiamento e di innovazione e attraverso un'attenta programmazione di interventi e di strumenti di diffusione delle informazioni verso il pubblico interno e verso tutti i professionisti convenzionati. Le informazioni sono contenute nelle newsletter prodotte direttamente dall'Ufficio Comunicazione e inviate tramite cedolini stipendiali.

AZIONI COMUNICATIVE E STRUMENTI UTILIZZATI

Strumento	Rubriche	Scadenza
INFORMAUSL Newsletter per i Dipendenti	 Comunicazioni della Direzione Generale Dal Dipartimento Risorse Umane La notizia del mese Formazione Apertura nuovi servizi e nuove strutture Percorsi di accreditamento Dall'INPDAP Sportello Ecoidea News varie 	Mensile 12 numeri nel 2006 tiratura 3200 copie a uscita
ALTRI STRUMENTI	TIPOLOGIA	DURATA
	 Libretto-guida per i nuovi assunti Formazione addetti al sito internati 	Validità biennale 5 edizioni x 60 operatori
	 Rete intranet, progetto implementato Rassegna stampa on line sulla rete intranet per tutti i dipendenti 	A regime dall'ottobre 2006. A regime dall'ottobre 2006

Capitolo 6 - Ricerca e Innovazione

Oggi la sfida della salute come parte integrante del welfare può essere ben affrontata, oltre che con buone politiche sociali, facendo anche ricorso alla ricerca e all'innovazione.

L'attività di ricerca e innovazione costituiscono, alla luce di quanto introdotto dalla L.R. 29/2004,

condizione necessaria perché i servizi sanitari possano assolvere compiutamente la propria missione.

Affrontare il tema della ricerca&innovazione significa, anche, porsi il problema del governo dei processi di cambiamento all'interno dell'organizzazione sanitaria.

Il tipo di ricerca di cui deve farsi carico il servizio sanitario riguarda soprattutto l'essere capace di accogliere in modo tempestivo, efficace e compatibile le innovazioni che la ricerca propone, contribuendo - laddove possibile - a orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari.

Da qui nasce la consapevolezza, per i servizi sanitari, di dover investire sul terreno dell'innovazione, soprattutto attraverso l'avvio di programmi di ricerca/intervento mirati a verificare le criticità sul piano dell'efficacia clinica, delle implicazioni organizzative e delle necessità formative che possono condizionarne la piena utilizzazione.

Anche le Aziende territoriali possono e devono impegnarsi sul terreno della ricerca: da un lato per valutare, preventivamente, l'impatto delle nuove tecnologica e dall'altro per sperimentare nuovi processi organizzativi che trasferiti alla pratica clinica e assistenziale possono configurarsi come un valore aggiunto importante per i destinatari finali dei servizi sanitari.

La presa di coscienza dell'importanza dell'innovazione e della ricerca organizzativo gestionale nelle Azienda territoriali e il conseguente impegno verso l'implementazione di veri e propri progetti innovativi prevede tutta una serie di presupporti imprescindibili quali:

- ✓ La promozione di un ambiente culturale favorevole allo sviluppo di nuove progettualità
- ✓ L'incentivazione degli operatori sanitari e non impegnati nei percorsi di ricerca
- ✓ La creazione di infrastrutture organizzative necessarie a facilitare il dialogo tra ricerca, formazione e assistenza sanitaria.

L'Azienda USL di Ferrara, in ottemperanza alla Legge Regionale n°29/94 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale" e a quanto previsto dalle Direttive Regionali per l'emanazione dell'Atto Aziendale, annovera la funzione di innovazione e ricerca fra le proprie funzioni e la integra con l'attività di formazione cui è per natura strettamente connessa.

Consapevole dell'importanza di dare attuazione alla Normativa e di prevedere un impegno fattivo dell'Azienda all'interno del programma di Ricerca e Innovazione promosso dalla Regione Emilia Romagna, L'Azienda ha promosso l'inserimento nel proprio atto aziendale un **Ufficio Specifico dedicato alla ricerca e all'innovazione.**

Sul versante progettuale L'Azienda USL di Ferrara si muove sui seguenti ambiti:

- 6.1 Progetti finalizzati nel programma regionale "Fondi di Modernizzazione"
- 6.2 Progetti Regionali (PRI.ER)
- 6.3 Progetti Ministeriali (Progetti finalizzati)
- 6.4 Progetti Cofinanziati dall'Unione Europea (Progetti a chiamata diretta)
- 6.5 Attività di supporto

6.1 Progetti finalizzati nel programma regionale "Fondi di modernizzazione"

Il Programma di modernizzazione del sistema dei servizi sanitari – individuato dal PSR – ha il compito di sviluppare progetti di innovazione organizzativa e gestionale sui temi del governo clinico, economico e finanziario delle Aziende sanitarie e del sistema sanitario regionale, individuando come finalità fondamentali la sperimentazione, la sviluppo delle culture aziendali e il miglioramento continuo nell'organizzazione sanitaria regionale;

Progetti anno 2006:

1. Immigrazione e Mediazione Interculturale – Progetto Interaziendale per non sentirsi estranei nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari

Obiettivo generale del progetto:

Implementare un Servizio Interaziendale di Mediazione che permetta di condividere e integrare strategie di miglioramento per l'accesso e uso della rete dei servizi sanitari e sociosanitari da parte dell'utenza straniera.

Obiettivi Specifici

- ✓ Condividere le conoscenze e le esperienze tra operatori delle aziende sanitarie rispetto l'immigrazione, la transcultura e l'intercultura;
- ✓ Implementare il lavoro di rete tra gli operatori, i servizi e le aziende quale metodologia facilitante l'inclusione degli utenti stranieri nei percorsi d'aiuto;
- ✓ Realizzare una presa in carico e fornire risposte d'aiuto all'utente straniero non condizionate dalle differenze culturali e linguistiche affiancando il mediatore interculturale al team assistenziale;
- ✓ Monitorare la domanda e il lavoro svolto, produrre una reportistica che permetta una lettura organica del profilo di salute dell'utenza straniera.

Stato di avanzamento:

Il team di progetto nell'anno 2006 ha svolto l'attività di progettazione e sviluppato le prime attività di implementazione riferite alla mappatura dei servizi socio sanitari del territorio e all'analisi delle modalità di accesso e utilizzo dei servizi sanitari dell'Azienda da parte dell'Utenza straniera.

2. Utilizzo di indicatori di consumo di prestazione sanitarie per fini pianificatori, programmatori e di controllo

Obiettivo del progetto:

Il progetto si pone come obiettivo quello di individuare e analizzare un set di indicatori di consumo di prestazioni sanitarie tali da poter essere impiegati dalla Direzione Strategica e dai Direttori di Dipartimento e delle singole Unità Operative, al fine di individuare obiettivi di programmazione mirati alla fidelizzazione del paziente nei confronti delle strutture sanitarie provinciali.

Stato di avanzamento:

Il team di progetto nell'anno 2006 è stato impegnato nelle attività di progettazione e nelle prime fasi di implementazione riferite all':

- ✓ Analisi degli attuali strumenti utilizzati a fini programmatori;
- ✓ Individuazione di un nuovo modello di analisi e dei relativi indicatori.

3. La valutazione delle risorse umane: dall'individuazione del profilo professionale al bilancio delle competenze per l'attribuzione dei livelli di responsabilità

Obiettivo del progetto:

Il progetto si pone l'obiettivo di approfondire e affinare l'analisi metodologica alla base del processo di individuazione del dirigente con le caratteristiche ritenute più coerenti all'esigenza espressa dalla specifica organizzazione secondo criteri di equità e trasparenza in un'ottica di Area Vasta.

Stato di avanzamento:

Il team di progetto nell'anno 2006 ha svolto le attività di progettazione e l'attività di revisione della letteratura nazionale e internazionale relativa ai modelli di valutazione delle competenze dei profili dirigenziali

4. Sviluppo del Piano di comunicazione biennale dell'Azienda USL di Ferrara: integrazione degli strumenti multimediali per la comunicazione interna ed esterna.

Scadenza del progetto: 31 dicembre 2007

Obiettivi del progetto:

- ✓ Miglioramento della coerenza degli strumenti multimediali di comunicazione (cartacei , radiotelevisivi, sito web aziendale)
- ✓ Costituzione di comitati di redazione decentrati nelle macrostrutture aziendali (Ospedali Distretti e Dipartimenti di Sanità Pubblica e di Salute mentale)

Stato di avanzamento:

Il progetto spalmato su una durata temporale di due anni ha virato il primo anno e sviluppato le seguenti attività:

- ✓ rilevazione del gradimento/utilità degli strumenti di comunicazione attualmente utilizzati, tramite questionario per la valutazione della comunicazione interna e focus group o interviste a stakeholder e opinion leader per la valutazione di quella esterna.
- ✓ analisi/revisione degli strumenti cartacei utilizzati e loro relazione/coerenza con i contenuti trasmessi e i pubblici di riferimento
- ✓ predisposizione del II° Piano di Comunicazione Aziendale
- ✓ individuazione dei referenti del nuovo sito WEB
- ✓ addestramento dei referenti
- 5. Creazione di un archivio informatizzato delle strutture delle Aziende sanitarie della provincia di Ferrara per la gestione condivisa di tutti gli aspetti legati alla prevenzione e sicurezza dei lavoratori, ai percorsi per l'ottenimento dell' autorizzazione al funzionamento e all'accreditamento istituzionale.

Obiettivi del progetto:

Il progetto si pone l'obiettivo di mettere le basi di un sistema di gestione, integrato con tutti i processi aziendali, con il contributo sinergico e condiviso di tutti i soggetti destinatari di specifiche responsabilità, competenze e funzioni.

- ✓ Mappa dei rischi
- ✓ Piano annuale delle attività formative sulla struttura di controllo e verifica in materia di prevenzione sul lavoro
- ✓ Sistema di report che evidenzi le situazioni critiche

Stato di avanzamento:

Il progetto prevede un periodo di implementazione di due anni, alla conclusione del primo anno di attività il team di progetto ha sviluppato i seguenti compiti:

- ✓ Raccolta e costruzione della mappa delle strutture
- ✓ Individuazione e definizione delle attività che insistono sulle strutture
- ✓ Raccolta degli elementi oggettivi (documenti, procedure, ecc) atti prevenire e governare situazioni di rischio
- ✓ Individuazione e definizione delle figure (attori) del sistema complesso
- 6. Sviluppo di un sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni socio sanitarie integrate correlate dalle istituzioni del fondo per la non autosufficienza

Obiettivo del progetto:

Gestire tecnicamente e organizzativamente l'interfaccia tra il sistema informativo, relativo alle prestazioni socio sanitarie correlate al Fondo per la non autosufficienza e il software elaborato da Cup 2000, per la acquisizione corretta dei dati di attività relativi alle prestazioni socio sanitarie e sociali fornite.

Stato di avanzamento:

Il team di progetto nell'anno 2006 è stato impegnato nello sviluppo delle attività di progettazione e nella costituzione di un tavolo di lavoro multidisciplinare al quale partecipino i diversi attori dei servizi coinvolti nei processi sanitari e socio assistenziali degli utenti non autosufficienti.

Il tavolo si configura come il Comitato di indirizzo e monitoraggio, con compiti di supervisione, di individuazione delle professionalità necessarie e dei percorsi formativi che sottendono alle attività di implementazione del presente progetto.

6.2 Programma Ricerca e Innovazione – Emilia-Romagna (PRI- ER)

Il Programma di Ricerca e Innovazione (PRI E-R) si propone di introdurre la funzione di ricerca e di innovazione fra le attività ordinarie del servizio sanitario regionale e di ciascuna delle sue Aziende.

Il Programma, promosso dalla Regione Emilia-Romagna, promuove l'integrazione tra le diverse anime del sistema sanitario regionale affinché si coniughi il miglior beneficio possibile per il paziente con un'accurata valutazione dell'efficacia, efficienza e appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

L'Azienda Sanitaria di concerto con altre realtà aziendali territoriali e ospedaliere universitarie della Regione ha partecipato ai seguenti progetti:

• Partecipazione al Progetto "Impatto diagnostico della Tomografia computerizzata multistrato nella malattia coronarica"

Obiettivi del progetto:

- ✓ Raccolta dati per meta-analisi Condivisione delle indicazioni ragionevoli;
- ✓ Creazione di network tra le Aziende per lo scambio di dati -Sistema di revisione centralizzata delle letture -Educazione e training:
- ✓ Valutazione dell'impatto clinico della TC -Valutazione dell'impatto economico della TC.
- Partecipazione al Progetto "Il percorso integrato stroke care"

Obiettivi del Progetto:

- ✓ Rendere omogeneo l'intero percorso assistenziale (fase pre-, intra e post-ospedaliera);
- ✓ Offrire assistenza dedicata clinico-riabilitativa integrata;
- ✓ per la fase ospedaliera;
- ✓ Promuovere percorsi di cura integrati fra ospedale e territorio (dimissione precoce protetta);
- ✓ Avviare percorsi formativi per implementare modelli;
- ✓ efficaci di assistenza multidisciplinare e multiprofessionale;
- ✓ Costruire la rete Stroke Care provinciale.

6.3 Progetti "Finalizzati"

Nel corso del 2006 l'Azienda territoriale di Ferrara ha coordinato l'elaborazione della seguente proposta progettuale: "Applicazione di metodologie valutative e di intervento nei processi di continuità assistenziale, al fine di valutarne l'efficacia e l'appropriatezza, con specifico indirizzo nella gestione di una rete di servizi" senza però ottenere il finanziamento necessario alla sua realizzazione.

6.4 Progetti Cofinanziati dall'Unione Europea

Sviluppare processi innovativi significa anche guardare al di là dei confini nazionali e far tesoro delle buone prassi e delle esperienze sviluppate da altri Paesi Europei.

Al fine di promuovere le politiche comunitarie e l'inserimento delle Istituzioni nel processo di unificazione, l'Unione Europea propone un vasto numero di programmi volti all'accesso a finanziamenti specifici.

L'Unione Europea promuove specifici programmi finalizzati alla ricerca, all'innovazione tecnologica e organizzativo gestionale affinché si metta in comune il vasto tesoro di esperienze sviluppate dai singoli paesi membri.

Nonostante la vasta offerta di programmi promossi dall'Unione la percentuale di Euro progetti socio sanitari implementati da Istituzioni Italiane, soprattutto pubbliche è esigua in rapporto all'ammontare dei cofinanziamenti totali erogati dall'Unione Europea.

Sviluppare progettualità socio sanitarie da candidare a bando europeo è una sfida per tutte le aziende sanitarie che guardano al futuro, da un lato per gli aspetti innovativi che il confronto con realtà diverse da quella nazionale può promuovere, dall'altro per la possibilità di accedere a fonti di finanziamento diverse da quelle istituzionali.

Consapevole dell'importanza di cogliere le opportunità promosse dall'Unione Europea l'Azienda Sanitaria di Ferrara nell'anno 2006 ha intrapreso un percorso di riorganizzazione volto allo sviluppo di competenze specifiche nell'ambito dell'Europrogettazione e del project management.

Nell'anno 2006 il personale dell'Azienda Sanitaria di Ferrara ha preso parte allo sviluppo di proposte progettuali promosse dall'Unione Europea:

- ✓ Directorate-General for ENVIRONMENT- Community action programme in the field of civil protection call for proposal 2006- Progetto Flooding: Rapid Response & Simulation Schemes for disabled (FSD) in qualità di partner associato
- ✓ Directorate General of JUSTICE, FREEDOM AND SECURITY- Financial instrument for return management in the area of migration preparatory actions. call for proposal 2006- Progetto HEalthy Return (HE.RE) in qualità di partner associato



Titolo del Progetto: Flooding: rapid Response and simulation schemes for safety of disabled (FSD) Obiettivi

- Contribuire ad abbattere l'alto numero di vittime disabili in caso di grosse esondazioni fluviali.
- Scambiare esperienze e buone pratiche tra le Protezioni Civili, i Servizi Sanitari e sociali dei paesi membri, relativamente a tecniche di pronto intervento e agli schemi di simulazione per il salvataggio di persone con disabilità. in caso di esondazione.

Durata: 24 mesi **Attività**

- Identificazione degli attori da coinvolgere nel progetto, tra cui le unità di protezione civile, i servizi d'emergenza, le associazioni di volontari, le organizzazioni che rappresentato le persone con disabilità, i servizi sociali.
- Creazione di una rete di contatti di appoggio al progetto nell'ottica della sostenibilità e dello scambio di informazioni.
- Raccolta di protocolli di reazione rapida e di schemi di simulazione di salvataggio in caso di disastri.
- Implementazione di una raccolta delle esperienze esistenti e delle buone pratiche.

Partners principali:

Azienda Usl Ferrara (Italia)

Azienda Ulss 20 Verona (Italia)

Codice europea (Spagna)

Hope project (Irlanda)

Disaster management and civil protection ass. of region Miskolc (Ungheria)

Codice europa (Spagna)

Rakoczifalva Municipal Council (Ungheria)



HERE

In Fase di valutazione

Titolo de progetto:

Health and the Return of Illegal Residents: Best practice for basic requirements in the provision of health care to returnees (voluntary and forced), with a particular focus on vulnerable groups (women, children, disabled persons) prior to departure

Obiettivi del progetto

Identificare le buone prassi per la sperimentazione di protocolli sanitari e percorsi agevolati per gli immigrati che volontariamente o a seguito di un provvedimento di espulsione fanno ritorno nel loro paese di origine, con specifico riferimento ai gruppi vulnerabili.

Partners del Progetto

✓ Azienda ULSS 20 Verona, Italia

- ✓ Caritas Bulgaria
- ✓ Cidac Spagna
- ✓ Iss Roma, Italia
- ✓ Aarhus University, Danimarca

6.5 Attività di supporto

Nel corso del 2006 è proseguito lo sviluppo delle seguenti azioni attivate negli anni precedenti:

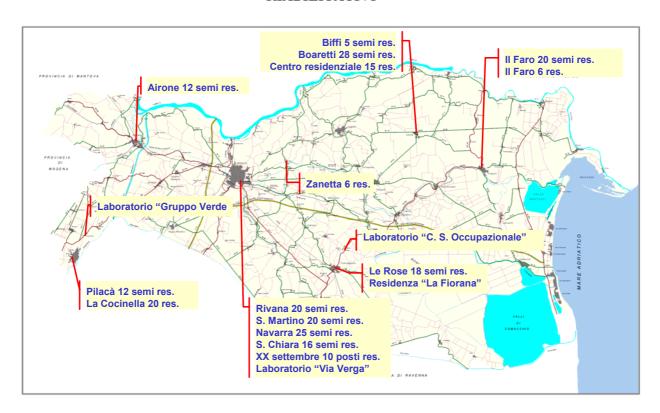
➤ Potenziamento della biblioteca multimediale interaziendale mediante la creazione di pagine web disponibili sui siti delle due aziende sanitarie ferraresi con accesso alle principali banche dati biomediche a oltre 3800 riviste scientifiche on-line mediante l'adesione al GOT;

Grazie a questo oggi è possibile per i professionisti delle aziende sanitarie ferraresi accedere al full-text di circa 4000 pubblicazioni digitali tra quelle di maggior rilevanza sia in abito nazionale che internazionale

> Realizzazione di eventi formativi per lo sviluppo delle competenze per il corretto utilizzo dell'informazione scientifica.

CAPITOLO 7 – LE PERSONE CON DISABILITÀ

TABELLA RIEPILOGATIVA DELLA STRUTTURA DELL'OFFERTA DEI CENTRI SOCIO RIABILITATIVI



La qualificazione dei Servizi

Il processo di qualificazione dei servizi e delle strutture socio sanitarie per disabili, diurne e residenziali, nel corso dell'anno 2007 ha riguardato:

- a) rilevazione della qualità percepita dagli ospiti e dai loro famigliari;
- b) revisione dei percorsi e delle modalità di accesso alla rete dei servizi;
- c) integrazione della rete dei servizi con le attività promosse da diversi soggetti formali e informali.
- d) il progetto orientamento in collaborazione con il Comune di Ferrara.

a) Rilevazione della qualità percepita dagli ospiti e dai loro famigliari

L'obiettivo dell'indagine mirava a indagare il livelli di soddisfazione relativamente alle diverse aree dei servizi e, per converso, l'individuazione delle criticità su cui attivare idonei processi di miglioramento.

Tra ottobre e novembre 2006, agli utenti dei 13 Centri Socio Riabilitativi diurni e residenziali gestiti direttamente o convenzionati con l'Azienda USL di Ferrara, dislocati in diverse località della provincia, sono stati distribuiti 192 questionari, predisposti ed elaborati da un gruppo di operatori dell'Azienda USL e dei Comuni.

I questionari, anonimi, ritornati compilati sono stati 166, pari all'86,46%.

Nel mese di giugno 2007, dopo l'elaborazione dei dati, è stata ultimata la restituzione dei risultati dell'indagine ai famigliari degli utenti ed ai coordinatori delle diverse strutture.

Gli aspetti indagati sono stati i seguenti:

- rapporto con gli operatori del Centro Socio Riabilitativo e con il coordinatore;
- attività svolte all'interno e all'esterno del Centro Socio Riabilitativo;
- incontri individuali dei famigliari con gli operatori;
- incontri di gruppo, conoscenza e condivisione del Piano Educativo Individuale, cure igieniche, prestazioni sanitarie e infermieristiche e altri servizi di supporto (trasporti, pasti, servizi igienici, locali e attrezzature).

Le criticità rilevate sono essenzialmente relative agli orari di chiusura dei Centri Socio Riabilitativi diurni. Argomento peraltro già evidenziato specie dai famigliari ancora impegnati in attività lavorative e/o privi di una rete famigliare di supporto. Correlata a questa, viene rappresentata la criticità relativa al calendario annuale dei centri convenzionati che effettuano lunghe chiusure estive e per le festività invernali. Tale problema non si presenta nei Centri Socio Riabilitativi a gestione diretta dove si effettuano solamente chiusure in concomitanza con le festività di fine anno.

Altra criticità viene segnalata in alcuni Centri Socio Riabilitativi (6%), circa la necessità di attivare un maggior numero di incontri, sia di gruppo che individuali, tra gli operatori e i famigliari. Rispetto a quest'ultimo problema, i coordinatori dei Centri Socio Riabilitativi interessati si sono già attivati per una pronta soluzione

Il livello di gradimento, complessivamente risulta essere medio-alto in tutti gli item. La percentuale di quanti si dichiarano soddisfatti o molto soddisfatti si aggira attorno al 90% di quanti hanno compilato il questionario.

È intendimento dell'Azienda USL di Ferrara ripetere una nuova indagine nel corso del 2008, anche al fine di poter valutare se le azioni di miglioramento attivate avranno prodotto effetto sulle criticità rilevate.

b) Revisione dei percorsi e delle modalità di accesso alla rete dei servizi

Facendo seguito alle indicazioni scaturite dai lavori del "Tavolo Disabili" attivato dall'Azienda USL di Ferrara e che ha visto la partecipazione di dirigenti della stessa USL, dei Comuni e della Provincia, di rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, delle Associazioni dei famigliari e del terzo settore, si è costituito un gruppo tecnico che ha prodotto un documento in cui vengono raccolte indicazioni operative e metodologiche per l'accesso alla rete dei servizi per le persone disabili in età minore e adulta.

La novità rilevante è sicuramente quella relativa all'attivazione di una nuova equipe multiprofessionale che, in un'ottica multidimensionale (bio-psico-sociale) non si limita solamente a garantire l'accesso ai Centri Socio Riabilitativi ma costruisce, con la persona disabile e la sua famiglia, un "progetto di vita". Ciò consentirà, tra l'altro, di superare le criticità che sorgono soprattutto in coincidenza con i "momenti di passaggio": dalla famiglia alla scuola, dalla scuola ai servizi territoriali, dalla minore età all'età adulta.

c) Integrazione della rete dei servizi con le attività promosse da diversi soggetti formali e informali.

L'Azienda USL di Ferrara si è posta l'obiettivo di attivare un'articolazione d'offerta per le persone disabili che vedesse inserite a pieno titolo nella rete anche le iniziative promosse sul territorio da diversi soggetti pubblici e del terzo settore, al fine di raccordare e qualificare le stesse e superare così l'episodicità che le portava ad essere cose altre rispetto alla rete provinciale.

Si sono consolidate e hanno superato la fase sperimentale esperienze e attività quali:

- **Laboratorio teatrale,** promosso in collaborazione tra i Distretti dell'Azienda USL, la cooperazione sociale e il Teatro Comunale di Ferrara;
- **L'attività di rieducazione equestre** che vede coinvolti i Distretti Centro Nord e Sud Est, i Comuni, e l'Associazionismo locale;
- L'attività di "velaterapia" che coinvolge i Distretti Centro Nord e Sud Est, i Comuni e l'Associazionismo locale.

Tali iniziative segnano la distanza fra una visione assistenziale/custodialistica da una visione che pone al centro il disabile quale persona capace di accrescere le abilità personali, interpersonali e sociali, all'insegna di una migliore qualità della vita.





d) Il progetto Orientamento

Il progetto orientamento si riconosce nella finalità di sostenere i ragazzi con disabilità, e i loro genitori, nel passaggio dal percorso scolastico ormai concluso, ai Centri Educativi Riabilitativi, facilitando l'approccio globale al cambiamento.

Viene realizzato nell'ambito del Comune di Ferrara, con un coordinamento tra Centri Educativo Riabilitativi, le Scuole, la Neuropsichiatria Infantile, il Dipartimento di Salute Mentale.

Il progetto è inserito nel Piano Per la Salute e nel Piano di Zona del Distretto Centro Nord.

Il progetto ha avuto difficoltà oggettive nel percorso, e nell'anno scolastico 2005-'06, raggiunge risultati migliori, quali:

N° 7 percorsi attivati nell'a.s. 2005-'06

N° 2 ragazzi inseriti

N° 3 in fase di inserimento

N° 2 passaggio di consegne al servizio territoriale competente

Questa pubblicazione è stata realizzata dall'Azienda USL di Ferrara
Coordinamento, editing e progetto grafico: Segest s.p.a.
Chiuso nel mese di settembre 2007
La riproduzione di questo documento è vietata Tutti i diritti sono riservati