

SCHEDA INTERVENTO/PROGETTO PSSR 2017-2019 n.1

“ CASE DELLA SALUTE E MEDICINA di INIZIATIVA”

Razionale/Motivazione (contesto, dati: perché si decide di realizzare questo intervento)

Descrizione

Le Case della Salute, come definite in Delibera di Giunta Regionale dell'Emilia Romagna **2128/2016**, intendono qualificarsi come strutture territoriali facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento, per **l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento del cittadino**. In esse operano comunità di professionisti, medici di medicina generale (MMG), medici specialistici, infermieri, ostetriche, personale riabilitativo, tecnico e amministrativo, assistenti sociali, operatori in supporto all'assistenza e volontari (**équipe multiprofessionali e interdisciplinari**), secondo uno stile di lavoro orientato a programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali.

L'obiettivo della “casa” è quello di favorire la disponibilità, l'accessibilità e la fruibilità ai servizi socio-sanitari lungo tutto l'arco della giornata, diventando un nuovo punto di riferimento per la domanda di salute della popolazione e un'opportunità per semplificare il ricorso alle cure, promuovendone nel contempo l'appropriatezza.

L'apertura al territorio, l'integrazione tra professionisti di diversa specializzazione, competenza e afferenza funzionale, l'integrazione istituzionale con enti locali e realtà ospedaliere di riferimento ne fanno quindi un **modello organizzativo nuovo, orientato in particolare alla presa in carico e alla cura delle persone con problematiche sanitarie di tipo cronico attraverso l'attuazione di percorsi integrati e un forte orientamento proattivo verso i bisogni di salute**.

Le Case della Salute sono un nodo strategico all'interno dei nuovi assetti organizzativi in assistenza primaria e della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Infatti, attraverso i concetti di “casa” e di “salute”, di cui l'assistenza sanitaria rappresenta solo uno dei determinanti¹ (e non tra i più importanti), s'intende porre al centro la comunità, nelle sue varie forme: pazienti, *caregiver*, associazioni di pazienti e cittadini.....

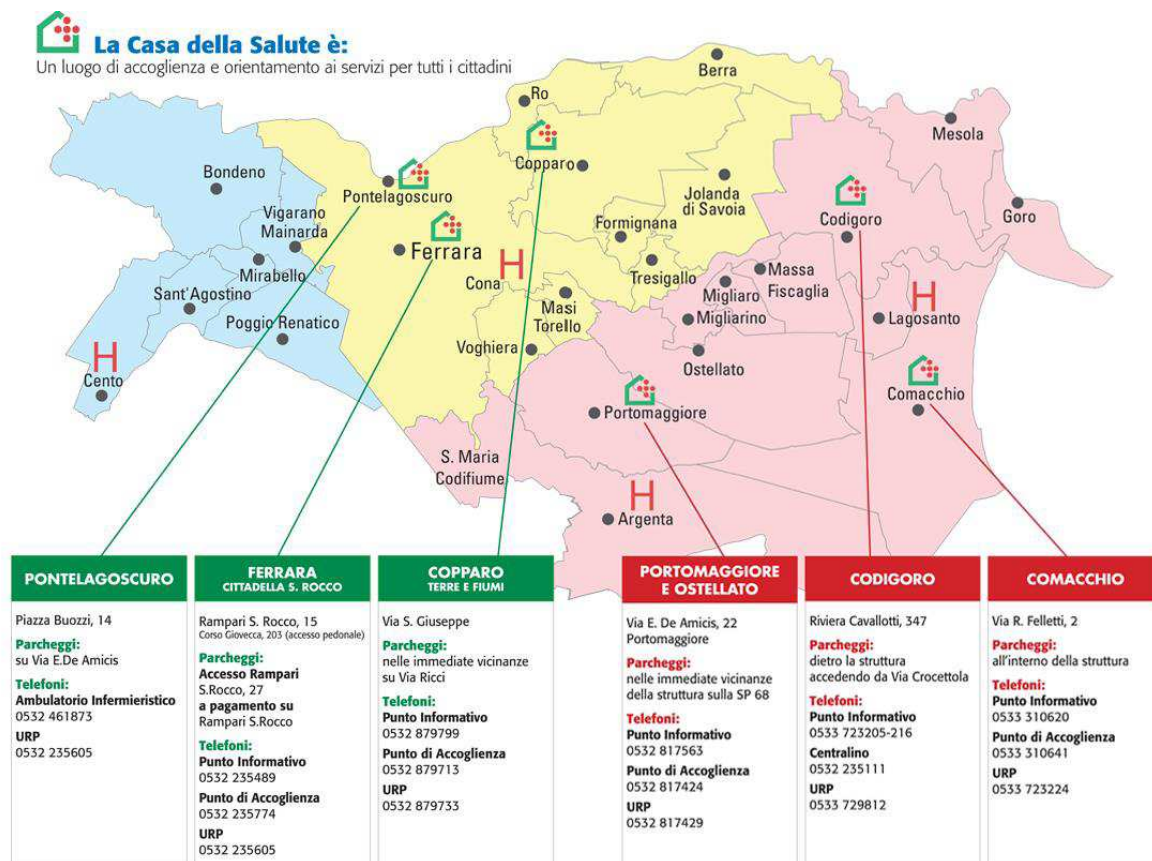
La **Legge Regionale 291/2010** istituisce le Case della Salute in Emilia Romagna fornendo indicazioni per la realizzazione e l'organizzazione funzionale affinché queste potessero diventare sia un punto di accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, ma anche un ambito nel quale erogare assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti e garantire sia la gestione delle patologie croniche che il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale.

Dal 2010 ad oggi¹⁰ il percorso di sviluppo delle Case della Salute in Regione è stato ed è oggetto di costante discussione e confronto a livello locale, con tutti gli attori coinvolti (Aziende Sanitarie, Sindaci, professionisti degli Enti Locali, medicina convenzionata, associazioni di volontariato, e altri), e regionale, con diversi ambiti istituzionali e parti sociali.

Il numero delle Case della Salute si è progressivamente incrementato, passando da N. 42 nel 2011 a N. 87 nel 2017 (n. 102 a gennaio 2018) con una popolazione di riferimento pari al 44% dei 4 milioni e 500 mila abitanti dell'Emilia-Romagna.

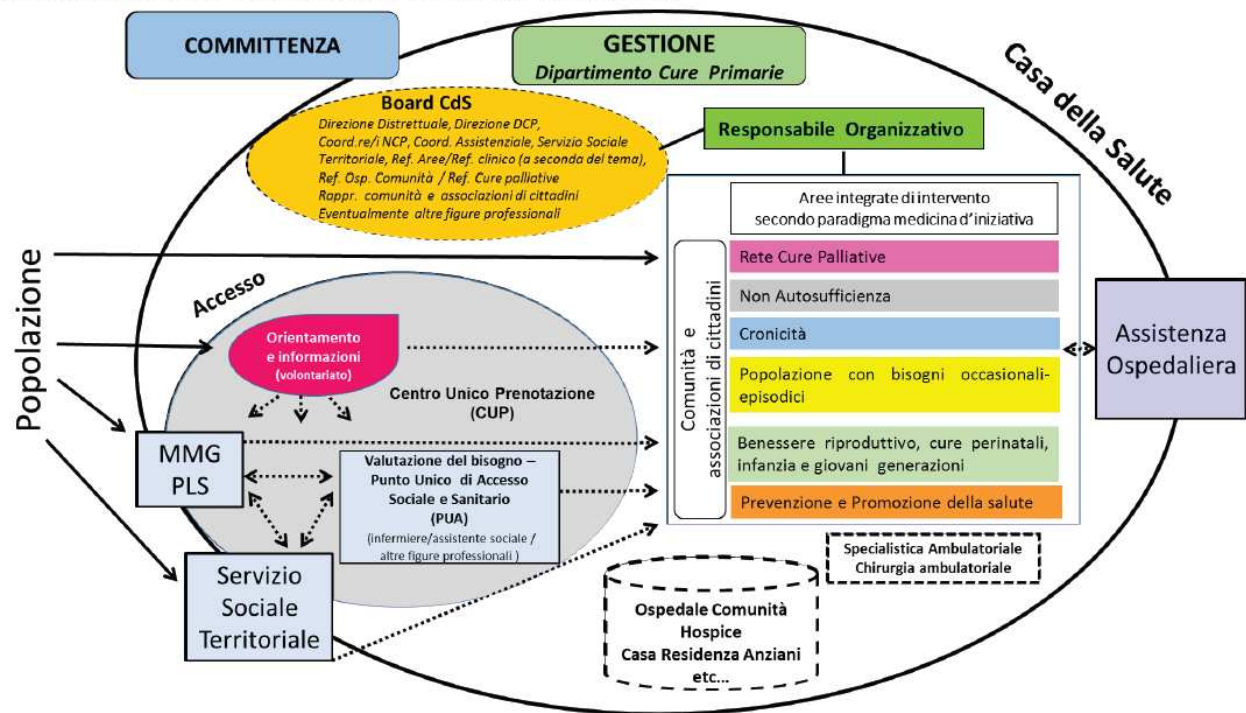
Le Case della Salute si pongono come il luogo ideale per la medicina d'iniziativa, un modello assistenziale che intende intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento.

La Casa della Salute è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri dipartimenti. È la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento del Nucleo di Cure Primarie (NCP).



Con la **Delibera di Giunta Regionale n.2128 del 5.12.2016** viene posta particolare attenzione all'**integrazione organizzativa** (ambito sanitario, socio-sanitario e sociale, reti cliniche integrate ospedale-territorio) e tra i professionisti dell'assistenza territoriale (convenzionati e dipendenti del Servizio Sanitario Regionale). Il documento fornisce complementari indicazioni regionali sulle Case della Salute con l'obiettivo di proporre un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e dell'attivazione di **percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità**

Figura 1. L'organizzazione delle Case della Salute a media/alta complessità



Legenda

DCP: Dipartimento di Cure Primarie MMG: Medico di Medicina Generale; NCP: Nucleo di Cure Primarie; PLS: Pediatra di Libera Scelta; Ref.: Referente

Contesto epidemiologico di riferimento generale per il territorio della Azienda USL di Ferrara (tratto da Profilo di salute della Comunità ferrarese- elaborato dal Dipartimento sanità Pubblica dicembre 2016 e banche dati regionali):

La popolazione ferrarese presenta le caratteristiche tipiche di una società con forte presenza di anziani e limitata presenza di giovani: ogni 100 adulti in età lavorativa si contano 62 persone che necessitano di qualche forma di sostegno . Questo comporta una forte domanda di assistenza sanitaria.

L'aspettativa di vita, nella provincia di Ferrara è sovrapponibile a quello italiano, e leggermente inferiore al valore regionale.

Il principale fattore che ha sostenuto la crescita dell'aspettativa di vita nella provincia di Ferrara è stato la riduzione della mortalità (negli ultimi 20 anni, il tasso di mortalità è diminuito del 17% all'anno, come variazione percentuale).

La diminuzione delle morti per malattie cardiovascolari (-13% all'anno negli ultimi 20 anni) ha avuto il ruolo principale in questa riduzione della mortalità; a questo proposito uno dei fattori che ha contribuito alla crescita dell'aspettativa di vita nella provincia di Ferrara è la buona qualità dell'assistenza sanitaria per condizioni potenzialmente letali. Per esempio, il tasso di mortalità dopo un ricovero ospedaliero per infarto si è significativamente ridotto.

Un ulteriore fattore che ha inciso sul miglioramento dell'aspettativa di vita è il miglioramento degli stili di vita: nella prevenzione primaria, sono diminuite le persone che fumano (oggi: 24% - erano il 36% vent'anni fa); nella prevenzione secondaria, si registra una buona partecipazione delle donne ferraresi ai programmi di screening oncologico. Questo ha contribuito a ridurre le morti per tumore del 3% all'anno negli ultimi 20 anni.

La mortalità per tumore della mammella femminile è in lieve costante diminuzione (-0,5% all'anno). La mortalità per tumore del colon retto è in lieve costante diminuzione (-0,6% all'anno). La diversa evoluzione dell'abitudine al fumo (calo nei maschi e aumento nelle donne) si rispecchia nel diverso andamento della mortalità per tumore del polmone: in

diminuzione nei maschi (-3% all'anno) e in lieve crescita nelle donne (+0,3% all'anno).

La riduzione della mortalità per incidente stradale, grazie a tanti interventi multisettoriali, ha un impatto positivo importante (diminuzione assoluta pari all'84%, nel periodo 2001-2015).

Il ricorso al ricovero ospedaliero come forma di assistenza sanitaria mostra un trend in diminuzione, con avvicinamento ai valori medi regionali nel 2015. Conseguenza anche di miglioramenti nella gestione di malattie croniche come il diabete e l'insufficienza cardiaca congestizia, misurati dalla riduzione in ricoveri ospedalieri negli ultimi anni (dal 2011 al 2015: ricoveri per diabete mellito -33%; ricoveri per scompenso cardiaco: -26%), per minor numero di complicazioni che richiedono il ricovero.

Le notifiche di malattie infettive mostrano una generale bassa numerosità per le principali malattie infettive. Dal 2013 al 2016 non si sono verificati casi di meningite da meningococco a Ferrara.

Le coperture vaccinali nell'infanzia a Ferrara sono prossime alla soglia raccomandata del 95%. Nelle altre età della vita purtroppo si registrano coperture vaccinali inferiori.

Gli indicatori sugli stili di vita a Ferrara mostrano una situazione in evoluzione positiva, da rinforzare.

Da un lato i ferraresi sono meno sedentari rispetto ad alcuni anni fa, si muovono a piedi e in bici più della media regionale; questo li porta ad essere meno sedentari rispetto a quanto osservato in regione.

L'86% delle persone con diagnosi di ipertensione e il 35% delle persone con diagnosi di ipercolesterolemia fa terapia farmacologica.

Tutti i ferraresi candidati allo screening ricevono l'invito allo screening. La risposta è alta per gli screening femminili; solo il 50% dei ferraresi risponde allo screening del tumore del colon retto.

L'atteggiamento degli operatori sanitari a fornire consigli per stili di vita salutari è azione da migliorare perché ancora inferiore alla media regionale.

Dinamica della popolazione residente nell'Azienda Usl di Ferrara dal 1995 al 2015

dal 1995 al 2015 la popolazione residente nel territorio dell'Azienda Usl di Ferrara è rimasta sostanzialmente stabile, passando dai 357.161 residenti del 1995 ai 354.673 residenti del 2015. Si osserva pertanto, nell'ammontare della popolazione ai due estremi della serie, un lieve decremento: 2488 residenti in meno, corrispondenti a un lieve decremento percentuale (-0,7%).

Se analizziamo i **singoli Distretti sanitari**, notiamo come tra questi ultimi vi siano state, nel periodo considerato, tendenze fortemente differenziate. Infatti, mentre il **Distretto Centro-Nord** e il **Distretto Sud-Est** hanno fatto registrare dei netti decrementi della popolazione residente (rispettivamente, - 4,4% il primo, -3,7% il secondo), per il **Distretto Ovest** si è invece assistito, nel ventennio considerato, a un assai considerevole aumento della popolazione residente, pari in termini assoluti a 9427 residenti in più, e in termini relativi a un incremento percentuale del 13,6%.

Dinamica della struttura per età nell'Azienda Usl di Ferrara (1995-2015)

La popolazione corrispondente alla classe di età 0-4 anni, nel 1995 costituiva il 2,9% della popolazione totale, mentre nel 2015 questo valore percentuale ha raggiunto il 3,6%. Allo stesso tempo, va evidenziata l'elevata percentuale di popolazione di sesso femminile di 90 anni e oltre (2,1% nel 2015), più che raddoppiata rispetto al 1995 (0,8% nel 1995).

Un altro aspetto, assai evidente, che caratterizza le differenze dal 1995 al 2015, è il netto assottigliarsi delle classi di età giovanili (in particolare nelle classi di età tra i 20 e i 29 anni), evidente effetto del calo della fecondità iniziato in Emilia-Romagna (e in Italia) attorno alla metà degli anni '60 del Novecento. Un esempio: mentre nel 1995 la classe di età 25-29 anni rappresentava il 7,4% della popolazione complessiva, nel 2015 la stessa quota si riduce al 4,2%.

Evidenziamo alcune, relevantissime, variazioni dal 1995 al 2015:

1) il contingente dei "giovannissimi" (0-14 anni) è passato da circa 33.600 a quasi 40mila unità, con un

incremento del 18,1%: è pertanto evidente l'effetto di una fecondità, abbastanza sostenuta, di cui si è avuto esperienza negli anni dal 2000 a oggi, in gran parte attribuibile alle famiglie immigrate;

2) il contingente dei "grandi anziani" (75 anni e oltre) è passato da quasi 31mila unità a circa 50500, con un incremento del 63,8%: è molto marcato l'effetto della elevata sopravvivenza delle classi di età più mature;

3) il contingente dei "giovani" (15-24 anni) passa da circa 43mila a quasi 26mila unità (- 39,8%): in questo forte calo si riflette la bassissima fecondità che aveva caratterizzato gli anni '90 del Novecento, in quel periodo non ancora "rinforzata" dalla fecondità degli stranieri;

4) il contingente dei "giovani adulti" (25-44 anni) passa da quasi 102mila a oltre 85mila unità (- 16,2%), facendo quindi registrare una forte diminuzione: anche qui, si ha l'effetto della bassa fecondità degli anni '70 e '80 del Novecento, mitigata solo parzialmente dall'immissione diretta dei contingenti stranieri;

5) il contingente degli "adulti" (45-64 anni) passa da quasi 101mila a quasi 108mila unità (+6,9%): qui si possono vedere gli effetti delle fecondità elevate degli anni '50 e '60 del Novecento (i cosiddetti "baby-boomers").

Indici di vecchiaia e indici di dipendenza dal 1995 al 2015

Analizzando l'andamento nel tempo dell' **I.V** , si può affermare che negli anni successivi al 2001 (anno in cui l'indice ha raggiunto il valore più elevato: $I.V = 263,5$, cioè 2,6 anziani per ciascun giovane) si è registrata una sostanziale inversione di tendenza, che ha arrestato così il trend fortemente crescente osservato nel periodo 1995-2001. Tale tendenza alla diminuzione è stata dovuta al sostanziale apporto dell'immigrazione straniera, sia in termini diretti (immigrazione di persone giovani), sia in termini indiretti (nascite da coppie di genitori stranieri, spesso caratterizzate da elevata fecondità). Questa tendenza alla diminuzione dell'indice di vecchiaia, che si è protratta fino all'anno 2011 ($IV = 231,0$) ha avuto poi una ulteriore inversione a partire dal 2012, anno in cui l'indice di vecchiaia è tornato a crescere (nel 2015 è pari a 240,9). Il dato è probabilmente dovuto all'esaurirsi degli effetti benefici, sul piano del "ringiovanimento" della popolazione, del contributo dell'immigrazione straniera.

L'indice di dipendenza (**I.D**) è il rapporto tra la popolazione in età non attiva dal punto di vista lavorativo (la classe 0-14 anni, unitamente alla classe "65 anni e più") e quella in età attiva (classe 15- 64 anni), espresso in termini percentuali (cioè moltiplicato per 100). Rappresenta una misura della sostenibilità della struttura per età di una popolazione, esprimendo la quantità di "carico sociale" che grava sulla popolazione in età attiva; il superamento della "soglia critica" del 50 per cento, si è avuto, sia per l'Azienda Usl di Ferrara che per la regione, nell'anno 2001 (con valori pari, rispettivamente, a 50,6 per l'Azienda Usl di Ferrara e a 50,5 per la Regione).

Nel 2015, per quanto riguarda l'Azienda Usl di Ferrara, l'indice di dipendenza è pari a 61,9, cioè, in pratica, su 100 persone, il carico sociale di 62 di esse ricade sulle rimanenti 38.

Anche la tendenza all'aumento dell'I.D, nel periodo considerato, è stata più spiccata per l'AVEC e per la regione Emilia-Romagna rispetto all'Italia nel suo complesso.

Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, misurate nel 2016

Speranza di vita alla nascita (anni)	FE	Italia
Maschi	80,3	80,1
Femmine	84,2	84,6
Speranza di vita a 65 anni (anni)	FE	Italia
Maschi	19,2	18,7
Femmine	21,8	21,1

La mortalità nell'Azienda Usl di Ferrara: serie storiche dal 1995 al 2015

Nel corso dei 21 anni trascorsi tra il 1995 e il 2015, la mortalità generale nel territorio dell'Azienda Usl di Ferrara ha fatto registrare una netta tendenza alla diminuzione, passando da un tasso standardizzato di mortalità¹ pari a 1094,8 per 100.000 nel 1995 a un tasso pari a 871,7 per 100.000 nel 2015: una diminuzione, pertanto, pari a oltre 200 punti.

Peso delle diverse cause di morte (mortalità proporzionale)

Nel 2015 la provincia di Ferrara ha registrato il tasso di mortalità standardizzato totale più alto in Regione Emilia Romagna (1.062,18 per 100.000 abitanti, rispetto a 997,80 dell'Emilia-Romagna).

Nell'Azienda Usl di Ferrara, le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte nelle donne (38,7%), negli uomini la principale causa di morte è rappresentata dai tumori (34,5%).

Malattie del sistema circolatorio

La quota proporzionalmente più elevata di decessi, spetta al gruppo delle malattie del sistema circolatorio. È stato così anche nell'anno 2015, anno nel quale (Azienda Usl di Ferrara) il 36,3% dei decessi ha avuto come causa una malattia cardiovascolare. Gli ultimi anni del decennio '90 segnano un fenomeno importante per quanto riguarda il comportamento differenziato dei due sessi: infatti, se fino al 1998 i tassi avevano valori sostanzialmente identici nei due sessi, dal 1999 in poi si nota che i tassi cominciano ad essere sistematicamente più elevati per le femmine e, anzi, sembra che la "forbice" tra

le due linee di tendenza si stia sempre più allargando (nel 2015, la differenza nei tassi tra maschi e femmine, a sfavore di queste ultime, è pari a circa 70 punti).

Tumori

Il grande gruppo di cause costituito dai tumori si trova, come noto, al secondo posto nella graduatoria dei gruppi di cause per numero complessivo di decessi. Nel 2015, per quanto riguarda l'Azienda Usl di Ferrara, un tumore è stato causa di morte per il 28,4% del totale dei decessi (il 33,3% se si considerano soltanto i maschi).

Anche per quanto riguarda la mortalità dovuta ai tumori, si assiste nel periodo considerato a una tendenza alla diminuzione: il tasso passa da 340,01 nel 1995 a 270,26 nel 2015, facendo così registrare un decremento di circa 70 punti. Tale tendenza alla diminuzione appare più marcata per quanto riguarda i maschi: in questo caso il tasso passa da 421,92 nel 1995 a 301,31 nel 2015 (un decremento notevole, pari a 120 punti).

Malattie del sistema respiratorio

L'andamento della serie storica dei tassi di mortalità per malattie respiratorie si presenta fortemente "ondivago", e si hanno forti difficoltà a ravvisare nei dati una possibile linea di tendenza. Sembra, tuttavia, individuabile – se consideriamo i tassi a partire dall'anno 2003, una netta tendenza alla diminuzione. Va segnalato, peraltro, il forte aumento verificatosi tra il 2014 e il 2015 (il tasso passa da 42,78 a 54,31), particolarmente marcato per quanto riguarda la popolazione femminile (per la quale il tasso passa da 41,68 a 56,72).

Tumore della mammella (femminile)

Tra le cause di morte più rilevanti per quanto riguarda la popolazione femminile, va annoverato il tumore della mammella. Il tasso di mortalità (femminile) per questo tumore è nel 2015 pari a 37,88, a fronte di un tasso (femminile) per tutti i tumori pari a 234,67. L'andamento nel tempo del tasso di mortalità, nel corso del periodo considerato, presenta forti oscillazioni (con alcuni "picchi" più elevati: principalmente nel 1995 e nel 1998), consentendo tuttavia di ravvisare una sostanziale, seppure lieve, tendenza alla diminuzione. Considerando i due estremi della serie, il tasso passa da 51,05 nel 1995 a 37,88 nel 2015.

Tumore del colon retto

La serie storica relativa al tumore del colon-retto presenta un andamento nel quale sono presenti alcune oscillazioni (forti diminuzioni nel 2002, nel 2005 e nel 2012), ma nel quale si può ravvisare una tendenza generale, seppure non molto marcata, alla diminuzione (il tasso passa da 39,62 del 1995 a 28,39 nel 2015). Sembra anche evidente, seppure in presenza di forti oscillazioni, il fatto che col tempo si stia lentamente riducendo il differenziale tra femmine e maschi, tradizionalmente a sfavore di questi ultimi. A partire dal 2010,

infatti, le serie storiche relative ai due sessi sono molto vicine tra loro, pur mantenendosi una piccola distanza tra maschi e femmine.

Infarto miocardico acuto

Se osserviamo la serie storica possiamo notare, sia per i maschi sia per le femmine, come la tendenza del fenomeno vada verso una netta diminuzione: il tasso di mortalità passa da 85,37 nel 1995 a 35,34 nel 2015.

Diabete mellito

La mortalità per diabete mellito presenta un peculiare andamento nel corso del periodo considerato (1995-2015), con periodi di aumento alternati a periodi di diminuzione. Si assiste, infatti, a un forte aumento del tasso (di circa 15 punti) nei primi tre anni della serie storica (dal 1995 al 1997). Gli anni successivi della serie (fino al 2008) sembrano invece evidenziare una lieve tendenza alla diminuzione. Infine, per gli ultimi anni della serie (dal 2008 al 2015) sembra essere visibile una nuova tendenza all'aumento (quasi 8 punti di aumento dal 2008 al 2015).

Ambiente e benessere in provincia di Ferrara

Secondo il Profilo di salute del Piano regionale Prevenzione 2015-18, si stima che in Emilia-Romagna circa il 13% del carico di malattia sia dovuto all'inquinamento ambientale. Le patologie su cui i fattori ambientali incidono maggiormente sono malattie respiratorie, tumori, malattie cardiovascolari, ma l'inquinamento agisce anche su altri aspetti della salute, dalla riproduzione alle malattie endocrine. Un'informazione integrata ambiente e salute può aiutare i cittadini nella tutela della propria salute, mediante un duplice percorso: collettivo, tramite politiche ambientali più efficaci e tutelanti nelle scelte di gestione della qualità ambientale, e individuale, attraverso comportamenti di protezione della salute. (rimando a capitolo 7 del profilo di salute)

Condizioni di salute, stili di vita e programmi di prevenzione nell'Azienda Usl di Ferrara: i risultati del sistema di sorveglianza PASSI (2011-2014)

La percezione della salute come elemento indicativo per le politiche di comunità affrontate dalle case della salute

Nell'Azienda Usl di Ferrara il 65% degli intervistati si dichiara in buona salute (69% in regione Emilia Romagna).

Il 4% dichiara di sentirsi male/molto male. Tale percezione cala con l'aumentare dell'età passando dall'85% dei 18-24enni al 52% dei 50- 69enni.

Gli uomini hanno una migliore percezione del loro stato di salute rispetto alle donne.

Gli individui con più alto livello d'istruzione, come la laurea o il diploma di scuola media superiore, si sentono meglio di chi ha un titolo di studio più basso o nessun titolo.

Anche la situazione economica influisce sulla percezione dello stato di salute, infatti solo il 57% di chi ha maggiori difficoltà economiche dichiara di sentirsi bene contro il 71% di chi non ha difficoltà economiche.

È emerso inoltre che i cittadini stranieri percepiscono la propria salute molto più positivamente rispetto agli italiani.

La percezione dello stato di salute nei Distretti sanitari

La distribuzione delle persone che si dichiarano in buona salute nel territorio ferrarese risulta essere omogenea nel suo complesso seppure esiste una differenza tra il distretto Centro-Nord e il distretto Sud-Est.

Dal confronto col dato regionale emerge però che nel territorio ferrarese lo stato di salute percepita è peggiore (65% contro 69%).

ATTIVITA' FISICA

Negli adulti 18-69 anni

Dalla sorveglianza PASSI nel periodo considerato (2011-2014) emerge che nella AUSL di Ferrara meno della metà degli adulti 18-69enni ha uno stile di vita attivo (41%) e circa un terzo pratica attività fisica nel tempo libero ai livelli raccomandati (32%).

La percentuale di attivi è più elevata rispetto a quella registrata a livello regionale (37%). Una quota rilevante di adulti (41%) pratica attività fisica a livelli inferiori di quelli raccomandati e si può considerare parzialmente attiva, dato in linea con quello regionale.

Circa un quinto è completamente sedentario (18%) in percentuale inferiore rispetto alla media regionale (21%). Secondo i dati PASSI, considerando sia l'attività fisica del tempo libero sia quella effettuata al lavoro, la percentuale di attivi nel territorio dell'AUSL di Ferrara è più alta nei 18- 24enni, tra gli uomini, le persone con bassa istruzione o con cittadinanza straniera.

L'analisi delle serie storiche mostra come nell'azienda Usl di Ferrara la percentuale di persone attive sia in leggero aumento nel periodo 2011-14 anche se non si assiste ad un trend regolare di crescita si è infatti passati dal 41% del 2011 al 47% del 2014, così come parallelamente sono diminuiti nel corso degli anni i sedentari passati dal 21% del 2011 al 16% dell'ultimo anno di rilevazione.

L'eccesso ponderale nei tre distretti sanitari

La distribuzione della prevalenza di persone in eccesso ponderale nei tre distretti sanitari in cui si articola l'Azienda Usl di Ferrara (Centro- Nord, Sud-Est, Ovest) presenta lievi differenze: la quota più elevata di sovrappeso si ha nel distretto Sud Est (33%), mentre la quota più alta di obesi (16%) si registra nel distretto Ovest.

Fattori di rischio per la salute nelle persone in eccesso ponderale

Le persone in sovrappeso o obese mostrano profili di salute più critici rispetto a quelli della popolazione generale. Dall'indagine emerge infatti come il loro carico di malattia sia maggiore, in quanto più frequentemente dichiarano di soffrire di condizioni patologiche croniche.

Il 34% riferisce una diagnosi di ipertensione e il 31% di colesterolo alto (nella popolazione normopeso queste percentuali sono pari, rispettivamente, al 9% e al 18%). Il 9% delle persone con eccesso ponderale riferisce di essere affetto da diabete (contro il 2% nella popolazione normopeso). Rispetto ai normopeso le persone in sovrappeso risultano inoltre più sedentarie, con una percentuale del 20%, rispetto al 16% nelle persone normopeso.

Il consumo di alcol nei tre distretti sanitari

La distribuzione della prevalenza dei consumatori di alcol a maggior rischio nei tre distretti sanitari in cui si articola l'Azienda Usl di Ferrara (Centro-Nord, Sud-Est, Ovest) non presenta differenze significative: lo scarto percentuale tra il distretto Centro-Nord, a maggiore prevalenza, e quello Ovest, con la minore prevalenza, è pari a 2 punti percentuali (23% contro il 21%).

L'abitudine al fumo di sigaretta

Nell'Azienda Usl di Ferrara il 26% dei 18- 69enni fuma sigarette, il 24% è un ex-fumatore e il 50% non ha mai fumato. La prevalenza dei fumatori ferraresi è inferiore a quella regionale mentre è superiore la percentuale degli ex-fumatori; L'abitudine al fumo cresce con l'età fino ai 34 anni: infatti nella fascia d'età 25-34 anni fumano sigarette il 34% delle persone dato in crescita rispetto alla percentuale di persone appartenenti alla fascia d'età 18-24 anni (30% di fumatori).

La prevalenza successivamente cala all'aumentare dell'età fino al 22% dei 50- 69enni.

Tra gli adulti 18-69enni la percentuale di fumatori è più alta negli uomini (29% rispetto al 22% nelle donne).

Il fumo di sigaretta è più diffuso tra le persone con molte difficoltà economiche e tra chi ha un titolo di studio alto (27% tra i laureati e diplomati contro il 25% delle persone con titolo di studio di scuola media inferiore, licenza elementare o nessun titolo), dato che si contrappone a quello regionale in cui la prevalenza dei fumatori è maggiore nella popolazione con basso titolo di studio.

Tra le persone con cittadinanza italiana la percentuale di fumatori è maggiore rispetto alle persone con cittadinanza doppia o straniera.

L'abitudine al fumo nei tre Distretti sanitari

La distribuzione della prevalenza dei fumatori nei tre distretti sanitari in cui si articola l'Azienda Usl di Ferrara (Centro-Nord, Sud- Est, Ovest) presenta differenze significative: lo scarto percentuale di fumatori tra il distretto Sud-Est, a maggiore prevalenza di fumatori, e quello Centro-Nord, con la minore prevalenza, è pari a 9 (32% contro il 23%).

Prevenzione e controllo del rischio cardiovascolare (nei dati Passi 2011-14)

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Riguardo all'alimentazione va sottolineato che diverse sue componenti influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta, verdura e pesce; in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, grassi saturi, idrogenati, ecc).

Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori come depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale:

- le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc) che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse. (medicina di iniziativa)

La diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta di 18-69 anni

Nel quadriennio 2011-2014 Passi rileva che, a Ferrara, l'ipertensione coinvolge il 20,5% della popolazione adulta, l'ipercolesterolemia il 24%, l'eccesso ponderale il 45,6%, il diabete il 5%, il fumo di tabacco e la sedentarietà rispettivamente il 25,7% e il 17,9%. Inoltre, l'89,3 % della popolazione consuma meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno.

Ben il 14,6% della popolazione adulta ha tre o più fattori di rischio cardiovascolare. Gli adulti completamente privi dei fattori di rischio cardiovascolare, fra quelli indagati, sono il 7,5%.

IL progetto lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare

la carta del rischio è tra gli obiettivi strategici del PRP 2016-2018 e coinvolge le Case della Salute

LA VISUALIZZAZIONE DELLE AZIONI DA SVILUPPARE, DEGLI AMBITI DI RIFERIMENTO, DEI DESTINATARI, LA SPECIFICITA' DELLE AZIONI PER OGNI CASA DELLA SALUTE, PER LA AZIENDA USL DEVE AVERE UNA VISUALIZZAZIONE DI INSIEME INTERDISTRETTUALE E SOVRADISTRETTUALE SECONDO IL SEGUENTE SCHEMA:

AREE/ ATTIVITA'	PERCORSI	PROGRAMMI COMUNI	INDICAZIONE DELLE DIVERSE CASE DELLA SALUTE OVE SI REALIZZANO PERCORSI/PROGRAMMI COMUNI E SPECIFICI CON DIVERSI TEMPI DI ATTIVAZIONE
PREVENZIONE E PRESA IN CARICO DELLA CRONICITA' * scheda A allegata	PDTA (BCPO) PDTA (scompenso cardiaco)	Spirometrie Vs pneumologica- Counseling- Ed. Sanitaria Es. laboratorio + Vs. cardiologica +ECG - Counseling + interventi infermieristici sui sintomi correlati sulla base del piano	Portomaggiore e Ostellato Copparo Terre e Fiumi Cittadella San Rocco FE Pontelagoscuro FE Comacchio Bondeno (Pieve di Cento) Codigoro

	<p>adeguato. Professionisti dell'accoglienza sono infermieri formati per accogliere e valutare il bisogno individuale per tradurlo in risposte appropriate all'interno dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali della Casa della salute</p> <ul style="list-style-type: none"> - un punto informativo, gestito anche in collaborazione con operatori volontari formati, al quale l'utente accede per informazioni di carattere generale o per informazioni inerenti la disponibilità e la logistica dei servizi sanitari socio sanitari e assistenziali allocati all'interno alla Casa della Salute o in altre strutture. <p>L' Accoglienza e l'Accesso ai Servizi Sanitari (AASS) ha il compito di favorire la divulgazione all'utenza delle informazioni inerenti i percorsi di accesso alle prestazioni e servizi erogati dalla Casa della Salute.</p> <ul style="list-style-type: none"> - un punto URP al quale l'utenza si rivolge per richiedere informazioni ed essere orientata sui servizi presenti nell'ASL, sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni e su tutto quanto necessario a garantire la tutela dei diritti riconosciuti ai cittadini. Presso L'URP il cittadino può presentare reclami, suggerimenti, segnalazioni; - un area "sportello sociale", dove l'assistente sociale valuta 	<p>formativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - cura e attenzione alla dimensione pubblica della accoglienza. Cura degli spazi e dei percorsi di ospitalità interni ed esterni alla Casa della Salute perché sia percepita come luogo accogliente, inclusivo e legato alla comunità - strutturazione e sedimentazione di un Punto Unico di Accesso Sociale e Sanitario 	
--	--	---	--

	<p>la possibilità di reinserimento sociale di tutti coloro che vivono situazioni temporanee di disagio sociale, utilizzando le opportunità presenti nel territorio. Si individuano le problematiche per tentare, anche attraverso opportunità esterne, di risolvere i disagi / problemi dei cittadini.</p>		
COMUNITA'	<p>Il coinvolgimento dei cittadini e della comunità nella organizzazione delle Case della Salute, non è un mezzo strumentale per supplire alla limitatezza di risorse umane e professionali, ma una opportunità per coinvolgere saperi e competenze dei cittadini nella progettazione di percorsi e azioni di promozione della salute e per "riallineare" ai bisogni dei cittadini la organizzazione stessa dei servizi offerti dalla Casa della Salute. Con il lavoro di comunità le Case della Salute possono essere percepite come "beni comuni" della comunità.</p>	<p>-Formazione progetti di Comunità sulla fragilità di anziani e nuclei familiari, utilizzando la metodologia del community lab, con il coordinamento di Unibo e la collaborazione del CSV e della Amm.Comunale.</p> <p>-Consolidamento del Segretariato Sociale Adulti e Anziani ASP- Cittadella San Rocco con prospettiva di estensione al segretariato area minori.</p> <p>-Convenzione tra Casa della salute Cittadella San Rocco e Progetto "Il Mantello"- Emporio Solidale.</p> <p>-Progettazione spazi verdi esterni in collaborazione con CIRCI e</p>	<p>Casa della salute Portomaggiore</p> <p>Casa della salute Cittadella San Rocco</p>

		<p>UONPIA per un riutilizzo del biblù con un progetto di comunicazione aumentativa.</p> <p>- Progettazione spazio verde con UONPIA per percorsi di apprendimento della mobilità per minori con disabilità motoria.</p> <p>Realizzazione sportello Sociale nella casa della salute</p> <p>Consolidamento della partecipazione della Casa della salute ad eventi sociali e ricreativi della comunità.</p> <p>Realizzazione di iniziative culturali (es. lezioni pubbliche sulla vita di Alda Costa 2017).</p> <p>Apertura spazio ascolto minori e adolescenti nella casa della salute Terre e Fiumi in collaborazione con ASSP e Unione dei Comuni</p>	<p>Casa della salute Comacchio</p> <p>Casa della Salute Terre e Fiumi di Copparo</p>
NON AUTOSUFFICIENZA			
PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	Lettura integrata Carta del rischio cardio-circolatorio	Somministrazione questionario – Es. Ematici-Valutazione	

	<p>Gruppi di cammino, implementazione degli stili di vita sani</p> <p>Allattamento al seno</p>	<p>congiunta MMG e Infermiere</p> <p>Rispetto al 2015, l'allattamento completo è migliorato del 9 % a 3 mesi e del 7 % a 5 mesi, il non allattamento si è ridotto del 7 % a 3 mesi e del 7 % a 5 mesi.</p>	<p>Tutte le Case della salute attive</p>
<p>POPOLAZIONE CON BISOGNI SANITARI EPISODICI</p>	<p>Tutti i percorsi ambulatoriali facilitati e complessi (PAF; PAC) gestiti dal PDA infermieristico che garantisce la presa in carico dei pazienti che necessitano di prestazioni aggiuntive al completamento diagnostico, richieste sia da MMG che da specialisti ambulatoriali</p>	<p>Vedi scheda A, (allegata) con cui vengono dettagliati i percorsi di presa in carico in ogni branca specialistica e in tutti i poliambulatori che insistono anche nelle case della salute</p>	<p>Tutte le Case della salute attive</p>
<p>BENESSERE RIPRODUTTIVO, CURE PERINATALI</p>	<p>Attività spazio giovani e giovani adulti</p>	<p>- Attivazione di percorsi clinici per adolescenti in condizioni di disagio psicologico e sociale</p> <p>- Progetto integrato Sert - Spazio Giovani in casi di sperimentazione e abuso di sostanze (14-24aa)</p> <p>- Ottimizzare la rete dei SERVIZI sociosanitari e incrementare il coinvolgimento</p>	<p>Distretto Ovest (prospettiva casa della salute Bondeno)</p> <p>Tutte le Case della salute</p>

	<p>delle Istituzioni scolastiche e del Terzo Settore</p> <p>2) Consolidare gli interventi di educazione alla salute affettiva e sessuale (scuole medie di primo e di sec. grado e contesto extra-scolastico).</p> <p>- Attivazione di Progetti di PEER EDUCATION in collaborazione con <i>Agenzie educative</i>.</p> <p>- Apertura dello Spazio Giovani PIU'</p> <p>-Attivazione di un percorso per gli utenti con problemi legati alla prevenzione dell'infertilità.</p> <p>- Educazione ai corretti stili di vita rivolta alle giovani coppie: Accogl.za, Consulenze ginecologiche, urologiche, psicologiche e nutrizionali.</p> <p>- Percorsi di invio con la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri</p> <p>- Attivazione di percorsi clinici di invio e presa in carico di adolescenti che</p>	<p>Casa della salute Cittadella San Rocco</p> <p>Distretto Ovest</p> <p>Tutte le Case della salute</p> <p>Case della Salute Cittadella San Rocco e Terre e Fiumi di Copparo</p> <p>Distretto Ovest</p> <p>Tutte le Case della salute</p> <p>Tutte le Case della salute</p>
--	--	---

	<p>presentano rischio psicopatologico, con attenzione al passaggio alla maggiore età, in interfaccia con gli operatori dei DAISMDP Dipartimenti di Salute Mentale (Programma Esordi Psicotici) e Dipendenze patologiche (<i>Progetto PRP Codice 4.9</i>). Progetto integrato Spazio Giovani – Sert</p> <p>- segnalazione e integrazione con le ASSP della Provincia (Servizi Sociali Minori e Adulti) nei casi di lvg che richiedono il coinvolgimento del Giudice tutelare e nelle situazioni complesse di disagio sociale e familiare.</p> <p>-Collaborazione con altri Servizi dell'Azienda Usl: la lotta contro l'Aids</p> <p>-</p> <p>Aperto uno Spazio Giovani adulti (20-34 anni) ad accesso facilitato per consulenza sulle aree tematiche individuate per la preservazione della fertilità</p> <p>- trattamento delle</p>	<p>Case della salute di Comacchio e Codigoro</p> <p>Tutte le Case della salute</p> <p>Casa della Salute Comacchio</p> <p>Casa della Salute Cittadella San Rocco</p> <p>Tutte le Case della salute</p>
--	---	--

	<p>malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning).</p> <p>- formazione degli operatori all'accoglienza nei casi di violenza di genere per fornire l'orientamento più efficace verso il Centro Antiviolenza .</p>	Tutte le Case della salute
	<p>Attività consultoriali pre concezionali, day service ambulatoriale di tipo2 (gravidanza a basso rischio seguita da ostetrica, implementazione in tutti i consultori SALUTE DONNA in tutte le case della salute.</p> <p>Preso in carico in regime DSA della gravidanza fisiologica.</p> <p>Indicatore: % partorienti prese in carico dalle Ostetriche in DSA gravidanze a basso rischio</p> <p>Valore atteso: $\geq 6-12\%$</p> <p>Dati raccolti: Numero gravide assistite dai Consultori Familiari I° semestre 2017 pari a 699</p> <p>Numero gravide fisiologiche a cui è stato attivato il DSA2 I° semestre 2017 pari a 20</p> <p>Essendo impossibile diversificare il numero delle gravidanze</p>	Tutte le Case della salute

	<p>fisiologiche gestite dal Medico e il numero delle gravidanze a rischio M50 non si è in grado di effettuare la percentuale richiesta dall'indicatore.</p> <p>Inoltre gli ambulatori a gestione ostetrica DSA2 non sono ancora completamente attivi in tutti i Salute Donna Aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Centro-Nord Salute Donna Via Boschetto attivato a fine Aprile 2017 -Centro-Nord Salute Donna Copparo da attivare -Ovest Salute Donna Cento da attivare a settembre 2017 -Ovest Salute Donna Bondeno da attivare al termine della ristrutturazione della Casa della Salute (ex Ospedale di Bondeno) a termine 2018 -Sud-Est Salute Donna Comacchio attivato a ottobre 2015 -Sud-Est Salute Donna Codigoro da attivare -Sud-Est Salute Donna Portomaggiore attivato a giugno 2017 -Sud-Est Salute Donna Argenta da attivare 	<p>Tutte le Case della salute</p>
--	---	--

	<p>PMA</p> <p>Trasferimento da Ospedale di Cona a Ospedale Delta</p> <p>Integrazione ospedale – territorio per i rapporti tra servizio Salute Donna consultoriale territoriale e servizio materno infantile ospedaliero</p>	<p>Tutte le Case della salute</p>

AZIONI DA SVILUPPARE

Molte già previste nella scheda sovra distrettuale e altre da implementare soprattutto nelle Case della Salute più recenti o in programmazione operativa

Soggetto capofila intervento (comune, Unione dei comuni, altra forma associativa)

Azienda USL , Comuni o Unioni dei Comuni, ASP e ASSP

Ambito territoriale di realizzazione (di norma Distrettuale, sub distrettuale, provinciale)

Provinciale

Destinatari

Tutti i cittadini afferenti alle Case della Salute

Azioni previste

Le azioni e i programmi previsti nella scheda sovra distrettuale

Eventuali interventi/politiche integrate collegate

Istituzioni/attori sociali coinvolti

Comuni, ASP, ASSP, Associazioni di volontariato e rappresentanti delle comunità

Riferimento alla scheda regionale n°

- N.2 Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata
- N.3 cure intermedie e sviluppo degli ospedali di comunità
- N.7 presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito delle cure palliative
- N.15 potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita nei contesti di accadimento familiare e nei servizi
- N.16 sostegno alla genitorialità
- N.17 progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione del benessere, cura di pre adolescenti e adolescenti
- N.18 promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità
- N.21 Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del FRNA
- N.26 metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione della comunità
- N.28 Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
- N.30 Aggiornamento di strumenti e procedure relative ai servizi socio sanitari
- N.31 Riorganizzazione della assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/ e per i professionisti
- N.32 Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
- N.37 Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini e adolescenti e neo maggiorenni con bisogni socio sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
- N.38 Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali

Indicatori(riferimento agli indicatori delle schede regionali)

- Evidenza del livello di realizzazione nei territori
- Evidenza dell'impatto sulla popolazione e sui professionisti **ACIC e PACIC (gestione cronicità sulle case della salute)**
- Evidenza percorsi di programmazione comunitaria partecipata **Patto di Comunità**
- Evidenza del percorso formativo regionale

9. Piano Finanziario

Risorse statali	
Risorse comunali	
Risorse Regionali (Fondo sociale locale - risorse regionali)	
Risorse Regionali (Fondo sociale locale - risorse statali)	
FRNA	
FNA	
Fondo Sanitario Regionale	
Eventuali risorse di altri soggetti pubblici	
Risorse da soggetti privati (escluse le contribuzioni degli utenti)	
Fondi FSE POR – LR 14/2015	
Fondi FSE PON inclusione	
Altri fondi europei	

Referente dell'Intervento (nominativo, mail e recapiti):

gruppo di lavoro: (da implementare e integrare con operatori sanitari, sociali, del Terzo Settore dei diversi Distretti)

Benvenuti Chiara
Sandro Guerra
Paola Castagnotto
Bombardi Sandra
Pandini Michela
Mazzini Elisa
Romagnoni Franco
Mazzanti Bertilla
Barbaro Silvia
Monica Cavicchioli
Agatina Fadda