

1. IL CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

E' ormai patrimonio consolidato della comunità scientifica che si occupa di promozione della salute il fatto che la salute degli individui dipenda solo in parte dall'offerta di servizi sanitari per la cura delle malattie. Sin dalla dichiarazione di Alma Ata sulle cure primarie (1978) e dalla Carta di Ottawa (1986) per la promozione della salute, si riconobbe il ruolo che il contesto sociale, economico e politico ha sulla salute delle persone.

In questo senso spingeva uno dei principali obiettivi dell'OMS Regione Europea Health 21: Health for All in the 21st century (WHO Europe 1999), dove è enfatizzato il compito che la strategia ha di confrontarsi con i determinanti sociali della salute e, quindi, di dare priorità alle politiche e agli interventi che sono in grado di ridurre le differenze sociali nella salute che ancora affliggono le popolazioni europee.

La strategia Salute in tutte le Politiche è ritenuta capace di promuovere la salute della popolazione generale e di contrastare le disuguaglianze sociali nella salute: dopo la Comunicazione della Commissione dedicata ai temi dell'equità "Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU" (Brussels, 20.10.2009 COM(2009) 567 final), a maggio del 2010, il Comitato Economico e Sociale Europeo (SOC 351) ha chiesto alla Commissione stessa che i principi di contrasto delle disuguaglianze di salute siano messi a fondamento della Strategia EU 2020 e che siano realizzati con un approccio come quello di Salute in Tutte le Politiche, ampio e coordinato fra settori decisionali diversi.

Per orientare le politiche alla salute e all'equità nella salute bisogna prima di tutto conoscere quale sia la loro influenza su entrambe. Purtroppo, questo tipo di conoscenza è ancora limitata e dispersa fra i diversi saperi.

Gli esperti sanno che gli stili di vita adottati, la qualità degli ambienti di vita e di lavoro, la disponibilità economica, la coesione sociale delle comunità e l'offerta di servizi pubblici di buona qualità hanno un'influenza marcata sulla salute e sulla sua distribuzione nella popolazione.

Nel territorio della provincia di Ferrara si sono osservati, un progressivo miglioramento delle condizioni di salute e livelli di disuguaglianza tra classi sociali meno pronunciati rispetto al passato. Eppure, le medie mascherano l'esistenza di differenze sistematiche: le persone più abbienti stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Allo stesso modo le aree territoriali più povere mostrano indicatori di salute meno favorevoli. Tali differenze sono socialmente determinate e pertanto, almeno in parte, evitabili e modificabili.

Scopo del Piano triennale Equità e rispetto delle differenze è: 1) fornire un quadro sistematico sulle disuguaglianze socio-economiche e sui loro effetti sulla salute dei cittadini, con una particolare alle barriere, anche immateriali, per l'accesso alle cure; 2) pianificare le principali azioni per contrastare tali disuguaglianze di salute dei cittadini co-progettate con il coinvolgimento dei referenti di tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda Usl di Ferrara; 3) utilizzare almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale, anche in riferimento al Piano Regionale della Prevenzione e alla Legge Regionale n. 19/2018; 4) assicurare l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati; 5) promuovere le pari opportunità e valorizzare le differenze di genere, intergenerazionali, interculturali per una società più inclusiva, in cui le differenze siano considerate una risorsa da valorizzare, e prevenire fenomeni di sessismo, violenza, razzismo e omofobia.

Si tratta di temi importanti e non differibili, che coinvolgono le Istituzioni e la società civile, sollecitando soluzioni concrete in termini di garanzie di welfare, con particolare riferimento alla tutela della salute che l'articolo 32 della **Costituzione italiana riconosce come fondamentale diritto, senza distinzione di condizioni individuali o sociali.**

In prospettiva, il documento sarà sottoposto a consultazione dei portatori d'interesse, pubblici e privati con l'invito a esaminare, discutere e affinare quelle azioni che possano assicurare che "nessuno rimanga indietro": il documento sarà così un prezioso strumento per gestire al meglio il presente e soprattutto costruire insieme con lungimiranza il futuro.

2. I MECCANISMI CHE GENERANO LA SALUTE DISUGUALE

La salute disuguale è il risultato di meccanismi noti e documentati, ed entro certi limiti contrastabili. È utile richiamare di seguito il modello causale proposto da Diderichsen, che offre un quadro esplicativo dei nessi e delle concatenazioni attraverso cui lo svantaggio sociale influenza le disuguaglianze di salute, identificandone i meccanismi di azione. Tale comprensione è indispensabile per poter individuare e sviluppare azioni mirate di contrasto.

Figura 1 Schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disparità nella salute e dei relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto.

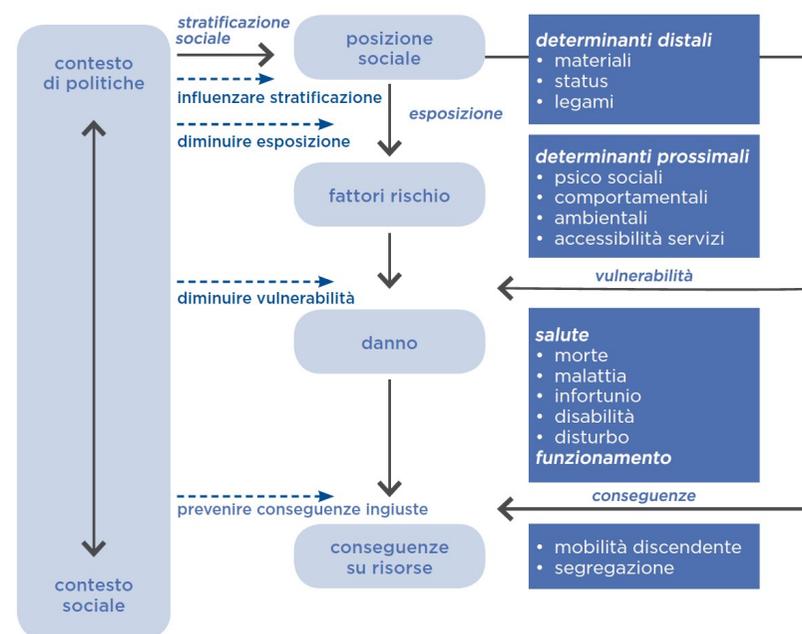


Fig. 1 schema concettuale per la genesi delle disuguaglianze di salute e i punti d'ingresso degli interventi [Diderichsen F 2001]

Il punto di partenza del modello è rappresentato dalla stratificazione sociale. Si tratta di un insieme di processi economici, sociali e culturali che portano a una distribuzione disuguale dei più importanti fattori che permettono a una persona di avere una maggiore capacità di autodeterminazione: quelli che i documenti di indirizzo internazionale chiamano i "determinanti sociali di salute" (o determinanti distali, cioè le cause remote). Questi determinanti sono riconducibili in particolare alle risorse materiali, quali il reddito, il livello di istruzione, i legami familiari e sociali, le condizioni abitative, le differenze di genere o etnia, che sono talvolta all'origine di discriminazioni (ad esempio sul luogo di lavoro) e di un accesso diseguale alle opportunità. Sono fattori molto importanti nel condizionare le dinamiche di salute all'interno della popolazione.

A sua volta, la stratificazione sociale influenza la distribuzione disuguale dell'esposizione ai principali fattori di rischio per la salute, che intermediano l'effetto sulla salute dei determinanti sociali. Questo meccanismo ricade soprattutto sotto la responsabilità della sanità, in particolare della prevenzione. I principali fattori di rischio cui potrebbero essere più esposte le persone svantaggiate sono:

- le condizioni fisiche, chimiche, biologiche, ergonomiche o meccaniche che creano un rischio disuguale negli ambienti di vita e di lavoro;
- i fattori di rischio psicosociali, come ad esempio lo squilibrio tra ciò che si esige da una persona e il grado di libertà con cui questa può rispondere, oltre alla remunerazione che ne riceve e all'aiuto di cui può disporre (esposizione ad elevato stress lavorativo);
- gli stili di vita insalubri, come fumo, alcool, droghe, sovrappeso, sedentarietà, alimentazione non equilibrata, rapporti sessuali non protetti;
- le barriere culturali nell'accesso alle cure appropriate (ad es. le donne immigrate ricorrono meno delle italiane agli screening femminili);
- la stratificazione sociale è in grado di influenzare anche la distribuzione disuguale delle condizioni di vulnerabilità delle persone agli effetti sfavorevoli dei determinanti prossimali sulla salute (le persone più svantaggiate dal punto di vista socio-economico hanno maggiore probabilità di sviluppare esiti negativi per la salute).

L'analisi delle disuguaglianze nell'esposizione e nella vulnerabilità ai fattori di rischio comportamentali e ambientali rappresenta un'importante base di partenza per orientare le politiche e i programmi di prevenzione, modulandoli sui gruppi per i quali sono emerse le maggiori criticità, anche in termini di scelte allocative delle risorse.

I determinanti delle disuguaglianze di salute che ricadono tra le più dirette competenze della sanità riguardano le barriere nell'accesso alle cure. In questo caso, le conseguenze non si traducono tanto in differenze nel rischio di ammalarsi – come nel caso dell'esposizione ambientale e a stili di vita insalubri – quanto piuttosto nel rischio di non guarire dalla malattia o di subirne limitazioni funzionali.

In questo quadro, l'invecchiamento della popolazione può contribuire ad aggravare la situazione, in quanto cambia il profilo dei bisogni di salute e la non autosufficienza sta diventando un problema cruciale per la sanità pubblica, anche in termini di equità.

3. IL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO

La disponibilità di dati aggiornati sulle disuguaglianze di salute appare cruciale per l'importanza che il tema va assumendo nell'ottica di evidenziare gli eventuali effetti della lunga crisi economica e della crisi sociale che hanno colpito il nostro Paese in maniera particolarmente grave.

Popolazione residente e densità abitativa

La composizione dei residenti in provincia di Ferrara al 01/01/2021 è composta di un totale di 165.399 maschi e 177.766 femmine per un totale di 343.165 persone. La densità della popolazione, nell'anno 2020 è diminuita ulteriormente passando da 131,1 del 2019 a 130,2 del 2020. La densità risulta essere nettamente al di sotto della media nazionale (201,2) e di quella del Nord – Est (186,9) e piuttosto modesta.

Dall'1.1.1995 al 1.1.2021 la popolazione residente nel territorio dell'Azienda Usl di Ferrara ha subito un sostanziale decremento, passando dai 357.161 residenti del 1995 ai 343.165 residenti del 2020: 13.996 residenti in meno, corrispondenti a un decremento percentuale del -4,08%.

Analizzando separatamente i singoli distretti sanitari, si possono notare, nel periodo considerato, tendenze fortemente differenziate. Infatti, mentre il Distretto Centro Nord (183.625 nel 1995 e 171.033 nel 2020) e il Distretto Sud Est (104.433 nel 1995 e 95.554 nel 2020) hanno registrato netti decrementi della popolazione residente (rispettivamente, -6,86% il primo, -8,5% il secondo), per il Distretto Ovest (69.103 nel 1995 e 76.578 nel 2020) si è invece assistito ad un aumento della popolazione residente, pari in termini relativi a un incremento percentuale del +10,82%.

Nel 2020, tra i singoli distretti sanitari, vi sono forti differenziazioni nella densità di popolazione: si va dal distretto Centro-Nord (che comprende la città di Ferrara), nel quale la densità è pari a 192,5 abitanti per Km², al Distretto Ovest (che comprende la città di Cento), la cui densità (in aumento rispetto al 1995) è di 185,5 abitanti per Km², fino al distretto meno densamente popolato: il distretto Sud-Est (che comprende molti comuni dell'area deltizia del Po, comprese le estese valli di Comacchio), che fa registrare una densità pari a 71,6 abitanti per Km².

La composizione per sesso relativa all' anno 2020 presenta una prevalenza in favore delle donne (51,9%) in linea con quella regionale (51,4%) e italiana (51,3%).

Sesso	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud-Est	Totale	%
Maschi residenti	81.238	37.488	46.673	165.399	48%
Femmine residenti	89.795	39.090	48.881	177.766	52%
Totale	171.033	76.578	95.554	343.165	100%

Popolazione residente nell'Azienda USL di Ferrara al 1.1.2021 per sesso

Fonte Regione Emilia Romagna

Fecondità e natalità

A Ferrara, la natalità è un fenomeno destinato a calare progressivamente con il passare degli anni. Dopo il picco di nascite raggiunto nel 2008 (2.838 bambini), il numero dei nati ha cominciato progressivamente a ridursi. Nel 2017 il numero di nuovi nati ammontava a 2.034, toccando il minimo storico degli ultimi decenni (Figura 1), con un tasso di natalità (che indica il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti) sui 5,9 nati per 1000 abitanti (dati ISTAT 2018) a fronte di valori regionali pari a 7,4 e valori nazionali pari a 7,6.

Il tasso di fecondità, che rappresenta la propensione alla riproduzione di una popolazione in termini di numero medio di figli per donna, dall'anno 2000 in cui è risultato particolarmente basso (0,88), è andato via via aumentando, raggiungendo un picco nel 2010 (1,38); successivamente è progressivamente sceso fino al 2017, in cui si è registrato un numero medio di 1,22 figli per donna rispetto a 1.35 dato regionale.

Indice di vecchiaia ed indice di dipendenza

La popolazione residente ultra-65enne all' 1/1/2021 ammonta a 97.221 persone: il 28% della popolazione, contro il 24 del dato medio regionale. La popolazione invece con più di 85 anni - tra i principali destinatari dei servizi sanitari e sociali - ammonta a 16629 persone pari al 5% dei residenti contro il 4% del dato regionale.

L'indice di vecchiaia (IV) consiste nel rapporto, espresso in termini percentuali, tra il numero di persone con età superiore o uguale a 65 anni e quello di persone con età inferiore o uguale a 14 anni. Al 1.1.2021 l' indice di vecchiaia per la provincia di Ferrara risulta quindi pari a 265,7 contro il 190 del dato regionale.

L'indice di dipendenza (ID) 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. 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; se l'indice assume valori superiori al 50%, questo significa che più della metà della popolazione "dipende" economicamente da meno della metà della popolazione stessa, indicando una **situazione di squilibrio generazionale**.

Al 1.1.2021 l'indice di dipendenza per la provincia di Ferrara risulta quindi pari a 63,9 contro il 58,4 del dato regionale. Gli indici di vecchiaia e di dipendenza si caratterizzano per una forte polarizzazione: un altissimo indice in alcuni comuni del medio ferrarese (Riva del Po, Iolanda di Savoia, Copparo) e più bassi nell'Alto Ferrarese (Cento, Poggio Renatico, Terre del Reno) allineati alla media regionale (IV 2020 190; ID 2020 58,4) e italiana (IV 2020 184,1; ID 2020 56,9).

Analizzando l'andamento nel tempo dell'indice di vecchiaia, si può affermare che negli anni successivi al 2001 (anno in cui l' indice ha raggiunto il valore più elevato: IV = 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).

L'indice di vecchiaia consiste nel rapporto, espresso in termini percentuali, tra il numero di persone con età ≥ 65 anni e quello di persone con età ≤ 14 anni.

Analizzando l'andamento nel tempo, si può affermare che negli anni successivi al 2001 (anno in cui l'indice ha raggiunto il valore più elevato: 263,5, cioè 2,6 anziani per ciascun giovane) si è registrata una sostanziale inversione di tendenza che ha arrestato il trend, fortemente crescente, osservato nel periodo 1995-2001. Tale tendenza alla diminuzione è dipesa dal sostanziale apporto dell'immigrazione straniera, sia in termini diretti (immigrazione di persone giovani), sia 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 (231,0), ha avuto successivamente una nuova inversione a partire dal 2012, anno in cui è tornato a crescere (nel 2018 era pari a 251,3). Il fenomeno è probabilmente dovuto all'esaurirsi degli effetti benefici, sul piano del "ringiovanimento" della popolazione, determinati dal contributo dell'immigrazione straniera.

L'indice di dipendenza, sia nell'Ausl di Ferrara, che a livello regionale e nazionale, si è mostrato in costante crescita nel periodo considerato. Solo nel 2011 si è assistito ad un momentaneo arresto della tendenza all'aumento, che è però ricominciata, con intensità, ancora maggiore, a partire dall'anno 2012. Il superamento della "soglia critica" del 50%, 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 2017, per quanto riguarda l'Azienda Usl di Ferrara, l'indice di dipendenza era pari a 63,1, ovvero, su 100 persone, il carico sociale di 63 di esse ricadeva sulle rimanenti 37 (a fronte di un dato regionali pari a 59).

Il numero di famiglie costituite da un singolo soggetto anziano ultra75enne rappresentano nella nostra provincia il 11, 15% del totale (un valore superiore di un punto percentuale vs quello RER che è pari al 10,19 %); anche le famiglie costituite da una coppia di ultra75enni soli rappresentano il 15.76% del totale (un valore superiore di 1,46 punti percentuali vs quello RER 14,30).

La speranza di vita

La speranza di vita rappresenta un importante parametro per valutare il livello di sviluppo e la qualità della vita di un Paese e costituisce un indicatore sintetico della qualità complessiva delle condizioni di vita. A parità di condizioni sanitarie, un aumento della longevità è correlato positivamente con un miglioramento delle condizioni economiche, ovvero con un tenore di vita più elevato e con un innalzamento dei livelli di istruzione.

La speranza di vita alla nascita (o aspettativa di vita media) rappresenta il numero medio di anni di vita di un gruppo di persone nate nello stesso anno, se la mortalità ad ogni età rimane costante nel futuro; non è un indicatore fisso e va rivisto man mano che si invecchia.

Ferrara ha sempre presentato una speranza di vita con valori inferiori alla media regionale: la Speranza di vita alla nascita è 80,3 anni (vs 81,2 RER) nei maschi e 84,2 (vs 85,3 RER) nelle femmine; a 65 anni la speranza di vita nei maschi 19,2 (vs 19,6 RER) e 21,8 nelle femmine (vs 2,5 RER).

Nella spiegazione delle differenze intervengono fenomeni di mortalità differenziale, che determinano la variabilità dei valori relativi alla longevità, riconducibili sostanzialmente a fattori socio-economici come il ceto sociale e la professione. I livelli di istruzione e di reddito sono tra gli aspetti più fortemente correlati con la speranza di vita.

Cronicità e mortalità

L'impatto della popolazione anziana, e in particolare dei grandi anziani (≥ 85 anni), sul sistema sanitario e socio-sanitario è elevata. Ci troviamo in presenza di cittadini prevalentemente "pluripatologici", caratterizzati da situazioni di cronicità e disabilità (a diversi stadi e livelli) che richiedono interventi sanitari "a lungo termine". Sono persone, spesso in polifarmacoterapia, che ricorrono frequentemente al ricovero in ospedale; per rimanere al loro domicilio necessitano di interventi di assistenza integrata domiciliare o, dove non sia possibile e nei casi di non autosufficienza, di servizi residenziali temporanei (sollevio) o semi-residenziali.

Dal punto di vista epidemiologico, la struttura della popolazione si riflette in una maggiore incidenza di patologie come diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio rispetto alla media regionale e da una aumentata prevalenza e incidenza delle patologie cronico degenerative e delle forme di demenza. Queste ultime presentano una elevata incidenza soprattutto nel Distretto Sud-Est.

Negli anni 2000-2017 la mortalità generale nel territorio dell'Ausl di Ferrara ha mostrato una tendenza alla diminuzione, passando da un tasso di mortalità standardizzato pari a 1.200,7 /100.000 abitanti nel 2000, a 1.014/100.000 abitanti nel 2017 (845,5 per le femmine, 1.272,4 per i maschi), dato più alto in Regione Emilia Romagna (tasso per la RER: 890,9). Parlando di numeri assoluti, nel 2017 il numero di deceduti totale è stato di 5.011: 2.667 femmine e 2.344 maschi; per entrambi i sessi, la maggior parte dei decessi si ha nella fascia di età più anziana (≥85).

Nell'Azienda Usl di Ferrara, le malattie del sistema cardiovascolare rappresentano la principale causa di morte nelle donne con un tasso pari a 276,6 nel 2017; anche negli uomini la principale causa di morte è rappresentata dalle malattie del sistema cardiovascolare ma con un tasso molto più alto, ovvero di 410,9, di poco superiore ai tumori, che rappresentano la seconda causa di morte sia nei maschi (tasso di 397,2/100.000) che nelle femmine (tasso di 231/100.000 abitanti). Dagli studi pubblicati nell'Atlante italiano delle Disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione che fornisce un quadro esaustivo delle disuguaglianze di mortalità in Italia per livello di istruzione e per area geografica nel territorio della provincia di Ferrara emergono eccessi di mortalità tra le donne meno istruite per tumori maligni del colon del retto e dell'ano e tumori maligni dell'utero e un cluster di eccesso di mortalità per suicidio e autolesione intenzionale tra gli uomini.

I flussi migratori

Il saldo migratorio rappresenta la differenza tra il numero di immigrati e quello di emigrati riferito ad una determinata città, zona o paese in un anno o per un certo periodo di tempo.

Il sistema informativo regionale ha iniziato la raccolta sistematica dei dati sulla popolazione residente straniera a partire dal 1° gennaio 2005.

Come noto, l'immigrazione straniera interessa in modo rilevante la nostra regione fin dagli inizi degli anni 2000. Tuttavia, è soprattutto durante il periodo 2005-2017 che il fenomeno ha assunto dimensioni di grande rilievo, anche per quanto riguarda il territorio dell'Azienda Usl di Ferrara. Infatti, nel 2005 i cittadini stranieri residenti nel territorio dell'Azienda Usl di Ferrara erano 11.294, pari al 3,2% della popolazione complessiva, mentre nel 2017 gli stranieri residenti sono aumentati a 31.638 (+20.344 in termini assoluti), rappresentando il 9% della popolazione complessiva, inferiore al dato regionale pari a 11,9%. In sostanza, la quota di residenti stranieri sulla popolazione complessiva, nel decennio considerato, è quasi triplicata. Infine, la presenza dei cittadini stranieri non è omogenea nei tre distretti sanitari: infatti mentre nel Distretto Sud Est è relativamente bassa (7,7%), è nel Distretto Ovest che si registra la quota più elevata di stranieri (9,9%): ciò è certamente dovuto alla maggiore "attrattività", in termini di attività economiche e quindi di possibilità di assumere manodopera, del Distretto Ovest rispetto agli altri territori della provincia di Ferrara. Il Distretto Centro-Nord, che comprende il capoluogo, fa registrare un valore intermedio della quota di stranieri residenti: il 9,4%.

Profilo socio-economico

Le famiglie

Nell'anno 2018, il 44% della popolazione risultava essere coniugata; il 42,6% celibe/nubile, il 4,3% divorziata ed il 9,1% vedova. Il numero complessivo delle famiglie, disponibile per l'anno 2017, era di 64.757, (variazione di +0,20% rispetto all'anno precedente), con un numero medio di componenti per famiglia di 2,02, inferiore al dato regionale pari a 2.21.

Occupazione e reddito

Nel 2017 il tasso di occupazione (rapporto % tra occupati in età 15-64 anni e popolazione in età 15-64) era di 67,6% (74,9% occupati di sesso maschile, 60,5% femminile) mentre quello di disoccupazione (rapporto % tra persone in cerca di lavoro e forze di lavoro) era pari a 9,5% (7,6% nel sesso maschile e 11,7% in quello femminile). Nel 2018 il tasso di occupazione è ulteriormente sceso al 66,8% (74,1% nel sesso maschile, 59,5% femminile); il tasso di disoccupazione è lievemente migliorato nel 2018 (9,1% in totale, di cui 7,9% tra i maschi e 10,5% tra le femmine).

Nell'anno 2018 il reddito medio pro capite del solo comune di Ferrara era di 18.435 euro, quello della provincia di 16.193 euro, la media regionale era di 17.183 euro e la media tra i capoluoghi di 18.127 euro.

Mobilità lavorativa e sanitaria

Negli ultimi 50 anni la distanza e, di conseguenza, il tempo per recarsi al lavoro e andata via via aumentando; ciò è certamente un fattore di stress che influisce sulla qualità di vita delle persone. Uno studio della Camera di Commercio di Ferrara (2017) riporta che, per quanto riguarda il solo settore privato, chi risiede nel comune di Ferrara lavora nel 57% dei casi all'interno del comune stesso; quindi i lavoratori "privati" sono favoriti dalla vicinanza del luogo di lavoro alla propria abitazione. Il 12,2% lavora invece in altri comuni della provincia; il 15,1% a Bologna, il 3,4% a Rovigo, l'1,4% a Modena, lo 0,8% a Ravenna, lo 0,6% a Mantova ed il 9,3% restante in comuni più distanti. Se si considera tutta la provincia, il dato sul pendolarismo sembra ridursi in quanto non vengono considerati quali pendolari coloro che lavorano nell'ambito della provincia. Il totale dei pendolari per l'intera economia della provincia (147.000 occupati Istat) è stimato di 30.000 in uscita (verso altre province) e 12,6 mila in entrata (veneti, bolognesi...) con un saldo negativo di circa 17 mila.

L'abbandono scolastico

Scende al 9,9% nel 2017 - dall'11,3% del 2016 - il tasso di dispersione scolastica in Emilia-Romagna, cioè la percentuale dei giovani tra i 18 e 24 anni in possesso al massimo della licenza media, che non frequentano corsi scolastici né svolgono attività formative. La regione ha raggiunto in anticipo l'obiettivo europeo fissato al 10% dalla Strategia 2020, mentre l'Italia si attesta complessivamente al 16%.

Le cifre della dispersione e dell'abbandono scolastico della provincia di Ferrara (anno scolastico 2013/2014) indicano una percentuale del 17% (regionale all'11,3%) nel distretto Sud Est del 22-23% e in alcune realtà sfiora il 30%. Sono in forte prevalenza i maschi ad abbandonare precocemente la scuola (70%), rispetto alle femmine (30%), in una fascia d'età compresa tra i 15 e i 18 anni.

Indice di deprivazione

L'indice di deprivazione è una misura che intende fornire, attraverso un valore sintetico, un'indicazione di una condizione di disagio socio-economica e di svantaggio degli abitanti di una determinata zona. Quando si parla di deprivazione socio-economica legata ad aspetti sanitari, non ci si riferisce solamente a quella materiale (ossia quella legata al reddito, alla capacità di acquistare beni e/o servizi, ecc.), ma anche a quella legata alla rete sociale dell'individuo (che esso può attivare per ricevere supporto per l'accesso alle cure o alle attività di prevenzione) e al livello educativo/culturale (associato alla comprensione dei messaggi di salute e di utilizzo corretto dei servizi, ecc.). La deprivazione è intesa dunque nel senso più ampio del termine, che comprende la capacità dell'individuo di agire e reagire adeguatamente per il proprio benessere/salute, sia nella vita quotidiana, sia nei momenti di difficoltà, mobilitando tutte le risorse materiali e sociali a propria disposizione.

L'indice è composto dalla somma di cinque indicatori di svantaggio: % di popolazione con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare (mancato raggiungimento obbligo scolastico); % di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione; % di abitazioni occupate in affitto; % di famiglie mono-genitoriali con figli dipendenti conviventi; densità abitativa (numero di occupanti per 100 m² nelle abitazioni).

L'indice si ottiene dalla somma di indicatori standardizzati, poi categorizzato in quintili di popolazione; e calcolato a livello di sezioni di censimento o di comune, e sulla base di Censimenti 2001 e 2011.

Il 1° quintile contiene la % della popolazione meno deprivata, il 5° la più deprivata. La distribuzione dei livelli di deprivazione nei tre distretti socio-sanitari, evidenzia una maggiore deprivazione nel Distretto Sud-Est (% 4° + 5° quintile = 51,80%).

LE DISUGUAGLIANZE NELL'ASSISTENZA SANITARIA

L'equità nell'assistenza sanitaria rappresenta uno degli obiettivi principali nel campo della programmazione e dell'organizzazione dei servizi, a livello nazionale, regionale e locale. Per tale motivo è stata introdotta una specifica sezione volta a valutare e monitorare nel tempo eventuali disuguaglianze legate al genere. Tale sezione ospita misure per la valutazione dell'equità stratificate di alcuni indicatori esistenti per i quali la letteratura medico-scientifica riporta significative differenze nell'accesso ai servizi e nell'erogazione delle prestazioni (ad esempio in termini di ridotta tempestività di accesso alle cure, di inappropriata clinica e di ospedalizzazione evitabile).

Differenze legate al genere

L'equità di genere è un tema che, per quanto relativamente nuovo in medicina, è divenuto centrale nell'organizzazione, nella promozione e nel monitoraggio delle politiche sanitarie. In riferimento a tale tematica si è scelto di produrre risultati stratificati per sesso relativamente ad alcuni indicatori, sulla base delle evidenze scientifiche in tema di disuguaglianze di genere e/o di pregresse sperimentazioni regionali e nazionali su specifici processi assistenziali o esiti delle cure. Sono stati selezionati indicatori afferenti ai seguenti ambiti nosologici:

Cardio e cerebrovascolare

- proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90' dall'accesso nella struttura di ricovero/service
- proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90' sul totale dei trattati entro 12 ore dall'accesso nella struttura di ricovero/service
- mortalità a 30 giorni da IMA (con nuove variabili cliniche)
- proporzione di eventi maggiori o decessi (MACCE) entro 12 mesi da IMA
- bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni (con nuove variabili cliniche)
- valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni
- mortalità a 30 giorni da ictus ischemico

Muscolo-scheletrico

- intervento entro 48h da frattura del collo del femore
- frattura del collo del femore: mortalità a 1 anno
- intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni
- intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento

Oncologico

- intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia
- intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni
- intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni
- intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni
- intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni

Respiratorio

- BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni

E' stata utilizzata una misura di gravità sull'intera coorte (utilizzata come riferimento per l'aggiustamento) per ciascun indicatore, e successivamente sono stati stimati i rischi relativi aggiustati per unità di esposizione (struttura/area territoriale) e per genere. Le misure aggiustate sono state calcolate solo per le unità di esposizione che raggiungono una soglia minima di numerosità totale, secondo la metodologia e i riferimenti già utilizzati nel calcolo degli indicatori di esito del PNE.

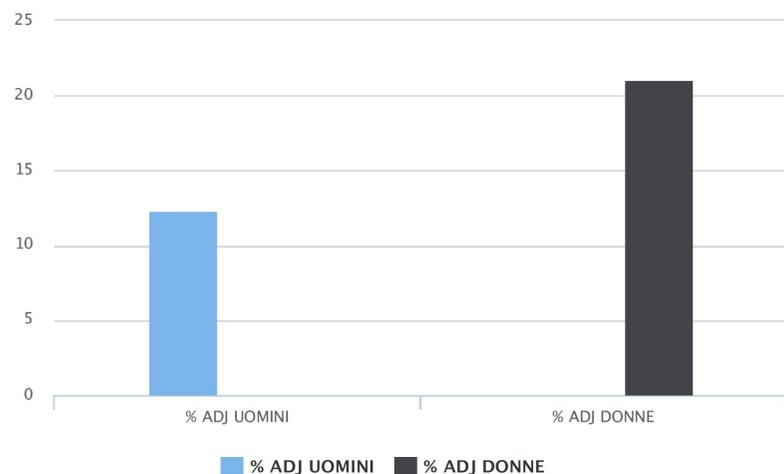
L'analisi ha evidenziato significative differenze di genere nel ricorso ai servizi sanitari e nei percorsi assistenziali (OR delle donne rispetto agli uomini).

Una più elevata mortalità per le donne a seguito di bypass aorto-coronarico potrebbe dipendere dalla maggiore frequenza di quadri sintomatologici sfumati a carico delle donne, con conseguente allungamento dell'iter diagnostico. Si tratta di un risultato che trova riscontro in studi condotti a livello nazionale e internazionale, in cui si evidenzia peraltro come l'assistenza alle donne con patologie cardiovascolari sia gravata da maggiore inappropriata, ad esempio rispetto alla presa in carico ospedaliera in reparti differenti da quelli di cardiologia.

Occorre, tuttavia, sottolineare come lo svantaggio determinato dall'accesso non tempestivo alla PTCA non si traduca in un aumento della mortalità a 30 giorni da un episodio di IMA (OR=1,01), né in una maggiore proporzione di eventi o decessi (MACCE) entro 12 mesi; al contrario, tale proporzione risulta essere in media leggermente inferiore per le donne rispetto agli uomini (OR=0,87; $p < 0,001$).

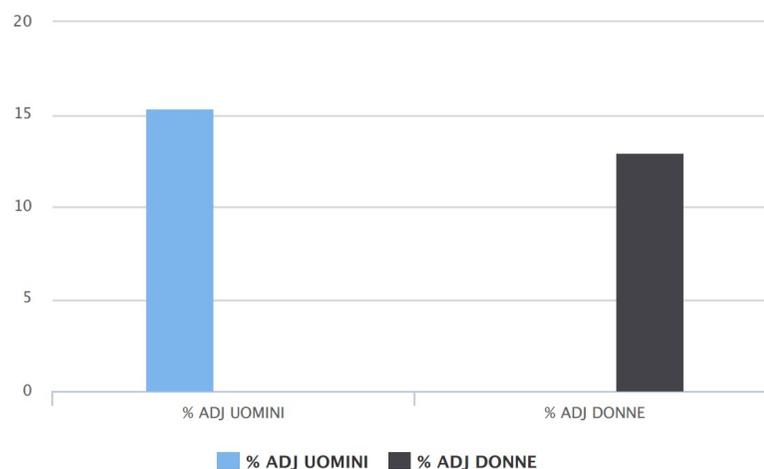
Ausl

Infarto Miocardico Acuto: MACCE a 1 anno



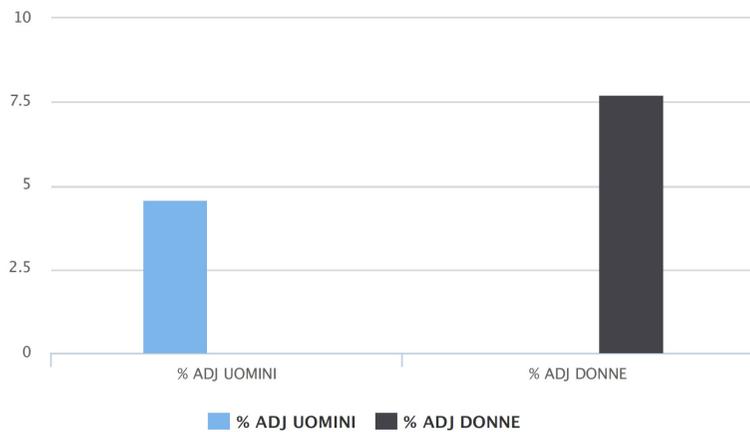
Ospedale Delta

Infarto Miocardico Acuto: MACCE a 1 anno



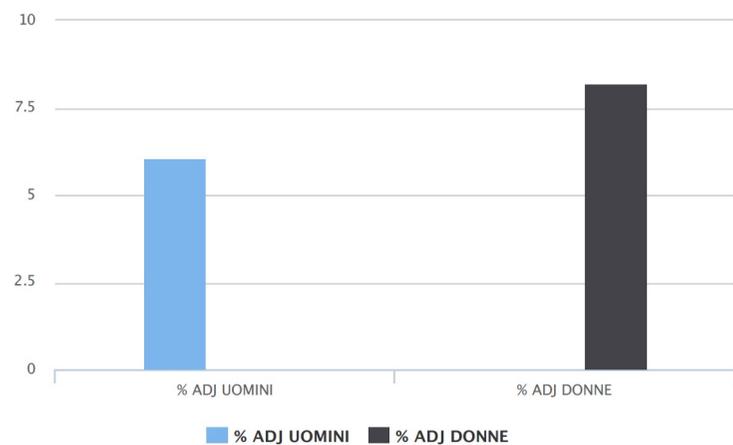
Ospedale Cona

Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni – Con nuove variabili



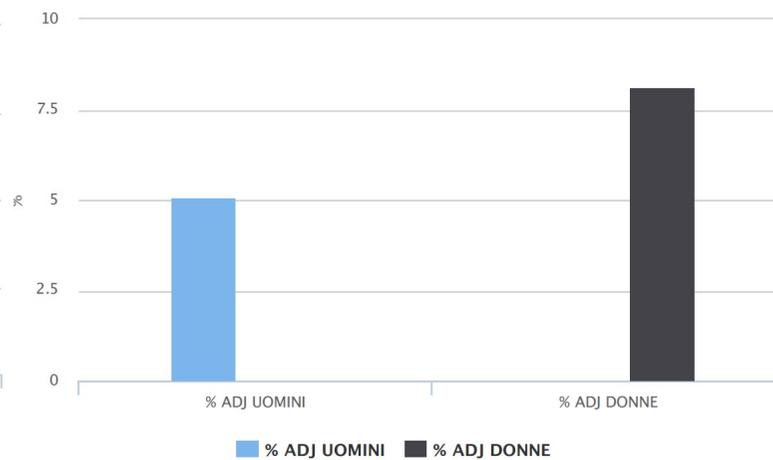
Ausl

Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni



Ospedale Cona

Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni



I consumi sanitari

Ospedalizzazione

La fisionomia dell'ospedale è profondamente mutata negli anni: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero superiore a quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato delle risorse a disposizione.

Nel triennio 2016-2019 il tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti in Emilia-Romagna si è ridotto tra il 2016 e il 2017 per aumentare nuovamente nel 2018; in provincia di Ferrara il Distretto Sud Est è quello in cui si registra in media il tasso più elevato. Il tasso std di ospedalizzazione per complicanze di patologie croniche (diabete, BPCO e scompenso cardiaco) x 100.000 residenti ≥ 18 anni registrato nell'anno 2017 (dato consolidato) è stato, per la nostra provincia, 403,7 (Target ≤409). La prevalenza di patologie cronico-degenerative quali lo scompenso cardiaco, il diabete e la BPCO è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento dei soggetti anziani e del calo della mortalità. Si tratta di patologie per le quali un'eventuale acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo, tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione e per le quali sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento. Benché tali patologie vengano ampiamente gestite a livello territoriale l'elevato tasso di ospedalizzazione impone delle riflessioni sulla appropriatezza degli stessi e dell'adeguatezza dei percorsi di complessiva presa in carico da parte dei servizi. I dati relativi all'anno 2018 (dato consolidato) mostrano un tasso pari a 411,0, dato leggermente oltre il target.

L'indicatore che valuta la domanda di servizi di Pronto Soccorso espressa dalla popolazione residente (N. di accessi in PS/Pop. Residente) e il Tasso std (per sesso ed età) di accessi in PS, per l'anno 2018, l'Azienda Usl di Ferrara ha riportato un dato superiore alla media regionale; il distretto Sud Est resta il consumatore più attivo di prestazioni di Pronto Soccorso.

Utilizzo delle strutture residenziali, semiresidenziali e intermedie

Il tasso std di utilizzo del servizio di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti misura il tasso di utilizzo del servizio residenziale per anziani non autosufficienti (ogni 1.000 residenti), al netto della composizione per età, in base alla dimensione territoriale di residenza dell'assistito.

I dati dell'anno 2018 hanno evidenziato per la provincia ferrarese il consumo maggiore (6,7/1.000) rispetto alle altre province della RER (tasso std. RER: 4,9/1.000). Tra i tre distretti della provincia di Ferrara, il distretto Sud Est risulta il consumatore maggiore.

Risultiamo invece i minori consumatori di tutta la regione di strutture semi-residenziali con un Tasso di utilizzo del servizio di assistenza semi-residenziale per anziani non autosufficienti (anno 2018) di 0,49/1000 abitanti contro il dato RER di 1,12/1000 abitanti.

La specialistica ambulatoriale

La popolazione ferrarese ha un alto Indice std di consumo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, posizionandosi al secondo posto per consumo in regione. Il primato viene registrato per la mobilità passiva extraregionale. Anche su questo tema le differenze nell'utilizzo dei servizi da parte della popolazione sono evidenti tra i residenti dei differenti distretti, dove il Distretto Sud Est risulta essere il principale consumatore.

La Regione Emilia-Romagna, negli anni ha emanato vari provvedimenti con le linee di indirizzo per il governo e lo sviluppo dell'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'adozione dei programmi attuativi aziendali individuando come filoni di sviluppo, la produzione, l'accesso e l'appropriatezza.

L'Azienda ha deliberato il Piano Attuativo Aziendale per la Gestione delle Liste d'Attesa per la specialistica ambulatoriale e per le prestazioni chirurgiche. La committenza interna della specialistica ambulatoriale copre la quota percentualmente maggiore (58%) rispetto alla committenza esterna svolta sostanzialmente dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria (36,5%).

Il Piano di Produzione dell'offerta viene determinato attraverso la definizione di un contratto di fornitura annuale sia con la locale Azienda Ospedaliero-Universitaria che con il privato accreditato provinciale, che di budget annuale di attività con i diversi dipartimenti sanitari ospedalieri e territoriali.

Un punto di forza degli ultimi due anni è stato il mantenimento degli indici di performance per le prestazioni oggetto di monitoraggio sempre superiori al 90 %. In tema di facilitazione dell'accesso oltre l'80% della prenotabilità delle prestazioni e su piattaforma web attraverso il fascicolo sanitario elettronico.

E' elevata la percentuale di soddisfazione delle prestazioni sanitarie all'interno del distretto di residenza.

L'offerta delle prestazioni in termini di tipologia e di quantità ha seguito finora criteri differenti dalla effettiva domanda di prestazioni della popolazione residente. Si dovrà pertanto procedere con azioni di riordino mirate a sviluppare la redistribuzione di offerta prestazionale che tenga conto della territorialità, della sostenibilità delle risorse, delle caratteristiche demografiche, rispettando i principi di equità e prossimità.

Utilizzo dell'Assistenza Domiciliare

I dati Regionali sottolineano un tasso di adesione provinciale al servizio di Assistenza Domiciliare Integrato (ADI) in progressivo aumento negli anni, con un tasso di utilizzo standardizzato pari al 31,8/1000 abitanti per l'anno 2018, in assenza di differenze significative tra i distretti provinciali. Si tratta di un buon tasso di utilizzo del servizio, il più alto a livello regionale (dato RER: 23,7/1000 ab) e che pertanto va mantenuto in quanto punto di forza della provincia ferrarese. Analizzando i dati assoluti si può osservare come siano stati assistiti 24.147 pazienti e la classe di età superiore agli 85 anni sia risultata quella più rappresentata, per un valore pari al 45% del totale. Le patologie più frequenti sono cardiovascolari seguite da quelle oncologiche e dalle demenze senili/morbo di Alzheimer. Il tasso di utilizzo standardizzato per quanto riguarda l'assistenza domiciliare psichiatrica è pari a 2,08/1000 abitanti nel 2018, mentre il dato assoluto evidenzia una presa in carico di 587 pazienti psichiatrici.

4. LE POLITICHE DI CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE EVITABILI

Le disuguaglianze sociali sono uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche e il loro contrasto rappresenta un obiettivo prioritario per il sistema dei servizi sanitari e sociosanitari. Le condizioni patologiche e i determinanti sociali, ambientali ed economici interagiscono tra loro con conseguenze diseguali attraverso la popolazione e le organizzazioni sociali e sanitarie si confrontano sempre più con forme di vulnerabilità multidimensionali e non riconducibili a classificazioni tradizionali. Tuttavia, per riprendere le parole di Richard Sennett, "Diversi si nasce, disuguali si diventa"¹, la società tende a rappresentare le disuguaglianze come se fossero un dato di fatto, anziché il risultato di una serie di interazioni rituali localizzate (e quindi organizzate) nello spazio e nel tempo. In altre parole, le disuguaglianze di salute non sono qualcosa di inevitabilmente collegato alle caratteristiche di una persona, ma piuttosto il frutto dell'interfacciarsi tra queste, gli eventuali bisogni ad esse collegate e le caratteristiche strutturali e di funzionamento dei servizi. Di conseguenza, l'Organizzazione Mondiale della Sanità²³ e voci autorevoli come quella di Michel Marmot⁴ suggeriscono che per contrastare le disuguaglianze non basta limitarsi ad interventi per target specifici, ma è necessario:

- monitorare l'impatto dei determinanti sociali e delle loro interazioni con la salute ai livelli locali;
- studiare il legame tra le vulnerabilità sociali e le fragilità cliniche
- analizzare i meccanismi organizzativi dei servizi sociali e sanitari alla base delle possibili iniquità/discriminazioni
- promuovere politiche intersettoriali e approcci intersezionali,
- favorire l'empowerment, il lavoro di rete e la partecipazione inclusiva delle comunità
- creare meccanismi di accountability
- garantire l'universalismo proporzionale con una redistribuzione di risorse in base a determinati bisogni rilevati.

¹ Sennett R., *Respect in a World of Inequality*, Penguin (2003).

² <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/governance-for-health-equity-2014>

³ <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>

⁴ <https://pensiero.it/catalogo/libri/la-salute-disuguale>

La riduzione delle disuguaglianze è un asse centrale del vigente Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR 2017-2019), nel quale alla promozione dell'equità in tutte le politiche sono dedicate due schede attuative (n. 9-11)⁵, nonché nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2021-2025), che prevede un'azione trasversale di equità sul Piano nella sua interezza e sui singoli programmi che lo compongono⁶.

Il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019 (DGR n. 120 del 12 luglio 2017) individua tra le aree di intervento trasversali le Politiche per la riduzione delle disuguaglianze e la promozione della salute con il preciso obiettivo di agire l'Equità in pratica considerando le differenze fra le persone e fra i gruppi e aumentando le competenze sulla propria salute e qualità di vita.

L'Equità in pratica rappresenta una strategia in grado di affrontare in modo operativo il grande tema del benessere sociale. In questi anni la letteratura ha fornito molte evidenze sugli effetti prodotti dai determinanti sociali in termini di disuguaglianze, dimostrando una stretta relazione tra le variabili socio-economiche, le condizioni di salute/benessere e il grado di utilizzo dei servizi. I principi di eguaglianza e di universalità costituiscono presupposti ineludibili su cui si fonda l'agire dei nostri servizi. Però, alla tradizionale idea di eguaglianza in base alla quale "tutti gli individui devono venire trattati egualmente", si è progressivamente affiancata la convinzione che "a tutti gli individui devono essere garantite le stesse opportunità di accesso, di fruizione di qualità e di appropriatezza dei Servizi", in altri termini l'equità.

Sempre di più i nostri servizi si devono confrontare con le più svariate "diversità", non riconducibili alle tradizionali forme di classificazione dei soggetti svantaggiati (poveri, emarginati, poco istruiti, ecc.). Le diversità di genere, età, nazionalità, lingua parlata, (dis)abilità, religione, orientamento sessuale, condizioni di vita ecc., con cui si confrontano le organizzazioni sanitarie e sociali sono così profondamente mutate che al termine di "disuguaglianza sociale" si può affiancare il termine di "vulnerabilità sociale", per richiamare proprio l'attenzione sulla multidimensionalità dei fenomeni e sulle nuove forme di fragilità sociale.

I servizi, oltre a realizzare "semplicemente" interventi dedicati a target specifici di soggetti (indigenti, stranieri...), devono nel contempo affinare strategie complessive di contrasto alla iniquità e di analisi dei meccanismi organizzativi alla base di possibili discriminazioni: se non si è in grado di presidiare il confronto con le tante diversità, si rischia paradossalmente di rinforzare la vulnerabilità sociale dei soggetti che si intende tutelare.

Significa creare una cultura e una organizzazione che riconoscano, osservino, rispettino e valorizzino le differenze proprie degli individui in un determinato territorio, per rispondere ai bisogni in modo che a tutti vengano garantite le medesime opportunità per raggiungere il medesimo livello potenziale di benessere. In generale ciò implica armonizzare le politiche verso lo sviluppo del benessere sociale delle nostre comunità, agendo equità e integrazione nelle diverse politiche, superando l'ottica di singoli problemi e specifiche soluzioni e ricercando un "equilibrio" più generale nell'approcciare le differenze, riguardante potenzialmente tutti i membri della comunità, e tenendo conto del fatto che agire l'equità significa compiere delle scelte che hanno a che fare con la giustizia sostanziale e che non possono prescindere, per un loro pieno raggiungimento, dal perseguimento di quest'ultima a livello complessivo.

Sostanzialmente sono tre le leve su cui il Piano Sociale e Sanitario orienta la programmazione degli interventi:

- Garantire condizioni di accesso ai servizi e modi di fruizione equi e appropriati rispettosi delle differenze con particolare attenzione alla medicina di genere (L.R. 10/2016) in quanto dimostrato scientificamente come sia appropriato ed equo orientare la prevenzione, la diagnosi e la cura in un'ottica di genere;
- Promuovere interventi precoci e diffusi per rendere più approfondite e attive le conoscenze sulle proprie potenzialità per vivere bene anche implementando tecniche e pratiche che favoriscano l'orientamento consapevole dei cittadini;
- Potenziare gli interventi a sostegno dell'infanzia, dell'adolescenza e della genitorialità in quanto rappresentano un intervento volto a ridurre le disuguaglianze già dai primi anni di vita e quindi un investimento per il futuro.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP 2020-2025) promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente

⁵ <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/piano-sociale-e-sanitario-2017-2019>

⁶ <https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp>

(One Health). Il Piano investendo, pertanto, nella messa a sistema in tutte le Regioni di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e di modelli, metodologie e linee di azione basate su evidenze consolidate o su buone pratiche validate e documentate, impegna il DSP ad agire con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanità pubblica (Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale).

Gli indirizzi esposti nel PNP puntano ad una riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche, attuando un effettivo adempimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Rafforzano, al contempo, una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health), ribadendo l'interconnessione della salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi e applicando un modello di intervento multidisciplinare, intersettoriale e coordinato.

Il PNP promuove un approccio life-course, nella consapevolezza che gli interventi preventivi e protettivi avviati nelle primissime fasi della vita portano a risultati di salute positivi che dureranno tutta la vita.

Elementi cardine di tale organizzazione sono:

- valutazione dell'impatto sanitario (health impact assessment) e identificazione del rischio (risk assessment e health equity audit) attraverso l'uso del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e dunque per la definizione di bisogni e priorità di intervento;
- cultura e pratica di prevenzione ancorate alle prove di efficacia (efficacy ed effectiveness), equità e sostenibilità;
- approccio sistemico, anche al fine di favorire l'integrazione del DP con il Distretto e gli altri livelli di assistenza e il coinvolgimento di tutti i settori della comunità come risorse;
- comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare health literacy ed empowerment individuali e capacity building di comunità, per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonché come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorità degli interventi a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità), e quindi di marketing sociale, di fidelizzazione nel cittadino, di trasparenza e credibilità del DP;
- qualità ovvero valutazione dei processi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della appropriatezza e qualità professionale, tecnologica, relazionale;
- formazione degli operatori affinché assimilino gli elementi del metodo di lavoro (costruzione del profilo di salute, scelta delle priorità, individuazione degli interventi efficaci, programmazione, realizzazione e valutazione, di processo e di impatto) e lo orientino alla collaborazione e alla trasversalità.

L'azione del Dipartimento di Prevenzione dovrà essere sempre più multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete sociosanitaria, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonché un utilizzo coordinato di tutte le risorse interne ed esterne al sistema sanitario. Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacità del DSP di:

- intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte;
- sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle risorse della comunità (stewardship)
- promuovere consapevolezza e autodeterminazione del cittadino (empowerment).

Con il **Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025**, approvato con **DGR n. 58 del 24/01/2022**, la Regione Emilia-Romagna precisa che l'equità, sul piano sanitario, significa riconoscere le diversità che caratterizzano la popolazione e che comportano eterogeneità nell'esposizione ai fattori di rischio, nella probabilità di ammalarsi e nell'accesso ai servizi e che le azioni del Piano valorizzeranno quanto è stato acquisito negli anni precedenti, individuando strategie differenziate, proporzionate e mirate ai differenti bisogni espressi o comunque identificati.

Questa indicazione si inserisce in una strategia regionale che prevede da tempo la diffusione e l'utilizzo, in collaborazione con le Aziende Sanitarie, di strumenti in grado di orientare all'equità interventi e programmi. Da qui l'impegno da parte dell'Azienda USL di Ferrara a garantire la propria partecipazione al percorso regionale per l'utilizzo di questi strumenti specifici nei setting previsti dai Piani Locali Attuativi.

Inoltre, il territorio della provincia di Ferrara è stato identificato, a livello regionale, quale realtà in cui sperimentare l'integrazione tra le due aziende sanitarie nell'applicazione della metodologia dell'Health Equity Audit ai PDTA interaziendali. Alla luce del nuovo piano regionale della prevenzione (2021-2025) saranno individuati i progetti del a cui applicare gli strumenti equity oriented.

5. IL BOARD EQUITA'

La gestione delle diversità è un tema strategico nell'organizzazione dei servizi sociosanitari, sia per quanto riguarda le disuguaglianze in salute sia per quanto riguarda l'appropriatezza dell'assistenza e cura, ne deriva che il rispetto delle differenze oltre che un'innovazione culturale è fattore di qualità al passo con i tempi della complessità dei territori e delle comunità. L'equità diviene un valore, oltre che un obiettivo al quale tendere, per una necessaria visione sistemica delle aziende e delle relative ricadute organizzative. Al riguardo l'articolo 1 della Legge Regionale n. 29 del 2004, Tutela della salute e Servizio sanitario regionale, al comma 2 ribadisce il tema dell'equità in n. 2 principi ispiratori: l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessità di ciascuna persona presente nel territorio regionale; la globalità della copertura assistenziale, quale garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità di accesso ai servizi, della qualità dell'assistenza, dell'efficacia ed appropriatezza dei servizi e delle prestazioni, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Come già rilevato il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019 sottolinea nella programmazione dei servizi, la centralità del tema delle disuguaglianze di salute generate dai determinanti sociali e la necessità di intraprendere azioni di politica pubblica intersettoriali e di sistema, che rendano coerenti le strategie dei servizi e le pratiche organizzative. Visto in particolare il capitolo 4 "Le aree di intervento trasversali", al paragrafo 4.2 prevede la promozione di "Politiche per la riduzione delle disuguaglianze e la promozione della salute" tramite una strategia in grado di affrontare in modo operativo il grande tema del benessere sociale definita "Equità in pratica".

Considerato che il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 della Regione Emilia Romagna, approvato con Delibera di Giunta Regionale 58 del 24/01/2022, precisa che l'equità, sul piano sanitario, significa riconoscere le diversità che caratterizzano la popolazione e che comportano eterogeneità in relazione all'esposizione ai fattori di rischio, nella probabilità di ammalarsi e nell'accesso ai servizi e che le azioni del Piano valorizzeranno quanto è stato acquisito negli anni precedenti, individuando strategie differenziate, proporzionate e mirate ai differenti bisogni espressi o comunque identificati.

Con la Delibera Delibera del Direttore Generale **n. 233 del 20/12/2018** è stato istituito il Board Equità Aziendale, **rinnovato con delibera n.29 del 15/02/2022** con la nomina della Referente Equità Aziendale, collocata in funzione di staff alla Direzione generale con funzioni di coordinamento.

L'AUSL di Ferrara ritiene che la gestione delle diversità sia un tema strategico nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari, sia per quanto riguarda le disuguaglianze in salute sia per quanto riguarda l'appropriatezza dell'assistenza e cura. L'equità è un valore, oltre che un obiettivo, per una necessaria visione sistemica dei servizi e delle relative ricadute organizzative. La Direzione attraverso la definizione e la nomina del Board Equità, collocato in Staff alla Direzione stessa, ha voluto dare forza strategica alla tematica e assicurare la coerenza dell'applicazione pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi sia per quanto concerne l'utenza esterna sia per quanto riguarda il contesto interno di selezione e sviluppo delle risorse umane aziendali.

Il Board Equità si caratterizza dalla presenza di una componente "fissa" e da una componente "variabile" costituita da professionisti direttamente impegnati nei percorsi/processi individuati.

Per la componente fissa sono state individuate le seguenti articolazioni aziendali e territoriali come ambiti e osservatori privilegiati di lavoro in termini di equità, rappresentate nel Board Equità tramite un delegato:

1. Direzione Sanitaria
2. Direzione Attività Socio Sanitarie
3. Direzione Distrettuale
4. Direzione Infermieristica e Tecnica
5. Coordinatore Staff Direzione Generale

6. Dipartimento Cure Primarie
7. Dipartimento Sanità Pubblica
8. Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale - Dipendenze Patologiche
9. Direzione Medica Ospedaliera
10. Presidente Comitato Unico di Garanzia
11. U.O.C. Servizio Comune Gestione del Personale
12. Coordinamento Comitati Consultivi Misti
13. Area Comunicazione
14. U.O.C. Interaziendale Gestione del Rischio Clinico
15. U.O.C. Qualità, Accreditamento, Ricerca Organizzativa
16. U.O.C. Interaziendale Formazione
17. U.O.C. Servizio Comune Tecnico e Patrimonio
18. Referente aziendale Medicina di Genere
19. Referente per i MMG
20. Referente per i PLS
21. Referente per il Coordinamento degli Uffici di Piani.

La mission del board è assicurare la coerenza dell'applicazione pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi con attenzione a: centralità della persona e delle comunità, Welfare di Prossimità, Intersettorialità, approccio life-course per setting e di genere.

Al board sono stati assegnati i seguenti compiti:

- supportare la direzione strategica nello sviluppo di linee di indirizzo volte a favorire l'equità ed il rispetto delle differenze;
- coordinare le attività aziendali volte alla promozione dell'equità, integrando le competenze e le azioni già in essere con esperienze innovative;
- garantire l'interfaccia con gli enti locali e con l'Azienda Ospedaliera per lo sviluppo di progetti integrati;
- garantire la partecipazione ai progetti promossi a livello regionale e assicurarne la partecipazione ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità & Diversità;
- attivare un percorso, in collaborazione con l'ASSR, per la definizione del piano aziendale delle azioni sull'equità e della struttura del board aziendale equità, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione;
- utilizzare almeno uno strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale, anche in riferimento a quanto menzionato negli obiettivi relativi al Piano Regionale della Prevenzione e alla Legge Regionale n. 19/2018;
- assicurare l'attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati, inserendo tali attività nel programma aziendale sull'equità.

La rilettura delle politiche di equità e delle azioni di contrasto alle disuguaglianze richiede quindi uno sguardo *intersezionale*, in grado di considerare le interconnessioni tra dimensioni sociali come età, genere, reddito, autonomia e disabilità, provenienza geografico-culturale nel promuovere o contrastare salute e benessere. E' porre l'attenzione ai modi in cui l'interazione tra le differenze individuali degli/le utenti e il funzionamento dei servizi genera capacitazione ed empowerment vs. disuguaglianza.

Nel Piano della Performance 2021-2023 l'Azienda UsI di Ferrara stabilisce che l'attività è svolta a garanzia della tutela della salute dell'individuo e della collettività, assicurando i livelli essenziali di assistenza previsti dai Piani Sanitari Nazionale e Regionale attraverso interventi appropriati di prevenzione, promozione della salute, cura e riabilitazione.

In base alla missione aziendale l'AUSL di Ferrara si impegna ad assicurare:

□ **un equo accesso all'intera offerta di servizi e prestazioni compresi nei livelli essenziali di assistenza**, come individuati dal Piano Sanitario Nazionale e definiti dai diversi stadi di programmazione -nazionale, regionale e locale- uniformando la propria attività a criteri di **qualità, appropriatezza, efficacia ed efficienza, nel rispetto dei principi universalistici dell'assistenza**.

□ **una assistenza di prossimità capillare e vicino alla comunità di riferimento che garantisca la maggiore equità nell'accesso** ai servizi di base e quindi una più equa distribuzione della salute nella popolazione.

□ **la gestione integrata delle attività socio- sanitarie** da perseguirsi attraverso la creazione di reti di servizi socio-sanitari per la continuità assistenziale e la presa in carico delle persone con patologie croniche nell'ambito della propria comunità di riferimento, **nell'ottica della prossimità e autonomizzazione della persona**.

□ **la medicina di genere** quale ambito della pratica assistenziale che applica alla medicina il concetto di **"diversità tra generi" per garantire a tutti, uomini o donne, il migliore trattamento auspicabile in funzione delle specificità di genere**.

Ad oggi l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara perseguono un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale, attraverso l'integrazione orientata al rapporto con il territorio, per le problematiche locali, e alla programmazione di un **sistema sanitario Hub & Spoke, nella continua ricerca della qualità, dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane**.

Il sistema di governance è quindi basato su logiche centralizzate di "produzione" (delle conoscenze, dei saperi e delle risorse) e su luoghi di "distribuzione" territoriali, ovvero i nodi della rete erogativa locale, a garanzia del rapporto continuo ospedale-territorio, per una appropriata gestione dei pazienti, e del miglioramento continuo dei percorsi di presa in carico, nel rispetto dei principi di equità di accesso ed equità d'uso.

Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale dentro alle organizzazioni del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere:

a) **azioni di sistema** cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso;

b) **azioni di equità in pratica** verso i fruitori dei servizi - utenti, familiari, care giver (equo accesso, prossimità capillare dell'assistenza, gestione integrata delle attività socio-sanitarie nell'ottica della autonomizzazione della persona)

c) **azioni verso l'interno delle organizzazioni**, verso gli operatori che nei servizi lavorano (wellness organizzativo e diversity management);

c) **azioni correlate con:**

- **il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere** in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018, che individuano alcune traiettorie di lavoro per quanto attiene la medicina di genere in una prospettiva di equità e alla DGR 1770 del 02/11/2021 avente ad oggetto "Linee di Programmazione e Finanziamento 2021" al Capitolo 5.2. "Innovazione nei servizi sanitari e sociali" Sezione "Equità in tutte le politiche e medicina di genere (Schede 9-11)".

- **il Piano delle Azioni positive** di promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali, in quanto il cambiamento culturale necessario per promuovere le pari opportunità, educare al rispetto e alla valorizzazione delle differenze costituisce un'azione essenziale per il riconoscimento di pari diritti e pari dignità per tutte e tutti, per una società più inclusiva, in cui le differenze siano considerate una risorsa da valorizzare, e prevenire fenomeni di sessismo, violenza, razzismo e omofobia.

- **Il progetto Azienda Sanitaria Digitale**, che prevede la sperimentazione di tecnologie digitali in ambito clinico-assistenziale, l'empowerment e l'engagement del paziente/cittadino/utente, la promozione di una cultura organizzativa orientata al "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

6. ACTION PLAN EQUITÀ E RISPETTO DELLE DIFFERENZE

AZIONI DI SISTEMA

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	OBIETTIVI	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	RISULTATO ATTESO	TEMPI
<p>Deliberazioni aziendali: n. 233/2018 n. n.29/2022</p> <p>PRP 2021-2025</p>	<p>1) PORTARE A CONCLUSIONE IL PERCORSO IN COLLABORAZIONE CON L'ASSR PER LA DEFINIZIONE DEI DISPOSITIVI ORGANIZZATIVI PER IL SUPPORTO ALL'EQUITA</p>	<p><input type="checkbox"/> Rinnovo Board Equità e referente Board Equità</p> <p><input type="checkbox"/> Pianificare le azioni di contrasto alle iniquità attraverso un processo condiviso e interaziendale in gruppi di lavoro intersettoriali, con connessioni esterne</p>	<p>Board Equità Ausl Ferrara Cristina Sorio Cinzia Pizzardo Valentina Buriani</p> <p>Dipartimento Sanità Pubblica Antonio Di Giorgio</p> <p>Staff Direzione Generale</p>	<p>Delibera del Direttore Generale n. 233 del 20/12/2018 istitutiva dell' Board Equità Aziendale, rinnovato con delibera n.29 del 15/02/2022 con la nomina della Referente Equità Aziendale, collocata in funzione di staff alla Direzione generale con funzioni di coordinamento</p> <p>Delibera Cabina di regia Applicazione PRP 2021-2024</p> <p>Stesura del Piano Equità Aziendale e contrasto delle diseguaglianze. Triennio 2022-2025 in linea con il Piano della performance, il PRP e il nuovo Piano Socio Sanitario</p>	<p>2022</p>
<p>Piano Socio-Sanitario 2017-2019 (in revisione)</p> <p>Scheda 11- Equità in tutte le politiche</p>	<p>2) PROMUOVERE LA CULTURA DELL'EQUITÀ ATTRAVERSO INIZIATIVE FORMATIVE: <i>approfondimento sulle tecniche di analisi finalizzate alla pianificazione e alla valutazione dei processi</i></p>	<p>Laboratorio interaziendale Equità in pratica</p> <p><input type="checkbox"/> Orientare i board aziendali equità e i micro board a uno spostamento di prospettiva, dalla logica dei target (attenzione ai gruppi di popolazione vulnerabili) a quella delle abilità – capacità, intercettando le differenze individuali, e come queste si ricombinano e si interfacciano col sistema dei servizi, creando vulnerabilità e potenziali diseguaglianze;</p> <p><input type="checkbox"/> Comprendere il ruolo della governance locale e il modo in cui le procedure di valutazione si innestano nei processi di cambiamento organizzativo;</p> <p><input type="checkbox"/> Lavorare sugli obiettivi comuni delle due aziende in termini di equità</p> <p>Laboratorio regionale Health Equity Audit (HEA)</p> <p><input type="checkbox"/> Fornire/rafforzare le competenze metodologiche per l'applicazione dell'HEA;</p> <p><input type="checkbox"/> Mostrare una serie di esempi di applicazione in contesti del territorio regionale;</p> <p><input type="checkbox"/> Evidenziare le buone prassi per l'inserimento delle procedure di valutazione in un processo più ampio di programmazione e miglioramento del servizio;</p>	<p>Gruppo di lavoro Interaziendale</p> <p>Componenti dei 2 Board Equità (AOU e AUSL), Micro board Equità CCM</p> <p>Referenti Fragilità dei Servizi Sociali Distrettuali Uffici di Piano Direttori di Distretto Direttori di Dipartimento Ospedalieri e Territoriali Referenti UNIFE</p> <p>Professionisti dei Board Equità della Regione Emilia-Romagna</p>	<p>Dare continuità alla promozione della cultura dell'equità attraverso la formazione continua:</p> <p>Formazione Interaziendale: L'Equità: Azioni a supporto e laboratorio del tramando</p> <p>Formazione Regionale/interaziendale: Valutare e programmare in termini di equità: l'Health Equity Audit (HEA)</p>	<p>2019</p> <p>2019</p>

		<p>Laboratorio di approfondimento "Equità in pratica nell'epoca Covid-19"</p> <p>Evento formativo AVEC Health Equity Audit (HEA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Health Equity Audit: la metodologia, la connessione con le indicazioni regionali, le potenzialità come strumento di lavoro; <input type="checkbox"/> Esempi di applicazione dell'HEA nei contesti locali; <input type="checkbox"/> Laboratorio interattivo: condizioni organizzative e strategie locali per l'applicazione di un HEA <p><input type="checkbox"/> Presentazione dell'esito del laboratorio alla Cabina di regia del PRP Ausl Ferrara e in Regione</p> <p><input type="checkbox"/> Applicare HEA al programma PL 03 Screening oncologici del PRP 2021-2025</p>	<p>Coordinamento Referenti Equità aziendali Area Vasta Emilia Centro</p> <p>Professionisti Aou e Ausl FE coinvolti nei PDTA</p> <p>Referenti Progetti PRP Area Vasta Emilia Centro</p> <p>Cabina di regia Applicazione PRP 2021-2025 Ausl Ferrara</p> <p>Referenti PRP Dipartimento Sanità Pubblica</p>	<p>Condivisione equità in pratica in epoca pandemica. Analisi dei processi organizzativi in epoca Covid19 Principali risultati del Progetto; Monitoraggio dell'impatto indiretto di COVID-19 sull'equità nell'assistenza</p> <p>Formazione Interaziendale: Metodologia dell'HEA applicata ai PDTA Carcinoma della Mammella e IMA con ST soprassivellato</p> <p>Area Vasta Emilia-Centro: Valutare e programmare in termini di equità: l'health equity audit applicato al Piano Regionale Prevenzione</p> <p>Formazione Dipartimento Sanità Pubblica: Metodologia dell'HEA applicata al PL 03 Screening oncologici nel PDTA Carcinoma della Mammella</p>	<p>2020</p> <p>2021</p> <p>2022</p> <p>2023</p>
<p>DGR 1943/2017 Requisiti Generali accreditamento strutture sanitarie</p>	<p>3) DIFFONDERE LE PRATICHE DI UMANIZZAZIONE CENTRATE SULLA PERSONA</p>	<p>Ricondurre al centro l'Uomo con la propria esperienza di malattia e i suoi vissuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ricognizione delle prassi di umanizzazione <input type="checkbox"/> Partecipazione alla Pubblicazione Regionale 	<p>Referenti Umanizzazione</p>	<p>Catalogo Prassi Umanizzazione: Agency (responsabilità) vs Passivity (passività): - La persona al centro del percorso di cura: Illness Management and Recovery - Non lasciamo sole le neomamme Sense making (dare senso) vs Loss of meaning (perdita di significato) : - Giardino terapeutico presso l'Hospice di Codigoro -Giardino bioenergetico presso la CRA Carlo Eppi di Portomaggiore Personal journey (percorso di vita) vs Loss of personal journey (discontinuità dell'esperienza): - Strada facendo» gruppi di cammino pazienti salute mentale (Centro Diurno Maccacaro) - Progetto vita indipendente Sense of place (familiarità dei luoghi) vs Dislocation (dislocazione,</p>	<p>2022-2024</p>

				smarrimento): - Accesso animali da affezione nelle strutture sanitarie - Pet therapy negli ospedali e nelle strutture socio-sanitarie Embodiment (oltre il corpo) vs Reductionist body (riduzione del corpo a oggetto da “sistemare”) - Ri Tratti di luce: rappresentazione dei vissuti della malattia oncologica attraverso scrittura, pittura, fotografia	
Piano Socio Sanitario 2022-2025	4) APPROCCIO DIALOGICO	Candidatura Ausl Distretto Centro Nord	Referenti: Responsabile SIFA, Referente Equità Facilitatori: coordinatori infermieristici Governance: Direzione professioni infermieristiche e tecniche; Referente MdG, Referente Equità	Percorso formativo 2023-2024: “L’approccio dialogico: strumenti per praticare l’integrazione nel sistema dei servizi	2023-2024
		Tema: IFeC correlato alle reti sociali e familiari in situazioni di multifattorialità del disagio sociale e comorbilità			

AZIONI A SUPPORTO DELL'EQUITA'

DOCUMENTI di RIFERIMENTO	OBIETTIVI	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	RISULTATO ATTESO	TEMPI
<p>Piano Socio Sanitario 2017-2019 Scheda 31 Miglioramento assistenza alla nascita</p> <p><i>Scheda 15</i> Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita e sostegno in particolari contesti di accudimento familiare</p> <p><i>Scheda 16</i> Sostegno alla Genitorialità</p>	<p>5) EQUITA' NEGLI INTERVENTI A SOSTEGNO DELL'INFANZIA E DELLA GENITORIALITÀ</p>	<p>1) Garantire l'equa distribuzione degli interventi di Accompagnamento alla nascita</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Corsi accompagnamento alla nascita <input type="checkbox"/> Punto di ascolto e sostegno "Ben arrivato piccolo mio!" <input type="checkbox"/> Progetto "Benessere mamma e bambino" <input type="checkbox"/> Sportello "E' nato" <p>2) Sostenere Progetto Allattamento materno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere la Formazione Allattare rilassate nei punti nascita e tra i PLS - Migliorare l'adesione (Nurturing care: contatto pelle a pelle, presenza quotidiana figura di supporto) - Migliorare l'informazione sul percorso nascita c/o Case della Salute, sito web aggiornato, MMG/PLS, Pediatria comunità; - Sostenere l'accompagnamento alla nascita (pre e post parto): Centro per le famiglie, Gruppi auto mutuo aiuto <p>3) Prevenire/affrontare la depressione post partum</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Screening gravidanza o a due mesi dal parto <input type="checkbox"/> Partecipazione al progetto di ricerca regionale da parte dei team interaziendali <input type="checkbox"/> Formazione / informazione del personale <input type="checkbox"/> Coinvolgimento delle donne a livello ospedaliero e territoriale. <p>4) Garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio alla dimissione adottando la lettera di dimissione con invio con progetto-sole.</p> <p>5) Promuovere Interventi di Home visiting per nuclei familiari a rischio. Offrire le visite a casa con interviste motivazionali per guidare le madri, aiutarle a identificare i loro punti di forza e risorse e fornire supporto e informazioni</p>	<p>Micro Board Interaziendale Percorso Nascita</p>	<p>1) Aumentare l'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita con particolare attenzione alle donne nullipare, straniere e a bassa scolarizzazione</p> <p>2) Miglioramento degli indicatori Regionali con un aumento del tasso di allattamento completo misurato alla dimissione e ai primi tre bilanci di salute (neonatale, 2 mesi, 5 mesi)</p> <p>3) Procedura di attivazione del sostegno domiciliare e l'eventuale presa in carico da parte dell'ambulatorio della depressione</p> <p>4) Attivazione della lettera di dimissione con allegata la scheda benessere della mamma, e dei referti dei contatti domiciliari.</p> <p>5) Offrire universalmente a tutte le madri le visite a casa dalla 28^a settimana gestazionale fino a quando il bambino ha raggiunto 2 anni</p>	<p>2019-2022</p>

DOCUMENTI RIFERIMENTO	OBIETTIVI	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	RISULTATO ATTESO	TEMPI
Piano Performance 2021-2025	6) PREVENZIONE DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE IN RISPOSTA ALLA FRAGILITA' ANZIANI, DISABILI E PAZIENTI PSICHIATRICI	<p>Rendere più ampie e attive le conoscenze delle persone sugli stili di vita</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ruolo delle Case della Salute <p>Sostenere i Progetti di inclusione</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Residenzialità Leggera: Abitare supportato, Case famiglia <input type="checkbox"/> Promozione Autonomia: Dopo di noi <p>Individuare e gestire la fragilità introducendo innovazioni nell'assistenza domiciliare e nuovi interventi di prossimità</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> il ruolo del MMG <input type="checkbox"/> integrazione dei servizi di supporto ADI/SAD <input type="checkbox"/> l'infermiere di territorio, <input type="checkbox"/> lo specialista a domicilio <input type="checkbox"/> la telemedicina <p>Formazione su progetti riabilitativi specifici (OTAGO), progetti sperimentali di inclusione (Alzheimer Disease International – Comunità "friendly")</p> <p>Integrazione socio-sanitaria nelle équipes multiprofessionali territoriali per la gestione dei casi complessi</p>	<p>Direttore Assistenza Socio Sanitaria</p> <p>DIT</p>	<p>Equità di accesso alla rete dei servizi, attraverso la presa in carico dei bisogni più complessi</p> <p>Omogeneità ed equità nei criteri di accesso ai servizi ed alle opportunità della rete, identificando i contenuti e i livelli qualitativi uniformi per tipologia di servizio</p> <p>Assistenza di prossimità vicino alla comunità di riferimento</p> <p>Creazione di interconnessioni tra Ospedali, Ospedali di Comunità, Case della Salute/Comunità, RSA, CRA, Hospice</p> <p>Rimodulare il servizio di assistenza domiciliare e RSA come vero e proprio servizio di gestione del paziente cronico e/o non autosufficiente, creando con il Medico di Medicina Generale un servizio di continuità assistenziale di prossimità, anche telefonico o telematico, efficace e con tracciabilità integrata attraverso il fascicolo sanitario e socio-sanitario elettronico, e ambulatori mobili per diagnosi e screening secondo le specificità territoriali.</p>	2021-2022

DOCUMENTI RIFERIMENTO	OBIETTIVI	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	RISULTATO ATTESO/ Indicatore	TEMPI
Piano Performance 2021-2025	7) AFFRONTARE LA MULTIDIMENSIONALITÀ DEI FENOMENI E LA VULNERABILITÀ SOCIALE NELLA SALUTE MENTALE	<input type="checkbox"/> Approccio basato sulla recovery che pone l'enfasi sul sostegno ed empowerment delle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali e sul contrasto alla cronicità (Team Integrati Dipartimentali, ETI minori e adulti, Illness Management Recovery)	Gruppo di lavoro DAISMDP	Trattamenti integrati interdisciplinari e multidimensionali centrati sul destinatario basati sulle evidenze e orientati alla recovery Recovery: accrescere negli utenti la capacità di gestire la propria malattia, individuare i propri obiettivi di recovery Prendere decisioni informate rispetto al proprio trattamento con l'acquisizione delle conoscenze e delle abilità necessarie	2021-2022
		<input type="checkbox"/> Uso di protocolli e pratiche basati su evidenze, che comprendono l'intervento precoce, l'inclusione dei principi riguardanti i diritti umani, il rispetto dell'autonomia dell'individuo e la salvaguardia della sua dignità (DBT, Social Skills Training, Psicoeducazione)	Gruppi di lavoro PDTA	PDTA Esordi psicotici e stati mentali a rischio in adolescenti e giovani PDTA Disturbi gravi di personalità PDTA Autismo adulto	2022-2023
Linee di Indirizzo della Regione Emilia Romagna per la "Promozione del Benessere e Prevenzione del Rischio in Adolescenza" Progetto Adolescenza (Del. 590/2013)	8) VULNERABILITA' EMERGENTI: ADOLESCENTI E GIOVANI	<input type="checkbox"/> Analisi delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi rilevando il gap trattamentale psicologico (60% dei pazienti seguiti dai servizi di secondo livello ha avuto accesso a meno di 1 prestazione al mese), attraverso la stima della domanda di trattamento distinta in primo e secondo livello degli adolescenti e giovani in trattamento presso i servizi NPIA; SMA; SerD, DCA, SPDC, Spazio Giovani.	Dipartimento Cure Primarie DAISMDP Promeco	Attivazione del Centro Adolescenti di primo livello a Ferrara: Riduzione dell'arrivo ai servizi in emergenza-urgenza e dell'accesso ai servizi di secondo livello; Mantenimento/ripristino del ruolo sociale e relazionale; empowerment familiare; Riduzione del periodo di sofferenza psichica non trattata	2021
		<input type="checkbox"/> Attivazione Centro Adolescenti Distretti Ovest e Sud Est	UOC Psicologia Clinica e di comunità	Equità territoriale	2023
		<input type="checkbox"/> Progetto Unità di transizione Distretto Ovest	UOC SPT distretto Ovest	Continuità terapeutica nella fase di passaggio tra la presa in carico della UONPIA e quella del CSM	2023-2024

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	OBIETTIVI	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	RISULTATO ATTESO	TEMPI
PRP 2021-2025 e Legge Regionale n. 19/2018.	9) DEFINIRE E AVVIARE ALMENO UNA PROCEDURA DI EQUITY ASSESSMENT, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI OBIETTIVI RELATIVI AL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE, ALLE INDICAZIONI DI CUI ALLA PARTE "EQUITA" DEL DOCUMENTO DI GOVERNANCE	<p>Applicazioni della metodologia dell'HEA al programma PL13 del PRP 2021-2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Costituzione gruppo di lavoro HEA: PL03 Screening oncologici Dipartimento Sanità pubblica <input type="checkbox"/> Formazione del Gruppo di lavoro al metodo HEA applicato agli Screening oncologici <input type="checkbox"/> Laboratorio Interaziendale per la definizione del profilo di equità 	<p>Cabina di regia Dipartimento Sanità Pubblica PRP 2021-2025</p> <p>Gruppo di lavoro Interaziendale: Core team PDTA mammella; Referenti dello screening; Psico-oncologo;; Mediatore culturale; Direzione gestione operativa; Associazioni di volontariato, associazioni culturali (cittadini stranieri), ADO Ufficio comunicazione;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formazione Gruppo di lavoro al metodo HEA applicato al PL03 Screening oncologici <input type="checkbox"/> Stesura del Profilo di equità dai dati di screening oncologici <input type="checkbox"/> Ampliamento del gruppo di lavoro con stakeholders territoriali <input type="checkbox"/> Piano delle Azioni di superamento delle diseguaglianze 	<p>2022</p> <p>2023</p> <p>2023</p>

AZIONI CORRELATE: MEDICINA DI GENERE

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	OBIETTIVI	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	RISULTATO ATTESO	TEMPI
<p>Ministero della Salute. Piano Nazionale per l'applicazione e diffusione della Medicina di genere. (in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018)</p>	<p>10) Applicazione Piano Nazionale MEDICINA DI GENERE</p>	<p>Garantire adeguati livelli di formazione e di aggiornamento di tutto il personale medico e sanitario in tema di Medicina di Genere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Costruire, validare e utilizzare strumenti dedicati alla formazione in Medicina di Genere, che siano efficaci e replicabili <input type="checkbox"/> Promuovere la consapevolezza sulle differenze di genere in ambito sanitario al fine di trasferire nelle attività professionali le acquisizioni e le competenze maturate <input type="checkbox"/> Rendere consapevoli e competenti gli operatori sanitari dell'impatto della dimensione di genere sul concetto di salute, di malattia, di benessere psicofisico <input type="checkbox"/> Migliorare le capacità di ascolto sulle tematiche di identità di genere ed orientamento sessuale; dal normocentrismo alla convivenza con le differenze <input type="checkbox"/> Formazione continua teorico-pratica per il personale di assistenza 	<p>SIFA Formazione Interaziendale Referenti equità Ausl e AospFe Referenti MdG Ausl e Aou Fe</p>	<p>Attivazione di almeno una iniziativa formativa in tema di medicina di genere ed equità con la partecipazione degli operatori compresi i medici convenzionati nel PAF annuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Convegno “Medicina Sesso Genere e Salute – un cambiamento culturale nelle aziende sanitarie” <input type="checkbox"/> Seminario “La Violenza oltre il Genere” Tavola rotonda Violenza di genere: azioni a confronto” <p>FAD Asincrone:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicina sesso genere e salute - Un cambiamento culturale nelle Aziende Sanitarie <input type="checkbox"/> Medicina di genere nella salute mentale <input type="checkbox"/> Medicina di genere nelle patologie oncoematologiche <input type="checkbox"/> Medicina di genere e percorsi assistenziali <input type="checkbox"/> Medicina di genere e patologie acute <input type="checkbox"/> Medicina di genere nelle patologie internistiche e in area specialistica <input type="checkbox"/> Medicina di genere e salute riproduttiva <input type="checkbox"/> Medicina di genere nelle patologie croniche <input type="checkbox"/> La violenza oltre il genere <p>Eventi formativi LGBTQ+ e salute mentale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sensibilizzazione e formazione per la promozione della salute e della integrazione <input type="checkbox"/> Buone prassi per l'assistenza sanitaria agli/alle utenti LGBTQ+ 	<p>2022-2024</p>

AZIONI CORRELATE: PARI OPPORTUNITA'

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	OBIETTIVI	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	RISULTATO ATTESO	TEMPI
<p>Art. 48 d.lgs. n. 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"</p> <p>Art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001, costituzione "Comitato Unico di Garanzia (CUG)"</p> <p>Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 del 2019, Piano triennale di azioni positive</p>	11) PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ	<p>Nomina del Presidente del CUG vice referente equità</p> <p>Allineamento del Piano Equità al Piano delle azioni positive</p> <p>Partecipazione alla divulgazione delle attività e delle funzioni del CUG attraverso percorsi formativi dedicati</p> <p>Valorizzazione e promozione delle pari opportunità</p>	Presidente CUG	<p><input type="checkbox"/> Approvazione del Piano delle Azioni Positive predisposto dal Comitato Unico di Garanzia dell'AUSL di Ferrara per il triennio 2021 – 2023</p> <p><input type="checkbox"/> Formazione professionisti Ausl FE: CUG, Medicina di genere e bilancio di genere</p> <p><input type="checkbox"/> Formazione professionisti AOU FE: CUG - Pari opportunità, equità e benessere nel lavoro e nella vita</p>	2022-2023
	12) DIVERSITY MANAGEMENT	<p>Assicurare la partecipazione del referente aziendale per l'equità agli incontri del gruppo di lavoro regionale sul diversity management</p> <p>Partecipazione alle Mappatura regionale delle prassi di Diversity Management</p>	Referente Equità Presidente CUG Referente MdG Gender Manager	<p><input type="checkbox"/> Rilevazione delle politiche e prassi di DM in Ausl e Aou FE</p> <p><input type="checkbox"/> Formazione professionisti sui temi del Diversity Management</p>	2023-2024
<p>Deliberazione Azienda USL di Ferrara n. 236 del 13/09/2022 "Approvazione del Progetto interaziendale per la Parità di Genere presso l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara", con la quale viene nominato il Gender Manager interaziendale.</p>	13) BILANCIO DI GENERE E CERTIFICAZIONE AZINEDALE SULLA PARITA' DI GENERE	<p>Bilancio di genere: rendicontazione sociale dell'integrazione di una prospettiva di genere nella programmazione economica delle politiche pubbliche</p>	Gender Team Ausl e AOU Ferrara coordinato dal Gender manager interaziendale	<p><input type="checkbox"/> Bilancio di Genere Ausl FE</p> <p><input type="checkbox"/> Bilancio di Genere Azienda Ospedaliero Universtaria FE</p> <p><input type="checkbox"/> Certificazione sulla parità di genere: Realizzare nella sezione "Dati ulteriori" dell'Amministrazione trasparente" uno spazio informativo "Trasparenza di genere" contenente dati aggiornati e disaggregati per genere e indicatori rilevanti per le politiche di genere, in formato che ne consenta l'indicizzazione.</p>	2022-2024

AZIONI CORRELATE: PROGETTO AZIENDA SANITARIA DIGITALE

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	OBIETTIVI	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	RISULTATO ATTESO	TEMPI
Ausl Ferrara, Direzione Sanitaria Aziendale, Procedura "Erogazione di prestazioni ambulatoriali da remoto – Videovisita, nr. 9130, vers. 1 del 18/05/2022	13) PROGETTO AZIENDA SANITARIA DIGITALE	<input type="checkbox"/> Accoglienza digitale	Responsabile Direzione Applicativi Territoriali e Amministrativi	<input type="checkbox"/> Accesso a informazioni sulle strutture sanitarie, ai servizi di prenotazione e consultazione dei documenti clinici, prenotazioni, consultazione referti, possibilità di pagare online, inserimento di documenti sanitari <input type="checkbox"/> Procedura Videovisita <input type="checkbox"/> Procedura Retinografia <input type="checkbox"/> Procedura Telecardiologia <input type="checkbox"/> Procedura Teleconsulto in carcere <input type="checkbox"/> Videovisita diabetologia in carcere <input type="checkbox"/> Procedura Telemedicina DAISMDP	2022-2023

A cura di

Cristina Sorio - Referente Board Equità

Cinzia Pizzardo - Presidente CUG - Vice Referente Board Equità

Valentina Buriani - Referente Medicina di genere

Silvia Foglino – Gender Manager

In collaborazione con il Board Equità