



Il profilo aziendale

CAPITOLO

2

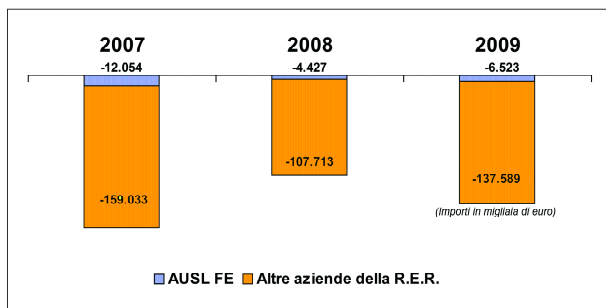
Hanno collaborato alla stesura di questo capitolo:

Stefano Carlini, Oliviero Beni, Maria Chiara Tassinari, Andrea Persanti, Alberto Tinarelli, Orazio Buriati, Marisa Cova, Salvatore Minisci, Chiara Berardelli, Mauro Manfredini, Sandro Guerra, Valerio Parmeggiani, Chiara Benvenuti, Felice Maran, Chiara Bongiovanni, Leda Rossi, Alessandra Galletti, Caterina Pareschi, Salvatore Strano, Maria Rosaria Certosino, Cristina Sorio, Maria Luisa Garofani, Adello Vanni, Michele Greco, Anna Campi, Paola Scannavacca, Marcello Cellini, Chiara Civolani, Rita Borghi, Daniela Vassalli, Carlo Zanotti, Adelina Ricciarelli, Vincenzo Michelini, Sara Castellari, Emanuela Montanari.

Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

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



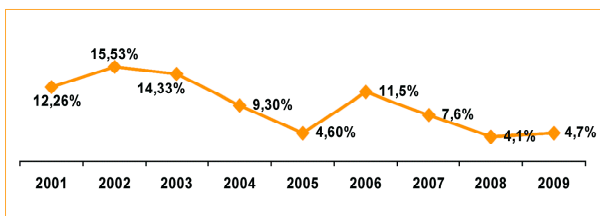
RISULTATI NETTI D'ESERCIZIO AUSL FERRARA A CONFRONTO CON RISULTATI R.E.R.

Fonte dati: Regione Emilia-Romagna.

La Regione Emilia Romagna, per l'anno 2009 ha fissato in capo all' Azienda USL di Ferrara l'obiettivo di conseguire un risultato economico pari o superiore alle quote di ammortamento di tutti i beni ad utilità ripetuta al 31/12/2009, che corrisponderebbe nel caso specifico ad una perdita pari a 6,9 milioni di euro.

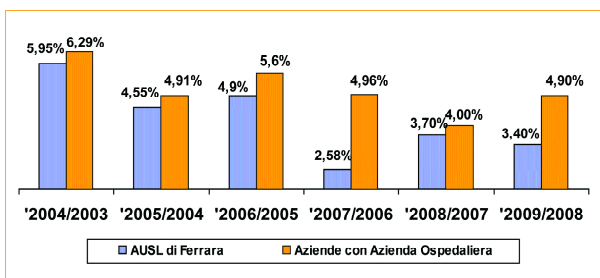
Nel 2009 il risultato economico, conseguito, raggiunge l'obiettivo dato. Si registra, infatti, una perdita di 6,5 milioni di euro contro un valore di quote di ammortamento non coperte da finanziamento pari a 6,9 milioni di euro circa, migliorando quindi il traguardo di circa 0,4 milioni di euro.

**INCIDENZA DEI RISULTATI
DI ESERCIZIO AUSL FERRARA
SUI RISULTATI D'ESERCIZIO
COMPLESSIVI R.E.R.**

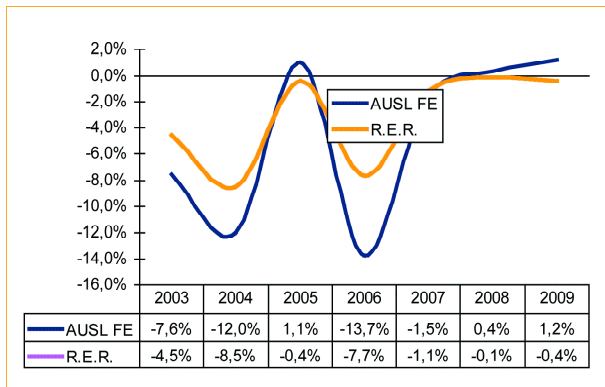


Volendo considerare l'andamento dell'aggregato economico corrispondente ai costi di produzione, si nota che l'Azienda USL di Ferrara ha sempre prodotto dal 2004 al 2009 un minor incremento rispetto alla media delle Aziende Sanitarie territoriali, caratterizzate dalla presenza di un'Azienda Ospedaliera nel territorio di riferimento.

**INCREMENTO %
DEI COSTI**



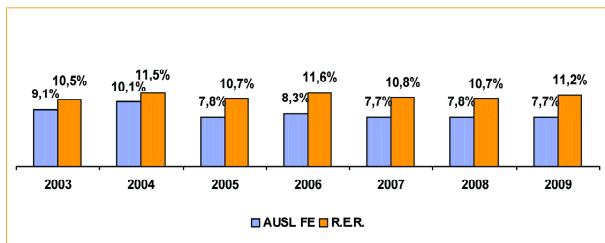
Il grado di performance della gestione caratteristica dell'Azienda può essere misurato attraverso il rapporto tra quest'ultima e i ricavi disponibili. Per l'Azienda USL di Ferrara l'andamento dell'indicatore è decrescente, fino al 2004, invertendo drasticamente direzione nel 2005 a causa del forte incremento del finanziamento regionale, che le ha consentito di superare la media delle Aziende di riferimento (+1,1% contro -0,4%); dopo un 2006 decisamente negativo, dal 2007 l'indicatore si sovrappone alla media regionale e nel 2008 addirittura lo supera.



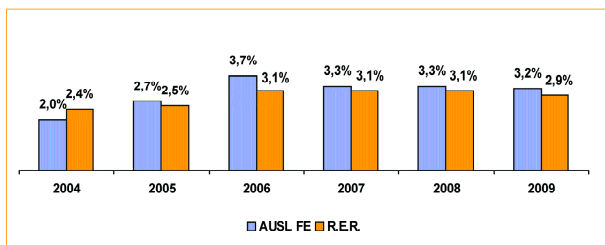
GRADO DI PERFORMANCE DELLA GESTIONE CARATTERISTICA

Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili

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

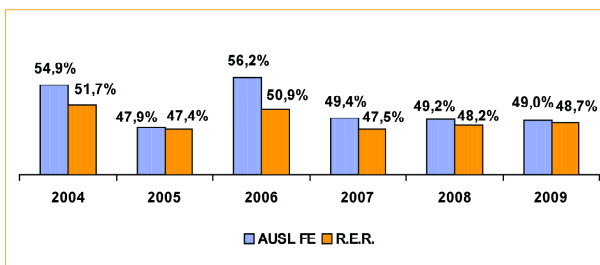


BENI DI CONSUMO SU RICAVI DISPONIBILI

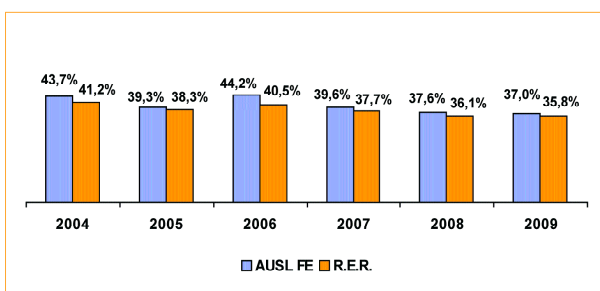


BENI STRUMENTALI SU RICAVI DISPONIBILI

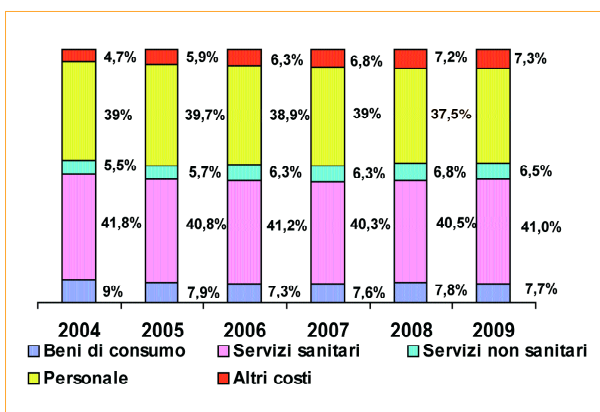
SERVIZI SU RICAVI DISPONIBILI



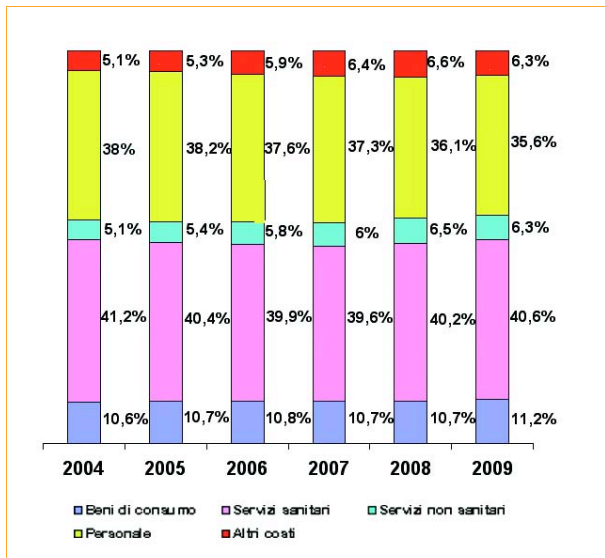
COSTO DEL LAVORO SU RICAVI DISPONIBILI



COMPOSIZIONE % DEI COSTI D'ESERCIZIO AUSL FERRARA



**COMPOSIZIONE %
DEI COSTI D'ESERCIZIO - R.E.R.**



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

SALDI DI MOBILITÀ

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

Mobilità sanitaria infraregionale

Anno 2008	Passiva infra RER	Attiva Infra RER	Attiva infra RER AOSP	Saldo
Degenze (privato e pubblico)	28.164.847	8.842.979	9.258.191	-10.063.677
Specialistica	2.997.679	2.247.779	1.684.775	934.876
	31.162.525	11.090.759	10.942.966	-9.128.801
Farmaceutica	1.281.163	1.051.534	-	-229.629
Distribuzione diretta	1.680.117	46.156	1.902.866	268.906
Medici di Base	263.575	138.654		-124.920
	34.387.380	12.327.104	12.845.832	-9.214.444
Anno 2007	Passiva infra RER	Attiva Infra RER	Attiva infra RER AOSP	Saldo
Degenze (privato e pubblico)	28.140.596	8.829.413	9.950.848	-9.360.335
Specialistica	2.748.846	1.918.540	1.432.450	602.144
	30.889.442	10.747.953	11.383.298	-8.758.191
Farmaceutica	1.081.757	932.415	-	-149.342
Distribuzione diretta	1.533.998	41.684	2.891.611	1.399.297
Medici di Base	249.188	141.014		-108.174
	33.754.385	11.863.066	14.274.909	-7.616.410
Anno 2006	Passiva infra RER	Attiva Infra RER	Attiva infra RER AOSP	Saldo
Degenze (privato e pubblico)	28.758.150	8.263.296	8.694.023	-11.801.831
Specialistica	2.919.626	1.799.282	1.398.039	277.695
	31.677.776	10.062.578	10.091.062	-11.524.136
Farmaceutica	1.144.922	737.143	-	-407.779
Distribuzione diretta	1.375.415	36.088	2.813.250	1.473.923
Medici di Base	225.171	147.624	-	-77.547
	34.423.284	10.983.433	12.904.312	-10.535.539

Alla voce:

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

"Attiva" si comprende la produzione delle strutture pubbliche e private verso cittadini non residenti nella provincia.

Mobilità sanitaria extraregionale

Anno 2008	Passiva infra RER	Attiva Infra RER	Attiva infra RER AOSP	Saldo
Degenze (privato e pubblico)	19.600.501	4.665.674	20.618.536	5.683.710
Specialistica	7.293.393	858.181	3.057.333	-3.377.879
	26.893.894	5.523.855	23.675.869	2.305.831
Farmaceutica	304.377	480.520	-	176.143
Distribuzione diretta farmaci	768.199	57.158	2.457.499	1.746.458
Medici di Base	82.079	139.526	-	57.447
Trasporti	95.875	253.350	-	157.475
Termale	531.179	-	-	-531.179
	28.675.604	6.454.410	26.133.368	3.912.174

Anno 2007	Passiva infra RER	Attiva Infra RER	Attiva infra RER AOSP	Saldo
Degenze (privato e pubblico)	19.280.697	6.251.104	20.294.228	7.264.635
Specialistica	6.592.837	786.361	2.382.124	-3.424.352
	25.873.534	7.037.465	22.676.352	3.840.283
Farmaceutica	298.465	469.427	-	170.962
Distribuzione diretta farmaci	568.268	33.243	2.942.905	2.407.880
Medici di Base	75.964	140.145	-	64.181
Trasporti	101.004	260.100	-	159.096
Termale	540.572	-	-	-540.572
	27.457.807	7.940.380	25.619.257	6.101.830

Anno 2006	Passiva infra RER	Attiva Infra RER	Attiva infra RER AOSP	Saldo
Degenze (privato e pubblico)	20.769.494	4.283.546	19.237.588	2.751.640
Specialistica	5.484.496	851.022	2.099.935	-2.533.539
	26.253.990	5.134.568	21.337.523	218.101
Farmaceutica	335.620	517.970	-	182.350
Distribuzione diretta farmaci	518.050	3.825	2.624.793	2.110.568
Medici di Base	87.359	116.391	-	29.032
Trasporti	81.536	224.631	-	-
	27.276.555	5.997.385	23.962.316	2.540.051

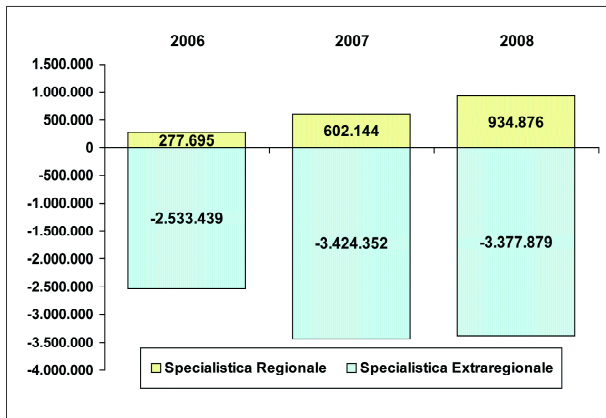
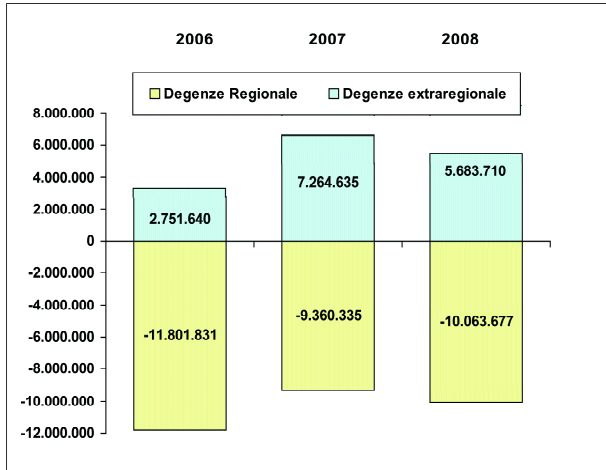
Alla voce:

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

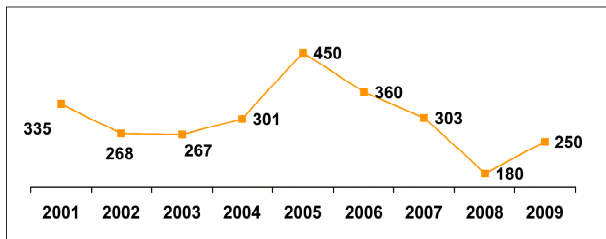
"Attiva" si comprende la produzione delle strutture pubbliche e private verso cittadini non residenti nella provincia.



**SALDI DELLA MOBILITÀ
EXTRA-PROVINCIALE**



SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA



**DURATA DEI DEBITI:
TEMPI DI PAGAMENTO
DEI DEBITI CON FORNITORI**
(l'indicatore migliora
se diminuisce di valore)

L'andamento della durata dei debiti verso i fornitori dell'Azienda è strettamente correlato alla difficile situazione finanziaria, determinatosi su scala nazionale, per le mancate corrisposizioni per cassa alle Regioni delle quote di Fondo Sanitario Nazionale, con particolare riguardo agli anni 2005 e 2006. La carenza di fondi ha determinato, a cascata per tutte le aziende sanitarie, un aumento dell'ammontare del debito scaduto e un progressivo allungamento dei tempi di pagamento verso i fornitori, raggiungendo l'apice negli anni 2005 e 2006. Il grafico evidenzia un miglioramento della situazione per l'anno 2007 e considerevolmente per l'anno 2008. Ciò ha consentito di fronteggiare, temporaneamente, la gestione dell'indebitamento riducendo i tempi di durata dei debiti e il livello di contenzioso permettendo, inoltre, di mitigare ulteriori passività per interessi di mora a carico dei bilanci aziendali.

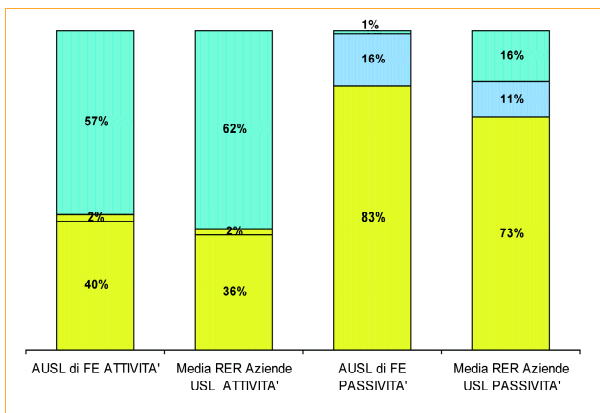
SOSTENIBILITÀ PATRIMONIALE

Composizione percentuale dello Stato patrimoniale classificato in chiave finanziaria

Le tabelle seguenti pongono in relazione l'attivo ed il passivo patrimoniale in termini di liquidità finanziaria, ossia classificano le diverse componenti (attive e passive) in relazione a quanto mediamente impiegheranno nel trasformarsi in denaro disponibile o in denaro da rimborsare

UFE			
2009			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	40%	83%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	16%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilitazioni	57%	1%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

RER			
2009			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	36%	73%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	11%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilitazioni	62%	16%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



La Media delle Aziende USL fa riferimento alle Aziende Usi con Azienda Ospedaliera nel territorio di riferimento.

Per l'Azienda USL di Ferrara a fronte di un passivo composto per il 83% da debiti a breve termine, l'attivo presenta una composizione che per il 40% fa riferimento a liquidità immediate o differite, il che significa:

- le immobilizzazioni, che rappresentano il 57% dell'attivo, sono più che finanziate da debiti a breve termine;
- bi debiti di breve termine sono rimborsabili integralmente solo facendo ricorso alla liquidazione di immobilizzazioni.

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

Investimenti attivati	2007	2008	2009
Software	315.325	215.930	468.552
Costi per migliorie apportate a beni di terzi	2.357.911	94.891	365.506
Acconti a fornitori per immobilizzazioni immateriali			
Fabbricati strumentali	1.895.296	6.345.849	4.827.431
Impianti e macchinari			84000
Attrezzature sanitarie e informatiche	1.415.519	1.225.336	1.857.544
Mobili e arredi	451.162	225.224	1.142.558
Beni di valore artistico	41.260		
Automezzi	193.234	117.964	66.068
Altri beni mobili	235.301	136.387	161.503
TOTALE	6.905.008	8.361.581	8.973.162

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

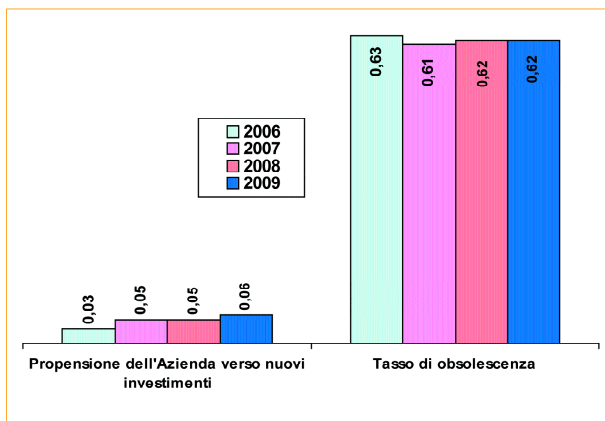
(*) Al 31/12/2009 risultano euro 30.908.480 di immobilizzazioni in corso e acconti.

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

	2009	2008	2007	2009	2008	2007
Nuovi investimenti	8.973.162	8.361.581	6.905.008	0,06	0,05	0,05
Valore immobilizzazioni	155.50.000	148.826.000	135.357.597			

Tasso di Obsolescenza

	2009	2008	2007	2009	2008	2007
Totale investimenti lordi	250.541.404	236.751.368	222.119.931	24,95	21,17	20,59
Ammortamenti	10.039.157	11.184.147	10.789.252			
Valore residuo delle immobilizzazioni	155.449.182	148.826.000	135.357.596	0,62	0,62	0,61
Totale investimenti lordi	250.541.404	236.751.368	222.119.931			



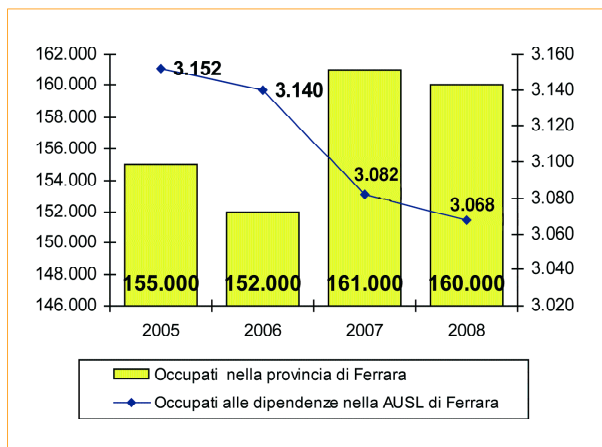
Il rapporto tra i nuovi investimenti e il valore patrimonio immobiliare indica la propensione dell'Azienda ad effettuare nuovi investimenti: questo valore appare sostanzialmente costante nel triennio.

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

Impatto sul contesto territoriale

IMPATTO SUL CONTESTO TERRITORIALE

Stato occupazionale



Fonte: elaborazione ufficio statistico della Provincia di Ferrara.

Dal grafico sopra riportato si evince come gli occupati alle dipendenze dell'Azienda USL di Ferrara siano costantemente diminuiti dal 2005 al 2006, in linea con l'andamento della Provincia di Ferrara. Nel 2007 gli occupati non alle dipendenze della provincia di Ferrara sono aumentati del 23%, mentre quelli alle dipendenze sono rimasti stabili. Il 2008 ripropone di nuovo il trend di calo dei precedenti anni.

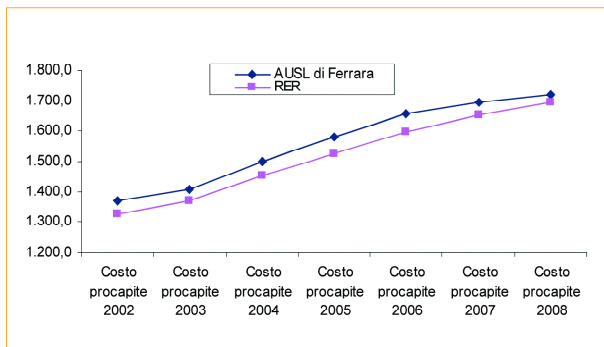
Livelli Essenziali di Assistenza

GLI IMPIEGHI DELLE RISORSE ECONOMICHE

Costo pro-capite ponderato

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

Azienda	Pro-capite 2005	Pro-capite 2006	Pro-capite 2007	Pro-capite 2008
Usl Pc	1.590,28	1.641,42	1.695,30	1.725,29
Usl Pr	1.444,35	1.488,82	1.565,31	1.620,44
Usl Re	1.432,70	1.481,68	1.565,76	1.609,53
Usl Mo	1.474,81	1.591,32	1.652,60	1.681,93
Usl Bo	1.552,4	1.634,18	1.669,09	1.706,63
Usl Imola	1.617,96	1.642,44	1.700,78	1.748,24
Usl Fe	1.579,44	1.658,01	1.695,09	1.717,87
Usl Ra	1.604,83	1.667,16	1.697,61	1.746,78
Usl Fo	1.547,32	1.614,85	1.701,36	1.823,77
Usl Ce	1.551,77	1.643,37	1.701,17	1.747,12
Usl Rn	1.491,35	1.548,29	1.611,34	1.657,93
RER	1.523,48	1.595,27	1.650,92	1.693,83



La spesa procapite dell'Azienda USL di Ferrara nel 2008 è pari a 1.717,87 euro (+2,19% rispetto al 2007) contro una media regionale di 1.690,69 (+3,68% rispetto al 2007).

Finanziamento pro capite ponderato per i cittadini residenti

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

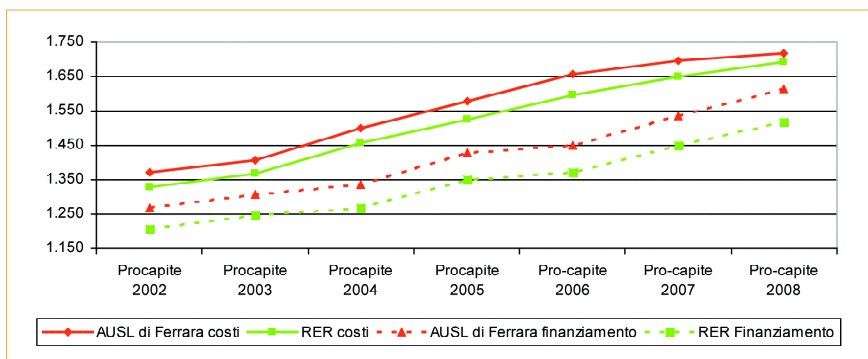
Aziende	2005	2006	2007	2008
Piacenza	1.352,32	1.432,90	1.508,73	1.573,84
Parma	1.350,81	1.402,32	1.484,88	1.546,54
Reggio Emilia	1.343,20	1.316,95	1.380,54	1.441,12
Modena	1.348,91	1.317,51	1.395,12	1.465,62
Bologna	1.351,08	1.399,72	1.489,10	1.562,58
Imola	1.350,21	1.372,50	1.448,96	1.507,26
Ferrara	1.353,69	1.449,88	1.535,67	1.614,54
Ravenna	1.347,43	1.396,38	1.472,04	1.539,41
Forlì	1.349,06	1.411,98	1.482,95	1.550,86
Cesena	1.341,98	1.300,78	1.373,88	1.442,21
Rimini	1.345,85	1.289,90	1.366,81	1.437,53
Totale Regione	1.348,96	1.370,73	1.449,20	1.517,62

Per il 2008 il finanziamento per livelli di assistenza è stato ricalcolato inserendo il contributo del FSR alla costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (211,270 milioni a livello regionale). Il 2008 a tutti gli effetti risulta in questo modo confrontabile con gli anni precedenti.

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

	AUSL di Ferrara costi	RER costi	AUSL di Ferrara finanziamento	RER finanziamento
Pro-capite 2003	1.407,87	1.366,92	1.308,27	1.246,36
Pro-capite 2004	1.500,92	1.455,63	1.336,97	1.267,88
Pro-capite 2005	1.579,44	1.523,48	1.426,83	1.348,96
Pro-capite 2006	1.658,01	1.595,27	1.449,88	1.370,73
Pro-capite 2007	1.695,09	1.650,92	1.535,67	1.449,20
Pro-capite 2008	1.717,87	1.693,83	1.614,54	1.517,62

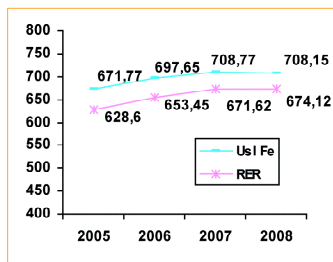
Nel grafico seguente si evidenzia che l'andamento progressivo nel tempo dei costi e dei finanziamenti, segue sostanzialmente la media regionale; in particolare è evidente che nel 2006 la crescita dei costi è stata maggiore rispetto al finanziamento, sia a livello regionale che a livello locale.



Area della degenza ospedaliera

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

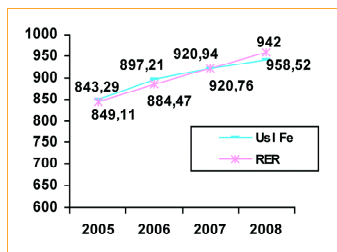
Azienda	Pro-capite 2005	Pro-capite 2006	Pro-capite 2007	Pro-capite 2008
Usl Pc	657,63	657,42	669,30	671,58
Usl Pr	619,67	625,27	643,98	679,40
Usl Re	604,43	617,02	639,22	650,94
Usl Mo	639,97	702,82	713,61	679,38
Usl Bo	635,82	647,02	661,76	672,82
Usl Imola	621,76	643,38	663,50	669,22
Usl Fe	671,77	697,65	708,77	708,15
Usl Ra	634,5	650,64	671,92	678,32
Usl Fo	583,17	622,30	673,83	721,77
Usl Ce	629,78	676,86	702,16	649,10
Usl Rn	604,94	612,51	635,73	635,35
RER	628,6	653,45	671,62	674,12



L'Azienda USL di Ferrara, ha speso complessivamente nel 2008 un importo pari a 272.153.000 euro per garantire l'assistenza ospedaliera ai propri cittadini, posizionandosi al primo posto in termini di risorse pro capite consumate. Nel corso del periodo il costo pro-capite ponderato è rimasto al di sopra dei valori medi regionali: il costo procapite, nel 2008, sia per Ferrara che per la media regionale, è rimasto pressochè stabile rispetto al 2007.

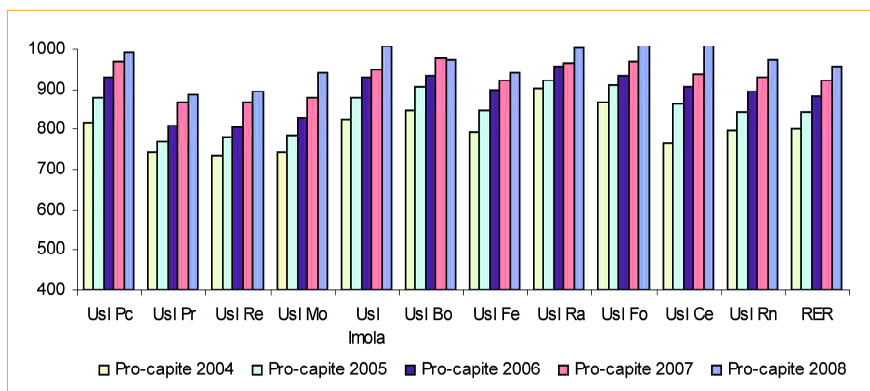
Area Distrettuale

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



Azienda	Pro-capite 2005	Pro-capite 2006	Pro-capite 2007	Pro-capite 2008
UsI Pc	880,95	927,95	968,57	992,99
UsI Pr	771,21	807,54	866,62	888,26
UsI Re	780,03	805,75	866,57	894,19
UsI Mo	786,17	829,47	879,55	942,49
UsI Bo	878,84	930,86	947,77	972,44
UsI Imola	905,62	935,37	975,83	1.008,42
UsI Fe	849,11	897,21	920,94	942,00
UsI Ra	922,19	956,98	965,42	1.005,45
UsI Fo	911,28	931,82	968,47	1.034,18
UsI Ce	865,13	905,29	935,93	1.027,49
UsI Rn	842,36	893,14	930,94	973,51
RER	843,29	884,47	920,76	958,52

COSTO PRO-CAPITE PONDERATO AREA DISTRETTUALE

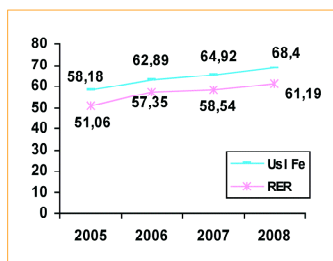


Per garantire l'assistenza distrettuale nel proprio territorio, l'Azienda USL di Ferrara, nel 2007 ha consumato risorse per complessivi 342.316.000 euro; rispetto alle altre Aziende territoriali si posiziona al settimo posto in termini di costo ponderato pro-capite.

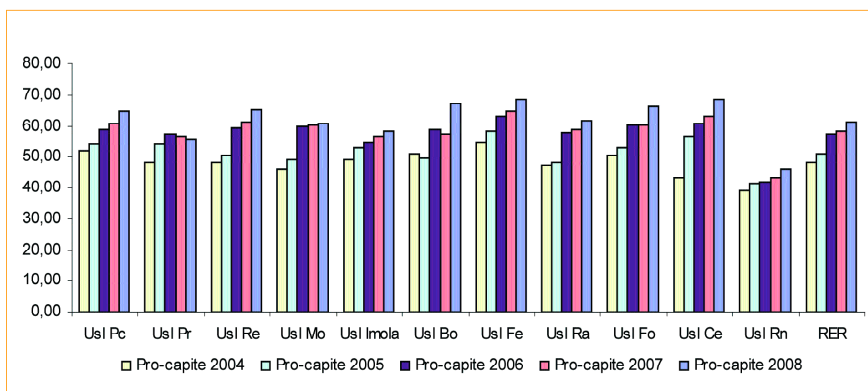
Area della Sanità Pubblica

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

Azienda	Pro-capite 2005	Pro-capite 2006	Pro-capite 2007	Pro-capite 2008
Usl Pc	54,13	58,77	60,64	64,91
Usl Pr	54,15	57,38	56,72	55,45
Usl Re	50,35	59,31	61,27	65,11
Usl Mo	49,37	59,76	60,29	60,52
Usl Bo	52,85	54,58	56,70	58,52
Usl Imola	49,78	58,98	57,50	67,33
Usl Fe	58,18	62,89	64,92	68,40
Usl Ra	48,08	57,80	58,73	61,67
Usl Fo	52,89	60,07	60,15	68,73
Usl Ce	56,42	60,58	63,02	68,71
Usl Rn	41,35	41,93	43,43	46,20
RER	51,06	57,35	58,54	61,19



COSTO PRO-CAPITE PONDERATO SANITÀ PUBBLICA

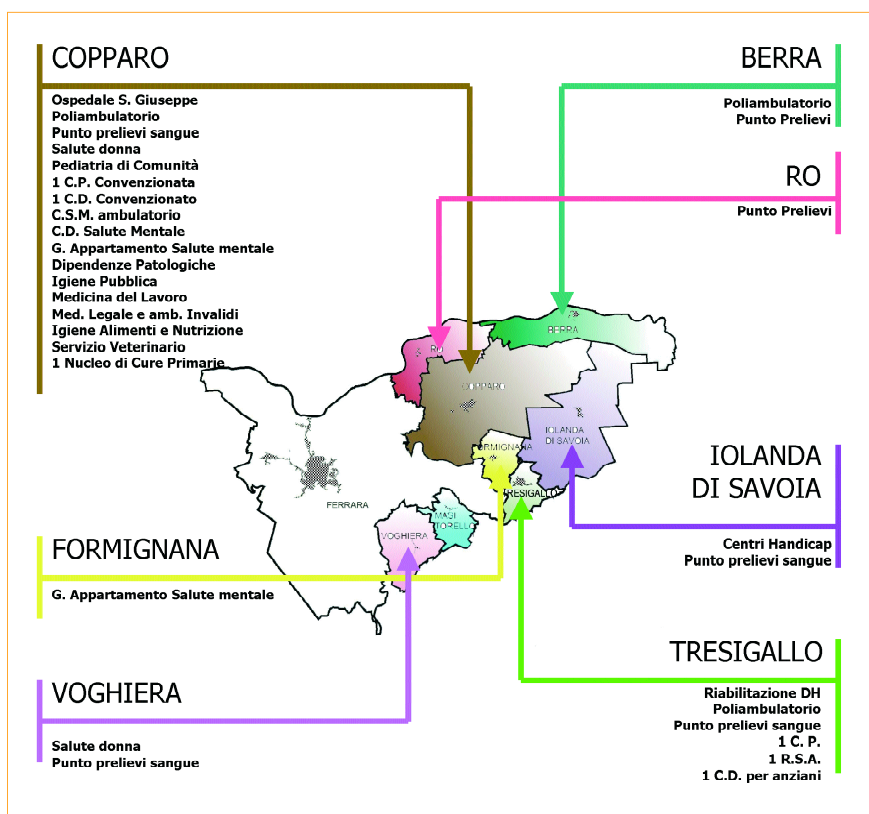


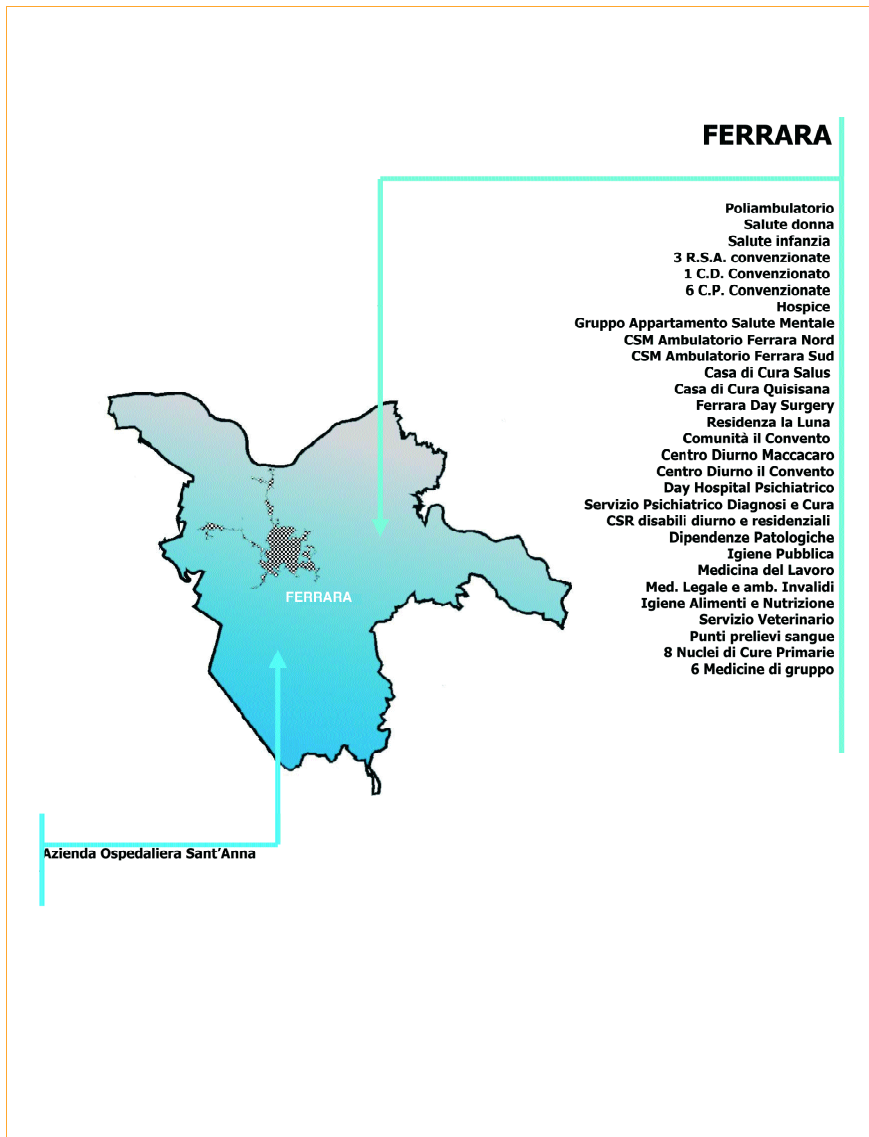
Per garantire la funzione di sanità pubblica nel proprio territorio, l'Azienda USL di Ferrara, nel 2008 ha consumato risorse per complessivi 22.841.000 euro; rispetto alle altre Aziende territoriali si posiziona al secondo posto in termini di costo ponderato pro-capite. Nel corso del triennio, quest'ultimo indice è rimasto costantemente al di sopra del valore medio regionale.

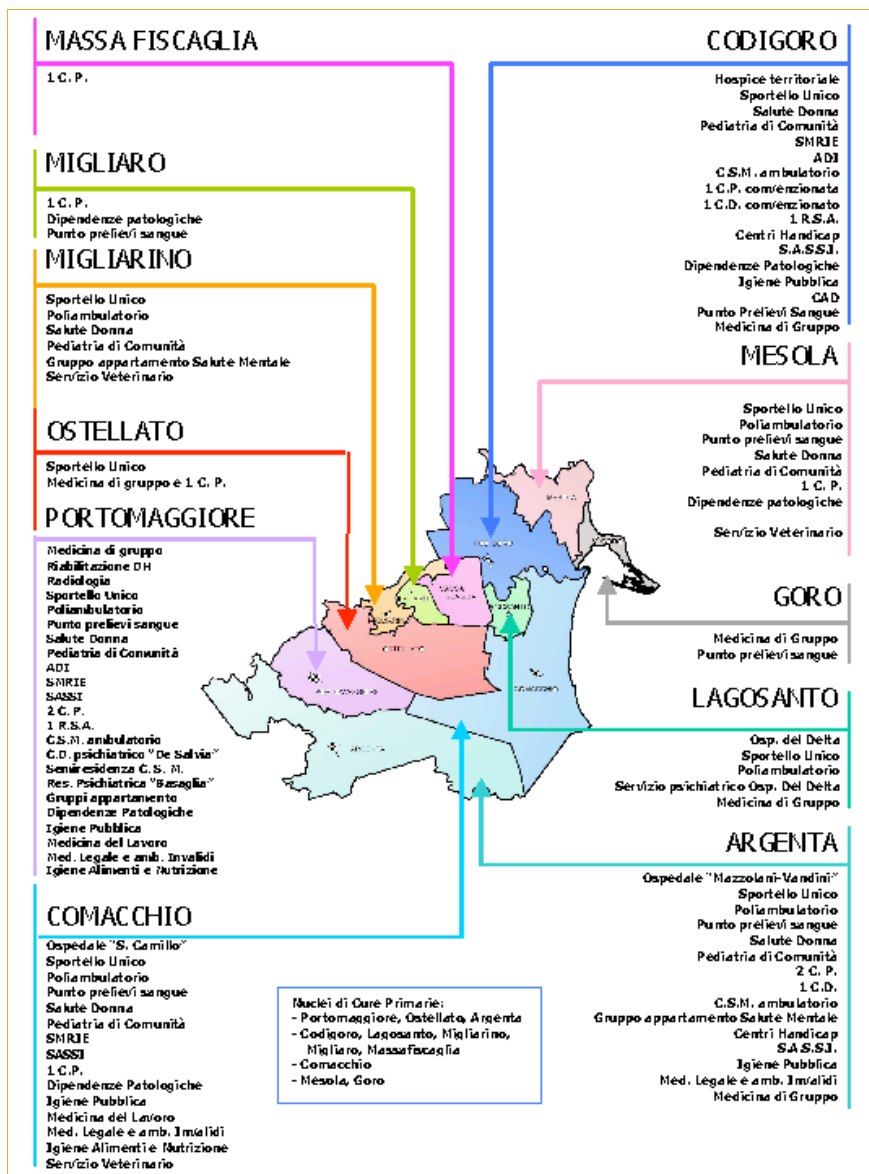
LE STRUTTURE DI OFFERTA DEI DISTRETTI

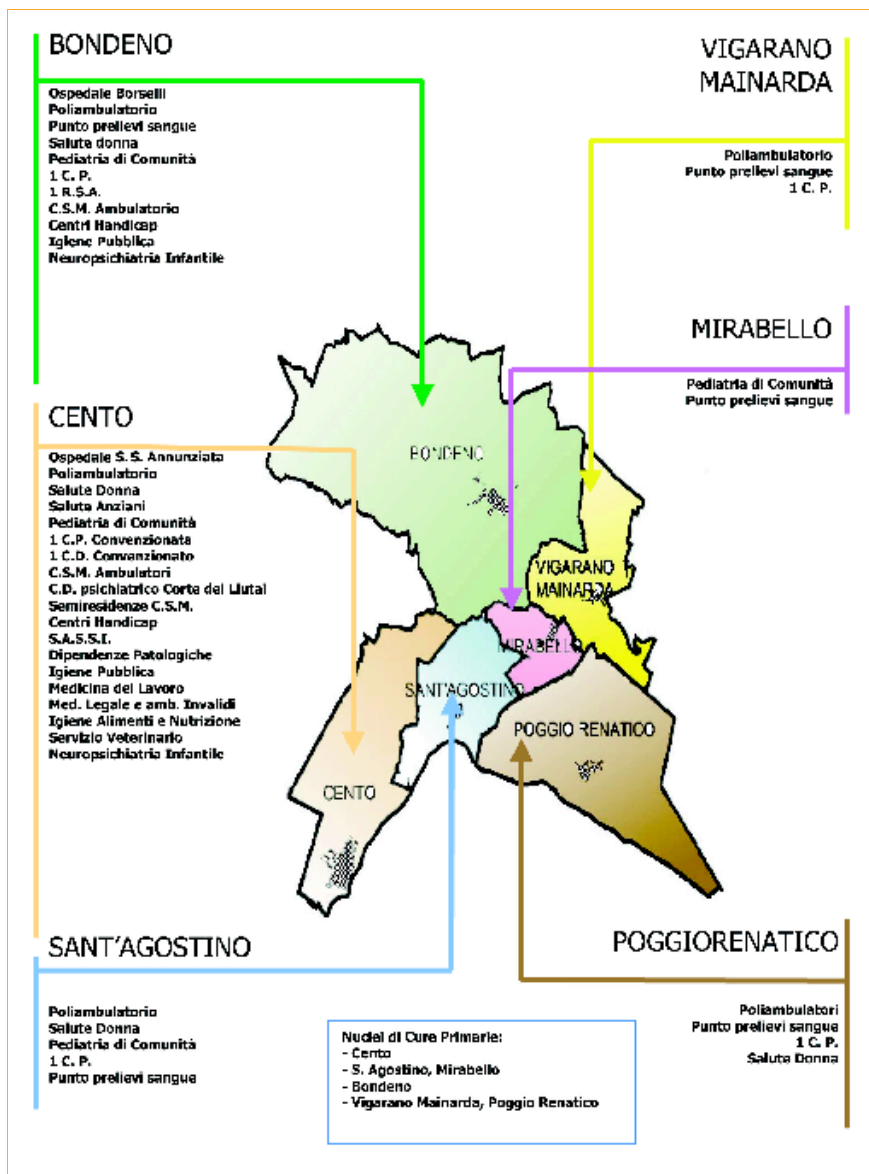
Il grafico successivo mostra i comuni compresi nell'ambito territoriale del Distretto, indicando le strutture sanitarie presenti sul territorio distrettuale:

- **i Presidi Ospedalieri;**
- **i Servizi Territoriali,** quali i Consultori pediatrico e familiare, i Nuclei di Cure Primarie, i Poliambulatori, i Servizi per le Dipendenze Patologiche, i Servizi Assistenziali Socio-Sanitari Integrati (S.A.S.S.I.), i Centri Diurni per Anziani (C.D.), i Centri di Salute Mentale (C.S.M.), i Gruppi Appartamento della Salute Mentale, i Centri Diurni della Salute Mentale;
- **le altre residenze sanitarie,** quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.), le Case Protette (C.P.), le Residenze Sanitarie Psichiatriche, gli Hospice.









IL DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA

Prevenzione e tutela della salute

Programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, della mammella e del colon retto.

I programmi di screening sono interventi di prevenzione complessi la cui organizzazione è articolata in varie fasi. Sono programmi in cui la popolazione, residente e domiciliata, nella fascia di età considerata a maggior rischio, viene invitata ad aderire volontariamente ed in forma gratuita allo screening. La struttura sanitaria, partendo da un invito personalizzato, prende in carico il destinatario dell'intervento garantendo un percorso che si estende dalla diagnostica di primo livello ad ogni successiva fase assistenziale (approfondimento diagnostico, trattamento e follow up).

Talvolta infatti dopo l'esecuzione del test diagnostico di base si rendono necessari, per i soggetti con referto positivo, accertamenti di approfondimento e adeguati percorsi assistenziali con la presa in carico dell'utente sulla base di protocolli condivisi. Nei casi in cui l'esito sia negativo la persona, per la fascia di età di riferimento, rientra in un programma di controlli definiti a scadenza periodica, tramite invito spedito a domicilio.

SCREENING DEI TUMORI DELLA CERVICE UTERINA

Il programma di screening in oggetto è stato avviato nel 1996, dal mese di ottobre 2008 è in corso il quinto round triennale organizzativo con uno stato di avanzamento pari al 97,8%; la conclusione è prevista a settembre 2011.

La popolazione target interessata nel round triennale è di circa 103.000 donne; nel corrente anno 2010 saranno invitate, tramite convocazione postale, ad eseguire il test di screening (pap test) circa 34.000 donne residenti e domiciliati, in fascia di età 25-64 anni.

Le donne non rispondenti all'invito, in accordo alle procedure stabilite, sono richiamate con sollecito a distanza di tre mesi dall'invito.

Dati di attività anno 2009

Donne invitate	32.394
Adesione	62%
Test eseguiti	20.182
di cui: test non negativi	856

Le procedure di acquisizione del nuovo software per la gestione dello screening sono state completate e si sta procedendo ora ad implementarne l'uso. È stato ultimato il recupero e trasferimento della banca dati, relativa a tutti gli anni di attività e a tutte le persone coinvolte nello screening.

L'adeguatezza del nuovo programma permetterà una puntuale gestione informatizzata dei dati garantendone l'affidabilità e assicurando la corretta gestione dei flussi informativi. Ciò consentirà inoltre, anche a seguito della istituzione del Dipartimento interaziendale ICT, di migliorare la gestione dei dati tra le due aziende sanitarie.

A seguito della completa realizzazione di un progetto di modernizzazione e sperimentazione nel contesto della diagnostica, avviato nel 2004, la tecnica di allestimento utilizzata per il pap test è quella su strato sottile; questa tecnica, sostitutiva dello striscio classico, consente di analizzare meglio le cellule prelevate e di migliorare la sensibilità del pap test. Infatti, i valori predittivi positivi sono passati dal 73,5% con il prelievo convenzionale al 87,5% con il prelievo ora in uso su strato sottile.

Questa metodica ha permesso inoltre di consolidare pienamente l'uso del test HPV-DNA per la gestione delle citologie equivoche del tipo ASCUS ed è da ritenersi di grande importanza per la prevenzione.

SCREENING DEI TUMORI DELLA MAMMELLA

Questo programma di screening è stato avviato nel 1997 e nell'anno in corso è attivo il sesto round biennale organizzativo che presenta uno stato di avanzamento pari al 98%.

Il test diagnostico di screening (mammografia) viene regolarmente offerto alla popolazione target annuale che nel 2009 era di circa 25.300 donne residenti e domiciliate in età compresa tra 50 e 69 anni.

Le donne non rispondenti all'invito, in accordo alle procedure stabilite, sono richiamate con sollecito.

Dati di attività anno 2009

Donne invitate	18.990
Adesione	75%
Mammografie eseguite	14.242
di cui richiamate per approfondimenti	524

La recente programmazione regionale con Delibera Regionale n. 1035 del 20/07/2009 prevede, a partire da gennaio 2010, una estensione del programma gratuito di screening mammografico ad altre fasce di età includendo così la popolazione femminile 45-49 anni (con cadenza annuale, pari a circa 14.000 donne) e 70-74 anni (con cadenza biennale, pari a circa 12.330 donne).

Ciò comporta l'inevitabile incremento dei carichi di lavoro e l'adeguamento organizzativo di ogni Unità Operativa coinvolta nel programma di screening, risulta infatti evidente il raddoppio delle attività. Per far fronte e pianificare l'impatto in termini di ricaduta operativa sono già state attivate le azioni preparatorie necessarie alla riorganizzazione complessiva del programma; tutto questo sarà oggetto di continuo monitoraggio allo scopo di implementare, se necessario, azioni migliorative.

SCREENING DEI TUMORI DEL COLON RETTO

Il secondo round biennale organizzativo, avviato nel marzo 2007, si è regolarmente concluso nel marzo 2009 con uno stato di avanzamento del 100%. Si sta ora svolgendo normalmente il terzo round, la programmazione relativa all'anno in corso procede con l'offerta dello screening alla popolazione target composta da circa 50.000 donne e uomini, residenti e domiciliati in fascia di età compresa tra 50 e 69 anni.

Dati di attività anno 2009

Popolazione invitata	39.962
Test eseguiti	19.990
Adesione	50%
Test positivi	999

Nel corso del primo semestre 2009 si è avviata e conclusa la riorganizzazione dello screening su tutto il territorio provinciale per quanto concerne i punti di accesso. Per sopperire allo scarso numero di punti di offerta dello screening è stata siglata una convenzione con le Associazioni delle Farmacie e affidata, a queste ultime, la distribuzione del kit per il test di primo livello. Inoltre, per agevolare gli utenti nella riconsegna del test, sono stati attivati 20 "punti prelievo" per la raccolta e il trasferimento dei campioni al Laboratorio Analisi Ospedale del Delta. Questa nuova modalità operativa è ormai ben consolidata su tutto il territorio provinciale.

Per quanto riguarda la sorveglianza dei familiari di persone a cui è stato diagnosticato un tumore del colon retto in screening, come precedentemente programmato dal gruppo tecnico scientifico, viene regolarmente attuato il protocollo di sorveglianza secondo le indicazioni regionali.

Tutti i programmi di screening aderiscono alle iniziative di controllo di qualità messe a punto a livello regionale, aderiscono altresì ai programmi regionali di formazione e aggiornamento. Inoltre i gruppi tecnico scientifici che costituiscono il coordinamento interaziendale, sono impegnati, unitamente all'Ufficio di Coordinamento Screening, ad assicurare la continuità dei percorsi diagnostico terapeutici.

Indicatori di attività - Anni 2002-2008

	Screening del collo dell'utero								Screening della mammella							
	% avanzamento del programma				% adesione all'invito (**)				% avanzamento del programma				% adesione all'invito (**)			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Piacenza	44,6	107,9	90,2	99,3	51,7	42,0	49,8	58,5	53,4	101,6	104,9	95,3	69,0	60,9	73,3	74,1
Parma	55,8	100,7	84,8	93,3	60,2	53,5	68,2	62,1	86,6	88,2	69,7	76,5	69,3	68,0	71,9	68,5
Reggio E.	105,9	95,5	115,8	116,5	61,0	60,8	65,5	71,4	91,8	102,0	101,4	112,3	83,1	81,1	81,7	79,4
Modena	100,8	98,3	100,8	117,7	61,4	56,9	67,2	63,2	91,1	65,5	106,9	89,5	70,5	69,4	66,6	69,7
Bologna	75,8	77,8	104,4	97,6	50,7	45,3	44,6	52,1	98,6	90,9	96,9	102,1	63,9	64,2	70,3	67,1
Imola	92,5	80,6	100,5	110,2	63,1	66,4	60,8	67,5	91,2	91,4	111,2	99,7	75,0	71,0	72,4	75,8
Ferrara	88,1	94,3	96,3	93,4	55,2	50,5	63,4	66,7	92,7	94,3	100,6	108,0	76,8	77,1	73,1	75,4
Ravenna	81,6	96,8	115,0	117,3	56,9	54,7	55,5	47,8	79,4	98,4	91,7	103,3	76,6	76,2	78,9	80,6
Forlì	70,4	96,0	74,8	79,6	45,0	47,0	47,9	62,8	88,5	68,2	88,8	93,4	77,6	80,5	79,8	73,4
Cesena	96,1	85,5	115,7	136,4	55,1	47,5	47,4	58,5	73,2	82,8	119,0	91,7	84,1	82,6	82,8	79,5
Rimini	64,9	120,9	96,5	96,3	66,0	35,3	47,3	71,0	102,4	118,3	100,2	122,2	71,9	58,6	72,5	60,7
Tot. Regione	79,4	94,6	101,1	105,4	57,1	50,8	57,2	60,9	88,7	90,2	97,8	99,2	72,5	70,6	73,5	72,4

(*) % persone invitate / persone da invitare nell'anno;

(**) % persone esaminate/ persone invitate nell'anno

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



Screening per la prevenzione dei tumori del colon-retto

	% avanzamento del programma *				% adesione all'invito **			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Piacenza	45,2	153,8	100,9	105,8	38,5	45,5	54,7	51,8
Parma	54,7	132,2	48,4	149,6	43,7	52,6	52,0	50,4
Reggio Emilia	112,2	114,5	103,5	102,8	63,6	66,6	63,3	64,7
Modena	16,3	86,5	85,3	71,8	49,1	47,5	50,9	49,6
Bologna	25,8	159,4	116,3	101,5	30,4	37,3	33,8	49,4
Imola	113,3	119,2	67,0	101,9	42,0	52,3	43,4	58,8
Ferrara	80,0	100,8	105,0	102,7	35,5	54,7	47,6	56,9
Ravenna	112,4	135,7	96,3	105,2	58,8	58,1	59,6	58,0
Forlì	54,1	81,1	79,9	20,3	41,3	41,4	37,0	24,0
Cesena	65,6	138,9	83,3	113,8	46,1	41,5	45,0	50,9
Rimini	107,5	127,0	95,6	112,0	37,0	47,1	40,3	58,0
Totale Regione	61,4	124,1	92,8	101,0	46,2	48,4	47,6	53,7

(*) % persone invitate / persone da invitare nell'anno;

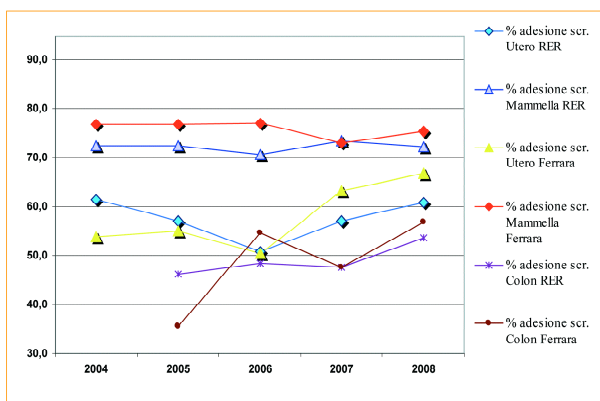
(**) % persone esaminate / persone invitate;

N.B.: Il programma è iniziato in marzo 2005 pertanto l'anno 2005 si riferisce ai primi 9 mesi di attività;

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

Fonte - Servizio Sanità Pubblica (dati survey Osservatorio Nazionale Screening).

**% ADESIONE NELLA
POPOLAZIONE TARGET
ALLO SCREENING DELL'UTERO
DELLA MAMMELLA
Anni 2004-2007**



PROGRAMMI DI VACCINAZIONE

L'Azienda USL FE ha reso applicativa la delibera regionale 236/08 adottando e applicando una propria delibera che prevede:

- acquisto del vaccino antipapilloma virus,
- formazione del personale coinvolto,
- offerta attiva e gratuita a tutte le ragazze residenti nel corso del 12° anno di vita (nel 2009 la coorte delle nate nel 1998: 1.129 ragazze),
- invio di lettera informativa a tutte le ragazze nate nel 1996,
- esecuzione della vaccinazione a tutte le altre coorti fino al compimento del 18° anno, su richiesta della famiglia e con pagamento di ticket.

Azienda USL Ferrara Coorte di nascita 1998 (dati aggiornati al 31/12/2009):

Distretto	Numero residenti	1° dose somm.te	2° dose somm.te	3° dose somm.te	% vacc. 1°dose	% vacc. 2°dose	% vacc. 3°dose
Centro-Nord	595	171	123	33	28,7%	20,7%	5,5%
Sud-Est	311	170	152	78	54,7%	48,9%	25,1%
Ovest	223	44	44	18	19,7%	19,7%	8,1%
Totale	1.129	385	319	129	34,1%	28,3%	11,4%

Azienda USL Ferrara Coorte di nascita 1997 (dati aggiornati al 31/12/2009):

Distretto	Numero residenti	1° dose somm.te	2° dose somm.te	3° dose somm.te	% vacc. 1°dose	% vacc. 2°dose	% vacc. 3°dose
Centro-Nord	582	422	418	395	72,5 %	71,8 %	67,9 %
Sud-Est	319	281	278	254	88,1 %	87,1 %	79,6%
Ovest	239	204	203	197	85,4 %	84,9 %	82,4%
Totale	1.140	907	899	846	79,6 %	78,9 %	74,2%

Azienda USL Ferrara Coorte di nascita 1996 (dati aggiornati al 31/12/2009):

Distretto	Numero residenti	1° dose somm.te	2° dose somm.te	3° dose somm.te	% vacc. 1°dose	% vacc. 2°dose	% vacc. 3°dose
Centro-Nord	672	420	412	308	62,5 %	61,3 %	45,8%
Sud-Est	300	145	141	139	48,3 %	47,0 %	46,3 %
Ovest	217	127	124	107	58,5 %	57,1%	49,3 %
Totale	1189	692	677	554	58,2 %	56,9 %	46,6 %

Azienda USL Ferrara Coorti di nascita dal 1995 al 1990 (dati aggiornati al 31/12/2009):

COORTE DI NASCITA	% Vaccinati con 1° dose	% Vaccinati con 2° dose	% Vaccinati con 3° dose
Coorte di nascita 1995	17,1%	15,9 %	12,1%
Coorte di nascita 1994	12,9%	12,0%	10,0%
Coorte di nascita 1993	16,4%	15,1%	10,6%
Coorte di nascita 1992	12,4%	11,6 %	9,3%
Coorte di nascita 1991	6,4%	6,2 %	2,3%
Coorte di nascita 1990	1,5	1,5 %	1,4 %
Coorti di nascita 1990-95	11,0%	10,2%	7,5 %
n° dosi coorti nascita 1990-95	763	713	520

Le vaccinazioni sono state eseguite presso gli ambulatori della Pediatria di Comunità.

La Campagna ha preso avvio nel mese di maggio 2008 con la spedizione degli inviti alle nate nel 1997: sono state organizzate delle sedute dedicate mattutine e pomeridiane, nel rispetto del calendario vaccinale, prevedendo il tempo per il counselling, la compilazione della scheda di idoneità, l'informazione sulle reazioni avverse e la registrazione.

Copertura vaccinale per le vaccinazioni dell'infanzia

L'attività vaccinale nell'infanzia viene svolta presso:

- gli ambulatori della Pediatria di Comunità sia per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate, compresa la vaccinazione antinfluenzale nei soggetti a rischio,
- gli ambulatori del Dipartimento della Sanità Pubblica, per quanto riguarda la vaccinazione antirabbica ed i vaccini destinati ai "bambini viaggiatori",
- i Medici di Base e i Pediatri di Base per quanto riguarda alcune vaccinazioni antinfluenzali.

Vaccinazioni previste dal calendario vaccinale per l'infanzia e fortemente raccomandate (dati riferiti al 2009):

- per tutte le vaccinazioni previste 24° mese di vita sono stati ampiamente superati gli obiettivi del 95%; infatti la copertura vaccinale per DT, polio, epatite B, Hib, pertosse è superiore al 98%;
- copertura vaccinale per tutte le altre vaccinazioni raccomandate (obiettivo copertura superiore al 95%) raggiunto in quanto MMR a 24 mesi e 13 aa superiore al 95% e polio a 24 mesi superiore al 98%;
- è garantita la vaccinazione dei bambini a maggior rischio e la registrazione dei dati per la elaborazione delle coperture vaccinali regionali al fine di evitare sacche di suscettibilità.

Nel corso del 2009 sono state implementate tutte le iniziative volte al recupero delle vaccinazioni per la prevenzione della rosolia congenita e del morbillo, considerando l'epidemia che ha coinvolto molte aziende regionali ed altre regioni del nord; sono stati, quindi, presi contatti con scuole, centri di accoglienza per donne immigrate e ogni altra iniziativa utile al recupero, specie delle donne non vaccinate in età fertile e dei giovani che non hanno ricevuto la 2° dose di MMR.

La campagna vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale è stata impegnativa dal momento che la prevista pandemia da Virus A H1N1 prevedeva la doppia chiamata per la vaccinazione antinfluenzale stagionale e per la pandemica. Le dosi di vaccino antinfluenzale effettuate ai bambini a rischio per patologia sono state 1197 per la vaccinazione antinfluenzale pandemica e 1603 per la vaccinazione stagionale. Il confronto dei nostri dati con quelli delle altre province della regione, evidenzia che la provincia di Ferrara ha, per tutte le tipologie di vaccino, coperture vaccinali al di sopra di quelle della media regionale.

Azienda USL	Polio al 24° mese (**)				Morbillo al 24° mese (**)				Hib al 24° mese (*)				Pertosse al 24° mese (*)			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Piacenza	99,1	99,2	99,0	98,8	95,7	98,0	97,5	97,1	98,6	98,9	98,8	98,6	98,8	99,2	99,0	98,7
Parma	98,3	98,6	98,5	98,1	91,9	93,6	93,5	93,0	97,8	98,4	98,1	97,7	98,2	98,6	98,5	98,0
Reggio E.	96,9	96,9	96,7	97,2	91,7	93,5	93,1	93,4	95,5	95,4	95,2	95,3	96,7	96,6	96,4	96,9
Modena	97,9	97,9	97,6	97,1	94,7	94,7	94,4	94,9	97,5	97,6	96,9	96,5	97,6	97,5	97,2	96,8
Bologna	97,9	97,7	97,6	97,4	92,3	92,7	92,8	93,2	96,7	96,6	96,7	96,5	97,6	97,5	97,4	97,1
Imola	99,2	98,2	99,1	98,2	97,7	96,7	97,1	96,1	98,3	97,3	97,0	96,9	98,8	97,9	98,7	97,9
Ferrara	98,4	98,3	98,7	99,4	95,4	95,2	96,0	96,7	98,3	98,2	98,2	99,1	98,1	98,1	98,5	99,3
Ravenna	98,1	98,4	98,6	97,2	94,8	95,4	95,0	94,2	96,1	96,8	97,3	95,7	97,1	97,2	98,2	96,5
Forlì	97,5	98,2	97,5	97,1	90,3	92,6	93,0	92,8	96,5	97,3	97,7	97,0	96,7	97,9	97,3	97,1
Cesena	96,8	97,1	96,3	97,2	92,7	92,1	89,7	89,5	95,0	95,8	94,9	96,7	95,7	96,6	95,2	97,0
Rimini	95,1	94,4	94,9	94,8	86,8	88,4	88,2	88,1	93,4	93,6	93,6	92,9	94,2	94,3	94,3	93,9
Totale	97,7	97,7	97,6	97,4	92,9	93,7	93,5	93,6	96,7	96,8	96,7	96,5	97,2	97,3	97,3	97,1

(*) bambini che sono stati vaccinati con almeno 3 dosi di vaccino.

(**) bambini che sono stati vaccinati con almeno 1 dose di vaccino.

Fonte - Servizio Sanità Pubblica.

Copertura vaccinale meningococco

	COPERTURA VACCINALE AL 24° MESE		COPERTURA VACCINALE A 16 ANNI	
	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2008
Piacenza	94,5%	96,9%	75,8%	84,0%
Parma	85,9%	92,1%	60,4%	76,7%
Reggio Emilia	91,2%	92,0%	66,7%	62,5%
Modena	89,1%	93,9%	73,4%	83,4%
Bologna	85,6%	91,6%	74,2%	81,0%
Imola	92,4%	95,5%	83,3%	86,1%
Ferrara	94,1%	96,2%	83,7%	88,1%
Ravenna	90,7%	93,4%	61,4%	48,9%
Forlì	85,3%	92,6%	61,8%	64,3%
Cesena	88,2%	88,1%	53,4%	69,9%
Rimini	81,5%	85,0%	56,8%	66,9%
Totale Regione	88,5%	92,4%	68,7%	74,4%

Copertura vaccinale pneumococco

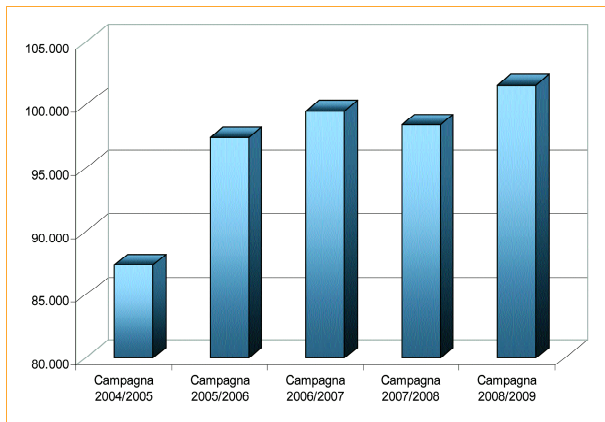
	Copertura vaccinale al 12° mese	
	Anno 2007	Anno 2008
Piacenza	97,5%	98,0%
Parma	95,2%	97,7%
Reggio Emilia	95,0%	95,3%
Modena	96,9%	97,2%
Bologna	92,8%	95,7%
Imola	96,7%	94,8%
Ferrara	96,9%	97,9%
Ravenna	94,5%	95,3%
Forlì	89,7%	95,4%
Cesena	95,3%	94,1%
Rimini	84,7%	88,6%
Totale Regione	94,2%	95,7%

Vaccinazione antinfluenzale - Anni 2004 - 2009

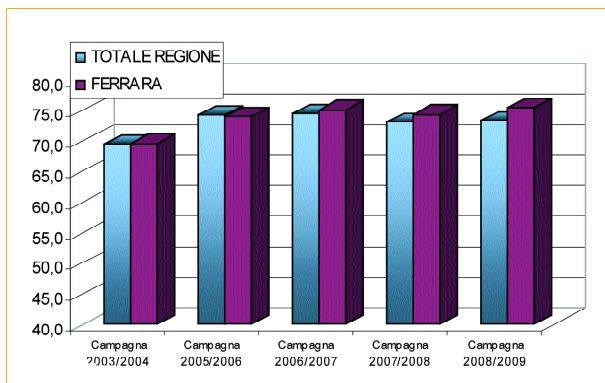
AZIENDE USL	Numero di soggetti vaccinati				Variazioni% dei soggetti vaccinati tra 2008/2009 e 2000/01	Tasso di copertura per 100 abitanti di età oltre i 65 anni (%)			
	Campagna 2005/2006	Campagna 2006/2007	Campagna 2007/2008	Campagna 2008/2009		Campagna 2005/2006	Campagna 2006/2007	Campagna 2007/2008	Campagna 2008/2009
Piacenza	79.252	79.210	68.263	72.512	122,1	75,3	74,5	73,8	74,4
Parma	96.968	91.221	88.230	91.117	108,5	69,0	68,3	66,5	66,0
Reggio Emilia	111.352	110.703	108.318	113.385	91,5	76,2	76,1	75,5	75,9
Modena	158.724	156.872	153.017	158.709	81,5	78,0	77,7	76,3	75,8
Bologna	204.128	198.908	195.125	202.996	105,6	72,8	72,9	71,6	72,5
Imola	29.663	29.018	28.373	29.754	101,7	73,9	74,0	72,0	72,6
Ferrara	97.452	99.535	98.455	101.604	107,5	73,9	75,0	74,3	75,3
Ravenna	92.875	92.793	90.177	93.141	100,1	74,9	75,6	72,9	71,6
Forlì	48.176	49.058	48.252	49.015	92,7	77,9	78,7	77,5	77,6
Cesena	44.561	43.739	42.932	43.722	96,8	72,0	73,0	70,8	70,5
Rimini	65.316	68.696	67.529	68.082	111,9	72,4	74,2	73,3	72,3
Totale Regione	1.028.467	1.019.753	988.671	1.024.037	100,1	74,2	74,4	73,1	73,1

(*) La popolazione di riferimento è quella al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale.

Fonte - Servizio Sanità Pubblica



NUMERO SOGGETTI VACCINATI ANNI 2004-2009 (FERRARA)



TASSO DI COPERTURA VACCINALE. ANNI 2004-2008

Per quanto concerne la vaccinazione antinfluenzale delle categorie a rischio la campagna vaccinale 2009/2010 ha implementato il livello, già raggiunto nell'anno precedente, del 75%, raggiungendo un totale di vaccinazioni pari a 99.948 con un tasso di copertura oltre i 65 anni: 76,2%

Sono aumentati i soggetti vaccinati appartenenti alle categorie a rischio sanitario, ma si cercherà di implementarne l'adesione in vista della pandemia.

La promozione delle vaccinazioni del personale sanitario e di assistenza rientra nel piano di preparazione della campagna antinfluenzale stagionale e del piano pandemico; a questo proposito è in corso di spedizione un'informativa volta all'aumento dell'adesione, già sensibilmente modificata nel corso delle ultime campagne vaccinali.

La formazione del personale sul miglioramento della qualità delle vaccinazioni e della sorveglianza delle malattie infettive è continua; sono stati programmati due nuovi corsi, in accordo con il personale della Pediatria di Comunità, per

presentare il nuovo manuale sulle controindicazioni alla vaccinazione e per incentivare un coordinamento di azioni, con il personale ostetrico, volto all'incentivazione della vaccinazione antirubeolica nelle donne suscettibili in età fertile. Infine è stato effettuato un corso per presentare e condividere il nuovo documento regionale sull'attività vaccinale

La finalità del programma di vaccinazione è la prevenzione e il controllo della diffusione delle malattie infettive attraverso la sorveglianza epidemiologica e l'applicazione di strumenti specifici come l'immunoprofilassi attiva per le malattie prevenibili; in particolare si segnala:

- miglioramento della sorveglianza della rosolia
- vaccinazione antirosolia e antivaricella delle donne in età fertile, prima della gravidanza, in postpartum o postIVG
- miglioramento della copertura vaccinale antimorbillo con introduzione della seconda dose e recupero soggetti a rischio
- recupero dei soggetti suscettibili nei confronti della vaccinazione antimeningococcica C
- vaccinazione antinfluenzale con particolare riguardo alle categorie maggiormente a rischio.

Per le malattie che non prevedono immuno o chemioprophilassi (WN Disease, Chikungunya) alla sorveglianza epidemiologica e agli interventi di educazione sanitaria rivolti ai vari target di popolazione si assoceranno interventi di bonifica ambientale, controllo dei vettori e controllo dei serbatoi.

L'attuazione di molte misure di controllo prevede l'azione sinergica di diversi Servizi dipartimentali (Servizio Veterinario) e di soggetti esterni (Azienda Ospedaliera, Comuni, ecc.) al fine di attuare una strategia di prevenzione che preveda la sorveglianza entomologica e l'individuazione precoce dei casi sospetti per impedire la trasmissione delle malattie.



TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

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

Percentuale di aziende controllate sulle esistenti ISTAT (indice di copertura)

Distretto	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Piacenza	3,1%	3,2%	3,3%	3,6%	3,77%	4,5%	5,5
Parma	4,7%	4,6%	4,3%	4,0%	3,91%	5,1%	5,6
Reggio Emilia	4,3%	4,1%	3,8%	4,2%	3,44%	5,1%	5,4
Modena	2,7%	3,0%	3,2%	2,8%	2,86%	3,3%	5,2
Bologna	3,7%	3,8%	3,9%	3,8%	3,94%	4,1%	4,7
Imola	3,3%	3,3%	2,7%	3,6%	3,97%	3,4%	5,1
Ferrara	3,6%	3,5%	3,1%	3,3%	3,14%	3,70%	4,3
Ravenna	2,1%	2,6%	3,0%	3,1%	3,17%	3,9%	4,8
Forlì	3,4%	3,2%	2,6%	2,8%	3,22%	4,2%	5,4
Cesena	3,4%	2,1%	3,1%	2,6%	1,62%	3,3%	5,5
Rimini	2,9%	2,4%	2,2%	2,3%	2,41%	4,4%	7,6
Totale RER	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,30%	4,1%	5,3

Percentuale di aziende sanzionate sulle aziende controllate (Indice di violazione)

Distretto	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Piacenza	20,8%	20,9%	20,8%	14,4%	14,3	14,8	9,3
Parma	13,4%	15,3%	15,6%	22,0%	20,1	19,9	14,1
Reggio Emilia	23,3%	23,0%	28,5%	25,6%	28,3	32,0	16,7
Modena	23,8%	27,1%	28,5%	29,1%	36,0	25,9	13,8
Bologna	25,4%	12,4%	26,9%	29,7%	32,0	24,4	14,9
Imola	27,9%	23,8%	30,5%	20,7%	22,9	28,0	19,9
Ferrara	19,9%	25,3%	19,9%	21,7%	28,5%	19,2%	16,4
Ravenna	24,0%	25,1%	19,5%	13,8%	16,1	13,7	11,6
Forlì	31,1%	29,5%	34,5%	27,8%	43,6	37,6	27,3
Cesena	19,6%	25,1%	19,6%	25,7%	30,4	23,1	15,6
Rimini	17,2%	24,9%	11,5%	16,9%	21,4	19,5	18,4
Totale RER	22,0%	20,7%	23,7%	24,2%	27,4	23,4	15,4

Ferrara	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
N. aziende esistenti (ISTAT)	28.882	28.882	29.561	29.420	29.420	29.420	29.420
N. di Posizioni Assicurative Territoriali INAIL complessive	–	–	–	24.059	24.059	24.059	–
N. di PAT INAIL con almeno un dipendente	–	–	14.817	14.817	14.817	14.817	14.187
N. di aziende controllate	1.030	912	904	959	925	1.089	1.251
N. di prescrizioni	205	258	180	208	264	209	–

Nell'ambito dell'attività di vigilanza, sono state controllate dal SPSAL n°1213 Unità Locali, con un incremento di 124 U.L. (+11%) rispetto al 2008. Nel comparto costruzioni sono stati ispezionati 301 cantieri e 438 imprese e lavoratori autonomi. A questi vanno aggiunti i controlli effettuati dagli operatori UOIA in ulteriori 32 cantieri edili e 38 imprese e lavoratori autonomi controllati. Il totale è pari a 1.251 U.L. controllate.

Il denominatore è il numero di posizioni assicurative territoriali INAIL (PAT INAIL) con almeno un lavoratore dipendente, che per Ferrara risulta essere pari a 14.817; ne consegue un indicatore di $1.251 / 14.817 \times 100 = 8,4 \%$.

Tale obiettivo è stato ottenuto a parità di risorse rispetto al 2008.

IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE

Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

L'anno 2009, in continuità con il triennio precedente, è stato caratterizzato dall'impegno profuso dall'Area dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria nell'implementazione del Sistema di Gestione della Qualità per garantire controlli ufficiali nel settore della Sicurezza Alimentare che siano conformi ai requisiti del Reg. 882/2004/CE.

Nell'ambito di tale finalità rientrano le iniziative di formazione e qualificazione del personale addetto ai controlli ufficiali, secondo le linee di indirizzo previste dallo specifico progetto regionale di Sviluppo Competenze Valutative.

Risultati Obiettivi per l'anno 2009

Oltre alle azioni specifiche contenute nei progetti regionali, si è posta particolare attenzione alla rilevazione dell'attività svolta e alla sua rendicontazione. I dati forniti devono essere allineati con le banche dati nazionali esistenti e con i campioni analizzati presso i laboratori ufficiali, ARPA e IZS.

Anagrafe zootecnica: gli obiettivi riguardavano l'effettuazione dei controlli ufficiali presso le aziende zootecniche e la gestione della Banca Dati Nazionale. Gli obiettivi sono stati raggiunti secondo gli standard regionali, come riportato in tabella:

Obiettivo	Risultato	Standard	Note
attuazione dei controlli su almeno il 5% degli allevamenti bovini di cui al Reg. 1082/2003	5,4%	5%	12 allevamenti controllati su 221 in Banca Dati
attuazione dei controlli su almeno il 3% degli Reg. CE 1505/2006	4,6%	3%	5 allevamenti controllati su 107 in Banca Dati
attuazione dei controlli su almeno il 1% degli allevamenti suini di cui al decreto legislativo 196/99 e succ. modifiche, secondo le indicazioni di cui alla nota DGSA.II/12882 del 29 ottobre 2007	4,7%	1%	3 allevamenti controllati / 64 in Banca Dati
corretta identificazione e registrazione di almeno il 99% degli orientamenti produttivi, nonché relativo aggiornamento degli allevamenti registrati in Banca Dati Nazionale	100%	99%	820 allevamenti in Banca Dati tutti con indicazione dell'indirizzo produttivo
registrazione in Banca Dati Nazionale delle coordinate geografiche di almeno il 98% degli allevamenti di bovini, suini, ovi-caprini, avicoli, e quindi con la sola esclusione di quelli per l'autoconsumo	88,4%	98% esclusi auto-consumi	725 allevamenti con coordinate geografiche su 820 allevamenti in Banca Dati, compresi gli autoconsumi. Il denominatore comprende le aziende per autoconsumo. L'obiettivo è quindi raggiunto.

Controllo fauna selvatica: l'obiettivo, finalizzato alla efficace realizzazione del piano regionale di monitoraggio della fauna selvatica (nota regionale prot. n. 50028 del 27/02/09) prevedeva la stesura, entro il 31/03/2009, di un protocollo operativo tra gli Enti coinvolti. Il protocollo è stato sottoscritto tra i rappresentanti del Servizio Protezione Flora e Fauna della Provincia, del Corpo di Polizia provinciale, dell'Istituto Zooprofilattico e dell'Area Veterinaria in data 18/3/2009 ed inviato alla Regione.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

Cani con aggressività non controllata (DGR 647/07): l'attività consiste nell'individuare la presenza di "cani con aggressività non controllata" mediante una valutazione comportamentale dei cani segnalati come morsicatori, secondo una metodologia codificata, ed imputare le informazioni nello specifico data base regionale "Gestione Morsicature". L'obiettivo regionale prevedeva la registrazione in data base di almeno il 95% di cani morsicatori segnalati e controllati.

Nel 2009 sono stati effettuati i seguenti controlli di cani morsicatori o segnalati per aggressività, per ambito territoriale: Cento n. 49, Ferrara n. 95, Copparo n. 29, Portomaggiore n. 23, Codigoro n. 42, tutti registrati nel data base regionale. L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

Farmaco-sorveglianza (DLgs 193/06): l'obiettivo regionale prevedeva il controllo sulla distribuzione del farmaco veterinario presso il 98% dei grossisti e una percentuale di farmacie, definita in base ad una valutazione del rischio. È stato effettuato il controllo del 100% dei grossisti di farmaci veterinari (4 strutture esistenti) e del 61,5% delle farmacie (80 ispezioni su 130 strutture esistenti), per le quali si era prevista una percentuale da controllare del 52%, definita in base ad una valutazione del rischio.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

PIANI SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO

Piano campionamento sugli alimenti per controlli microbiologici: l'obiettivo regionale prevedeva almeno il 90% di congruità al piano.

Il piano di campionamento consente di valutare, in diverse categorie di alimenti, il livello di conformità ai criteri di sicurezza alimentare previsti dal Regolamento 2073/05/CE. In tal modo si ottiene una stima del livello di contaminazione degli alimenti prodotti e distribuiti a livello provinciale, contribuendo a valutare il livello di rischio per i consumatori e ad orientare la programmazione degli interventi di controllo.

Il riscontro di valori non conformi determina l'adozione immediata di provvedimenti per la salvaguardia della salute dei consumatori, attraverso il sistema nazionale di "Allerta alimenti" che prevede, in determinati casi, il rintraccio e il ritiro del prodotto contaminato o sospetto, dal commercio.

L'attività di campionamento è stata programmata sulla base delle indicazioni regionali che specificavano numero e matrici da campionare, modalità di campionamento e parametri analitici da ricercare. I campioni sono stati programmati sia nella fase di produzione degli alimenti, da effettuare presso stabilimenti e/o laboratori, sia nella fase di distribuzione, presso i punti vendita al dettaglio. Tutti i campioni prelevati sono stati conferiti al laboratorio IZS locale nel più breve tempo possibile mantenendoli alle idonee temperature di conservazione. L'attività è stata distribuita nell'arco di 9 mesi, evitando i mesi più caldi per non incorrere in "non conformità" della temperatura di conferimento del campione al laboratorio, prevedibili quando la temperatura esterna è molto elevata.

Nel 2009 sono stati programmati e realizzati tutti i n. 116 campioni, con rispetto della calendarizzazione, della tipologia di struttura in cui era richiesto il prelievo, della tipologia di matrice, delle determinazioni analitiche richieste, del numero di unità campionarie e di aliquote richieste a seconda del tipo di campionamento. N. 9 sono stati i risultati analitici non conformi, a cui hanno fatto seguito i provvedimenti del caso.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

Piani nazionali e regionali residui, alimentazione animale, micotossine, OGM, latte alla produzione: l'obiettivo regionale prevedeva almeno il 95% di congruità ai piani.

Gli interventi di campionamento ufficiale eseguiti presso le strutture che costituiscono gli anelli della catena alimentare dei prodotti di origine animale, in particolare nella fase produttiva primaria, rappresentano un indispensabile strumento di sorveglianza sulla attività svolta dagli Operatori del settore alimentare coinvolti.

Il prelievo di campioni, a corollario delle altre attività di Controllo ufficiale, deriva da piani nazionali attuativi di norme europee e, tale attività, viene assegnata nell'ambito di una rete coordinata di istituzioni sanitarie per la Sicurezza Alimentare (Ministero, Regione, Istituti Zooprofilattici).

I dati ottenuti consentono, tra le altre cose, di monitorare il territorio per quanto concerne il rischio chimico ambientale ed aggiungono informazioni sul livello di contaminazione degli alimenti da parte di nuove molecole, agenti patogeni emergenti o sull'utilizzo di sostanze vietate negli animali produttori di alimenti, secondo le indicazioni dell'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare.

Il riscontro di valori non conformi impone l'adozione di provvedimenti immediati a salvaguardia della salute dei consumatori attraverso il sistema nazionale "Allerta Alimenti" e "Allerta mangimi" che prevedono in determinati casi, il rintraccio e il ritiro del prodotto contaminato o sospetto dal commercio.

Tutti i dati rilevati alla conclusione dei programmi annuali, opportunamente elaborati e confrontati su base epidemiologica a livello regionale e nazionale, consentono inoltre di valutare i rischi nelle diverse filiere produttive: carne, latte, uova, prodotti della pesca, miele e loro derivati per la periodica revisione dei piani stessi.

In base all'assegnazione dei piani regionali si è effettuata una programmazione per il 2009 riguardo la calendarizzazione dell'attività (mese), la scelta dell'impianto/azienda da controllare (valutazione di rischio), la registrazione degli interventi, la correttezza ed adeguatezza dei provvedimenti da intraprendere a seguito di riscontro di esito non favorevole, la puntuale risposta ai debiti informativi stabiliti.

I campionamenti sono stati eseguiti in accordo alle procedure definite a livello aziendale.

Sono stati eseguiti complessivamente i seguenti interventi:

	Campioni programmati	Campioni eseguiti	%	standard
Piano Micotossine	25	25	100	95%
PNR (Piano nazionale residui)	143	143	100	95%
PNAA (alimentazione animale)	105	105	100	95%

Gli obiettivi sono stati raggiunti secondo gli standard regionali fissati.



Piani di sorveglianza malattie infettive degli animali: attuazione di almeno il 98% dei controlli previsti dai piani di sorveglianza delle malattie infettive degli animali d'allevamento, con carattere di zoonosi o importanti per il mantenimento di stato sanitario di Regione indenne: BRC/LBE/TBC bovina, BRC ovicaprina, BT, BSE, MVS/PSC, Influenza Aviaria, Salmonella.

Gli obiettivi sono stati raggiunti secondo gli standard regionali fissati, come riportato in tabella:

	Allevamenti controllabili	Allevamenti controllati	%	standard
Tubercolosi (bovini)	50	50	100	98%
Bruccellosi (bovini)	75	75	100	98%
BSE (bovini)	209	214	98	98%
Bruccellosi (ovi-caprini)	81	82	98,8	98%
Salmonella (avicoli)	12	29	242	98%

	Capi controllabili	Capi controllati	%	standard
Tubercolosi (bovini)	3034	3034	100	98%
Bruccellosi (bovini)	487	487	100	98%
Bruccellosi (ovi-caprini)	7090	7124	99,5	98%
Blue Tongue (bovini)	3880	3996	103	98%
MVS/PCS/Aujeszky (suini)	249	539	216	98%
Influenza aviaria (avicoli)	–	2665	–	–

Controllo del Benessere animale: costituisce un indispensabile strumento di sorveglianza sull'attività svolta dagli operatori del settore alimentare (OSA). In particolare, gli obiettivi regionali 2009 riguardano il benessere animale nel trasporto e la protezione degli animali durante la macellazione, due momenti particolarmente critici della vita degli animali zootecnici, in accordo con quanto previsto dalle norme, che richiedono che tali eventi avvengano in condizioni tali da ridurre al minimo la sofferenza.

Il macello rappresenta un punto di elezione per eseguire controlli sul benessere durante il trasporto, in quanto il veterinario è costantemente presente durante le operazioni di macellazione. Inoltre, per quanto attiene al pollame, che ha un limitato valore economico e quindi rischia minori attenzioni durante il trasporto, risulta ancora più importante verificarne le condizioni di benessere all'arrivo al macello avicolo.

Il riscontro di eventuali non conformità impone di adottare provvedimenti immediati per la tutela del benessere animale. Nel 2009 sono state riscontrate presso il macello avicolo 3 infrazioni relative al benessere durante il trasporto.

Gli obiettivi sono stati raggiunti secondo gli standard regionali fissati come riportato in tabella:

Trasporto Animali	Eventi controllabili	Eventi controllati	Risultato	Standard
Controllo al macello del 10% degli automezzi	17	9	53%	10%
Controllo al macello del 3% delle partite di animali in entrata a seguito di lunghi viaggi	0	0	0	3%
Controllo al macello del 2% delle partite di animali in arrivo per brevi viaggi	930	44	4,7%	2%

Macellazione	Macelli controllabili	Controlli eseguiti	Risultato	Standard
Controllo protezione degli animali durante la macellazione	2	3	150%	100%

FORMAZIONE, QUALIFICAZIONE PERSONALE, PERCORSO QUALITÀ

Qualificazione di almeno il 98% del personale addetto al controllo ufficiale nel settore della sicurezza alimentare con la qualifica di "ispettore qualificato": tutti gli operatori in servizio dell'ADSPV hanno raggiunto la qualifica nel 2008. Il problema, quindi, riguarda solo i nuovi assunti. Nel corso del 2009 sono usciti 3 veterinari dall'equipe aziendale e i 3 veterinari, assunti con incarichi a tempo determinato, sono stati oggetto delle procedura di "Inserimento di personale neoassunto", prevista dal sistema documentale dell'ADSPV In applicazione della PUO "Inserimento personale neoassunto" (doc. n. 1804 del 29/11/08 doc-web), secondo un percorso di inserimento / addestramento / valutazione del personale neo-assunto di tutte le qualifiche professionali: veterinari, tecnici e amministrativi.

Partecipazione al corso regionale di formazione per "auditor qualificato" di un numero di operatori pari ai posti messi a disposizione per ogni AUSL: nel corso del 2009 hanno partecipato al Corso regionale di formazione per "auditor qualificato" 7 operatori, pari al numero complessivo di posti messi a disposizione dalla Regione (documentazione agli atti):

Anno 2009	Area SA	Area IAQA	Area IAPZ
5ª edizione	Un operatore	Due operatori	Un operatore
6ª edizione	Un operatore	Due operatori	

Produzione del Manuale della Qualità dell'ADSPV, parti 4, 5.1 e 5.2, 6 e 10: prodotta bozza della revisione, in corso di emissione.

Audit su OSA: per il 2009 era richiesto lo svolgimento di almeno 2 audit per auditor qualificato, preferibilmente sulle seguenti categorie produttive: macelli carni rosse, sezionamenti, prodotti a base carne, prodotti base latte, trasformazione vegetali, centri produzione pasti, depositi farmaco, mangimifici. Nell'ambito di tale obiettivo, per il 2009 è stato predisposto un programma di

audit con documento prot. n. 39235 del 05/05/2009.

Il numero di audit è stato programmato in funzione della necessità di qualificare il personale in corso di formazione e di mantenere la qualifica degli auditor già qualificati.

Nella tabella sottostante è riportata la programmazione degli audit 2009, con gli operatori coinvolti e il ruolo (auditor, team leader, tutor), in via di qualificazione (Q) o in mantenimento (M) e la data effettiva in cui si è svolto l'audit.

Tutti gli audit programmati si sono svolti; tutti gli operatori coinvolti hanno partecipato agli audit assegnati, ad eccezione di due persone, una per dimissioni e una per assenza prolungata dal servizio. L'obiettivo è stato completamente raggiunto.

Sanità Animale / Ig. Allevamenti Produzioni Zootecniche

Mese	Struttura	Ragione Sociale	Team Leader	Tutor	Auditor	Data svolgimento
GIUGNO	STAB. SOA	COFRIMAR ZOOTECNICO	SORIANI (M)	FAGGIOLI (M)	POLI (Q)	25/06/09
LUGLIO	GROSSISTA MED. VET.	UNICO	MORSIANI (Q)	FAGGIOLI (M)	MANFREDI (Q)	06/10/09
SETTEMBRE	ALL. BOVINO	POZZATI	TASSINARI (M)	SORIANI (M)	MORSIANI (Q) MANFREDI (Q)	21/10/09
OTTOBRE	ALL. SUINO	CASCONE	MORSIANI (Q)	TASSINARI (M)	MANFREDI (Q)	19/11/09

Igiene Alimenti Origine Animale

Mese	Struttura	Ragione Sociale	Team Leader	Tutor	Auditor	Data svolgimento
MAGGIO	CDM/CSM	BLUMAR	MOSSO (Q)	BOSCHETTI (M)	TOSI (Q) RIZZI (Q)	22/05/09
GIUGNO	9/L	BECCATI DANIELE	GNANI (Q)	QUARANTOTTO (M)	TOSI (Q) MOSSO (Q)	04/06/09
SETTEMBRE	CDM/CSM	EUROITTICA	TOSI (Q)	QUARANTOTTO (M)	RIZZI (Q) MOSSO (Q)	23/09/2009
OTTOBRE	PBL	LATTESTENSE	RIZZI (Q)	PONTECCHIANI (M)		27/10/2009
NOVEMBRE	CDM/CSM	M. GI. B. S.r.l.	BOSCHETTI (M)	PONTECCHIANI (M)		03/11/09

Audit Interni: l'attività di audit interno, responsabilità del Resp. Aziendale Qualità, in collaborazione del Resp. Qualità ADSPV, è stata svolta secondo la PG "Gestione delle verifiche ispettive interne" doc. n. 1466 - versione 2 del 20/03/2009. Nell'anno 2009, in accordo con quanto indicato dal piano di lavoro, sono state effettuate attività di audit interno sulla gestione del sistema della qualità e su aspetti specifici riguardanti gli obiettivi regionali o di budget, secondo le indicazioni del Direttore di Area, che ha emesso il piano di audit interni con nota prot. n. 80351 del 17/09/09.

In tabella è riportato il quadro dell'attività, svolta con la piena collaborazione degli auditor dell'Ufficio Qualità aziendale, sempre nel ruolo di team leader.

Data	Ambito territoriale	Team leader	Componenti team
29/09/09	Copparo	C. Pizzardo	P. Faggioli, A. Mosso, A. Poli
2/10/09	Ferrara	C. Pizzardo	E. Manfredi, V. Morsiani, C. Quarantotto,
13/10/09	Portomaggiore	C. Pizzardo	P. Faggioli, M. Tassinari, L. Boschetti
20/10/09	Cento	C. Pizzardo	P. Faggioli, P. Rizzi, A. Soriani
3/11/09	Codigoro	C. Pizzardo	P. Faggioli, A. Tosi, M. Tassinari

I verbali e le risultanze degli audit sono state presentate a tutto il personale dell'Area Veterinaria, nel corso di appositi incontri nei quali si sono valutate le azioni correttive da mettere in campo. L'obiettivo è stato completamente raggiunto.

Gestione Sistema Informativo: l'obiettivo regionale richiedeva di disporre di dati sanitari per la programmazione delle attività dei piani di sorveglianza e controllo (anagrafe utenti, categorizzazione del rischio OSA, dati di attività, ecc.), per rispondere con trasparenza dell'attività svolta e per assolvere i debiti informativi e valutare i carichi di lavoro, ponendo particolare attenzione alla registrazione dell'attività svolta mediante modulistica regionale.

L'obiettivo generale è stato declinato in più obiettivi specifici, sotto descritti. L'elemento critico è stato il cambiamento del software di gestione del servizio, a fine anno.

Gli obiettivi specifici sono stati:

Registrazione dell'attività di controllo ufficiale: in applicazione della PUO "Attività di controllo ufficiale", doc. n. 1754 del 06/11/08, e della IOUO "Compilazione Scheda Controllo Ufficiale e Scheda rilevazione N.C. e prescrizioni", doc. n. 1785 del 25/11/08, è vincolante per ogni operatore dell'ADSPV la registrazione dell'attività svolta con utilizzo, in ogni caso, della scheda regionale di controllo ufficiale e, se del caso, della scheda di non conformità e prescrizioni, obiettivo di budget 2009 per la dirigenza. Inoltre, è vincolante per ogni operatore dell'ADSPV la registrazione giornaliera dell'attività nel data base in uso, secondo il sistema procedurale dell'ADSPV, in modo completo, tempestivo e puntuale, con emissione degli addebiti relativi, di norma prima dell'erogazione della prestazione. Ad ogni attività registrata nel data base deve corrispondere un'evidenza documentale agli atti d'ufficio. L'uso della SCU in tutti i controlli è stato osservato da tutti gli operatori. Il dettaglio del raggiungimento di tale obiettivo specifico è analizzato nel report degli obiettivi di budget.

Identificazione dei documenti emessi durante il CU secondo le procedure citate sopra, ai fini della tracciabilità: nel corso del 2009 vi è stata un'evoluzione riguardo alle modalità di numerazione dei documenti emessi in quanto, a seguito di osservazioni ricevute in corso di audit regionale sul Servizio del dicembre 2008, si sono predisposte etichette adesive prenumerate secondo una codifica univoca.

Aggiornamento delle Anagrafiche Utenti nel software in uso: l'implementazione e l'aggiornamento dell'anagrafe utenti è curato dai Referenti Informativi territoriali e aziendali.

Reporting delle attività secondo quanto descritto nella PUO "Programmazione dell'attività", sono stati effettuate le attività di monitoraggio al semestre e report annuali per singolo piano di controllo e settore di attività.

Qualità dei campioni: era richiesta la pianificazione di un sistema interno per migliorare la qualità dei campioni e dei relativi verbali di conferimento e l'individuazione dei criteri di valutazione. Al tal fine si sono previste le seguenti azioni: si è attivato un sistema di registrazione delle Non Conformità Interne, segnalate dagli stessi operatori dell'ADSPV o dal laboratorio IZS che riceve i campioni sono state effettuate n. 2 riunioni con tutti gli operatori interessati finalizzate ad esaminare il problema delle N.C. originatesi nella fase di campionamento, compresa la compilazione del verbale sono stati pubblicati su doc-web i modelli dei verbali di campionamento adottati si è prevista la stesura di una procedura di campionamento di alimenti, la cui bozza è stata prodotta ed è in corso di pubblicazione su doc-web. Procedure di campionamento di altre matrici (es. PNR, PNA, latte) sono già presenti nel sistema documentale dell'ADSPV.

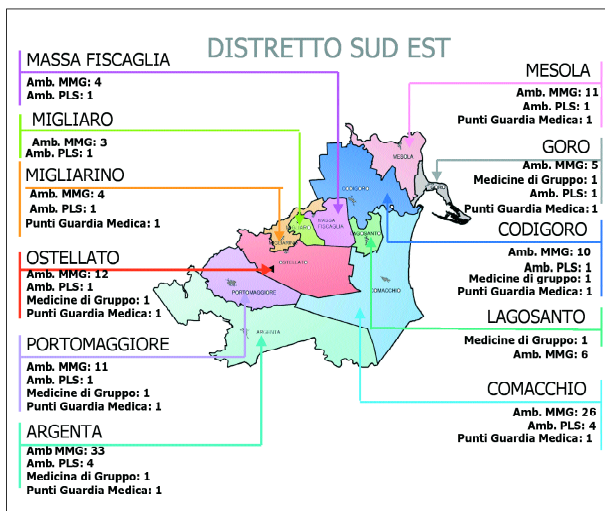
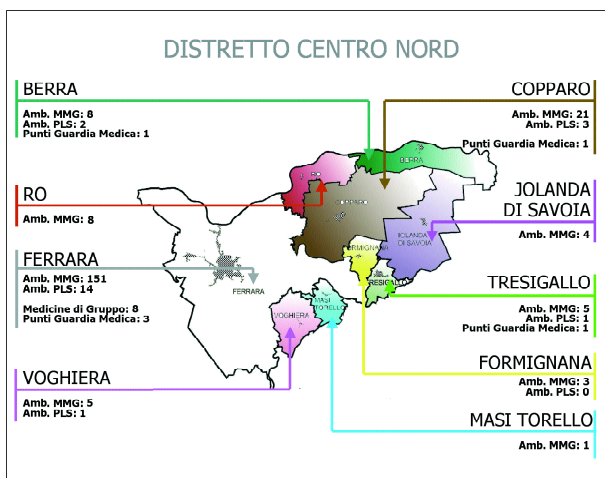
Organizzazione del personale: era richiesta la pianificazione e realizzazione di un sistema di rotazione del personale sugli stabilimenti oggetti di controllo, al fine di garantire la terzietà ed imparzialità del controllo. A tal fine, nel 2009 sono stati ruotati i Veterinari di n. 20 impianti, sugli 89 impianti esistenti, pari al 22%, rispetto all'obiettivo dichiarato dall'ADSPV di almeno il 20% all'anno.

Zoonosi: è stato pienamente attuato il piano regionale di sorveglianza delle malattie trasmesse da insetti vettori. Con riferimento alla Leishmaniosi, rispetto al numero di strutture di ricovero cani, sono stati controllati tutti i 6 canili presenti nel territorio provinciale, con effettuazione di prelievi ematici su 22 cani nel canile di Comacchio, 44 cani nel canile di Portomaggiore, 68 cani nel canile di Iolanda, 62 cani introdotti nel canile di Migliaro, 41 cani introdotti nel canile municipale di Ferrara, 84 cani introdotti nel canile Lega Nazionale Difesa del Cane di Ferrara, per un totale di n. 321 controlli sierologici.

ASSISTENZA DISTRETTUALE

Assetto organizzativo dell'assistenza di base

Nelle seguenti cartine vengono evidenziati il numero di ambulatori dei Medici di Base e dei Pediatri di Libera Scelta nonché i punti di Guardia Medica presenti in ciascun ambito comunale.





Assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani

Ai sensi di quanto disposto dalla DGR 1206/2007 l'assistenza distrettuale agli anziani, che si trovano in situazioni di temporanea o definitiva precaria condizione di salute, si concretizza in azioni di assistenza residenziale in Case Protette e Residenze Sanitarie Assistenziali, affiancata da soluzioni miste e di integrazione quali possono essere i Centri Diurni e nell'assistenza domiciliare, i ricoveri di sollievo o i ricoveri presso posti letto non convenzionati per fronteggiare i tempi di attesa per l'accesso ai servizi residenziali.

L'Azienda Usi di Ferrara ha stipulato rapporti di convenzione con 30 strutture protette, per la gestione di 1455 posti letto, di cui 1277 in regime di Casa Protetta e 178 di RSA. Il rapporto di posti letto convenzionati su popolazione ultra75enne si assesta al 32 % contro la dotazione minima del 30 % prevista dalla Regione Emilia Romagna, ed è leggermente superiore al valore medio regionale che è pari a 31 %.

Numero di posti ogni 1000>74	Posti residenziali convenzionati (CP+RSA)				Posti semi-residenziali convenzionati (CD)			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Placenza	35,7	34,3	33,9	33,5	3,6	3,5	3,4	3,6
Prma	32,9	32,1	32,7	33,2	8,6	8,4	9,3	9,9
Reggio Emilia	35,3	33,6	33,6	32,6	8,2	8,3	8,9	8,9
Modena	30,3	30,5	30,7	30,7	5,6	5,8	6,3	6,4
Bologna	25,3	25,3	25,9	25,8	4,3	4,8	4,8	5,1
Imola	35,8	34,2	33,9	32,7	3,5	3,3	3,5	3,5
Ferrara	34,5	32,3	32,0	31,6	2,7	2,8	2,9	2,8
Ravenna	33,1	32,4	31,5	30,3	7,3	7,0	7,4	7,2
Forlì	37,5	36,8	37,5	37,1	4,5	4,3	4,2	4,5
Cesena	38,0	38,2	37,1	36,1	3,9	3,7	4,0	4,2
Rimini	23,3	23,0	24,4	25,8	3,3	3,1	3,0	3,5
Totale Regione	31,5	30,8	30,9	30,7	5,3	5,4	5,7	5,9

Ferrara	Case protette e RSA	Centri Diurni
2000	1.400	84
2001	1.125	105
2002	1.387	112
2003	1.382	112
2004	1.381	116
2005	1.460	113
2006	1.437	126
2007	1.445	131
2008	1.455	130

In relazione all'ambito provinciale, i distretti Centro Nord e Sud Est hanno circa 33 posti letto ogni 1000 ultra75enni, mentre il distretto Ovest presenta un valore inferiore che è pari a 27.

Struttura dell'offerta (valori assoluti)

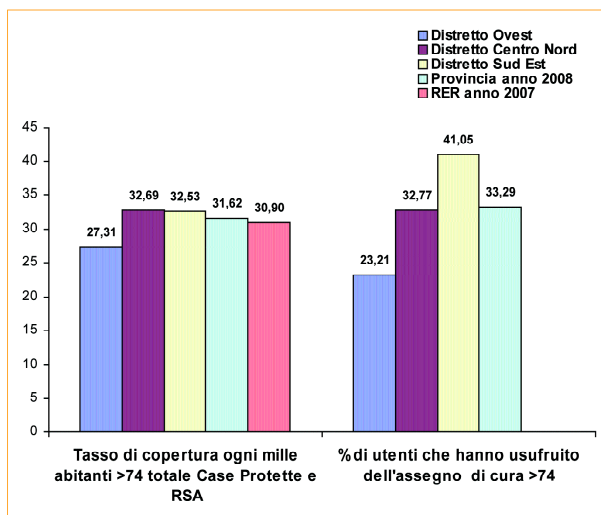
N. di posti Convenzionati	Ovest	Centro Nord	Sud Est	Provincia anno 2008
Residenziale Protetta (RSA e CP)	240	791	424	1.455
Centri Diurni per anziani	21	75	35	130

Indicatori di offerta e di utilizzo (anno 2008)

	Centri diurni Tasso di copertura su >74	Residenzialità protetta e RSA Tasso di copertura >74	Persone che hanno usufruito Ass. di cura su over 74
Distretto OVEST	2,39	27,31	23,21
Distretto Centro Nord	3,06	32,69	32,77
Distretto Sud Est	2,69	32,53	41,05
Provincia 2007	2,82	31,62	33,29

(*) percentuale ogni mille abitanti al 31/12/2008.

Rispetto all'anno 2007 è stato concordato un incremento di 10 posti letto, di cui 8 nel Distretto Centro Nord e 2 nel Sud Est, che si inserisce nel percorso di adeguamento dell'offerta residenziale dovuto all'incremento del numero di anziani ultra75enni. Il potenziamento maggiore è avvenuto nel territorio del distretto Centro Nord, dove si registra il maggior incremento, in termini assoluti e percentuali, del numero di grandi anziani.



Centri Diurni

I posti convenzionati in Provincia di Ferrara sono 130. Rispetto alla popolazione residente, sono disponibili circa 3 posti ogni 1000 ultra75enni, a fronte di un valore massimo indicato dalla Regione del 10‰ su popolazione target. Esiste quindi uno scarto notevole fra l'indicazione regionale e la situazione osservata nella nostra provincia, tanto che si può dire che l'utilizzo di questa opportunità assistenziale non abbia raggiunto una dimensione ottimale: la dotazione di posti è sottodimensionata in tutti e tre i distretti, e il numero delle richieste non presenta incrementi significativi rispetto al 2007, come evidenziato dal numero esiguo di anziani in lista di attesa che ammonta a otto unità in tutta la provincia. È

possibile che l'utilizzo limitato di questa risorsa derivi dal fatto che il ricorso al Centro Diurno sia più efficace in presenza di una rete di servizi domiciliari efficiente e coesa, in grado di gestire l'integrazione fra aspetti sociali e sanitari, e di attivare e sostenere le reti sociali. Emerge quindi la necessità di formulare obiettivi specifici per aumentare la fruibilità dei Centri Diurni. Pare infatti che la richiesta limitata di questo tipo di soluzione dipenda anche dalle difficoltà di accesso quali la mancanza di trasporti e di una rete di interventi domiciliari che renderebbero sostenibile la frequenza nel corso del tempo.

Al di fuori dell'ambito cittadino, le caratteristiche territoriali della provincia, ampie distanze e dispersione abitativa, comportano costi relativamente alti per i trasporti; le preferenze degli utenti vanno nel senso di soluzioni assistenziali residenziali.

Assegno di cura

Un importante contributo alle famiglie che intendono mantenere l'anziano al domicilio è rappresentato dall' Assegno di Cura integrato da un ulteriore contributo forfetario di 160 Euro mensili, per chi, avendo un reddito ISEE entro il limite di 15.000 Euro, si avvale del lavoro di un'assistente familiare regolarmente assunta.

L'assegno di cura si è rivelato efficace per il sostegno alle famiglie che prestano cure per contrastare o ritardare il ricorso ai ricoveri in istituti.

Il contributo è assegnato, riconoscendo il lavoro di cura della famiglia nei confronti dell'anziano non autosufficiente, per attività socio-assistenziali a rilievo sanitario garantite dalla stessa famiglia e per far fronte alle spese personali del paziente in cura, e in parte anche per l'assistenza privata. In particolare devono essere garantite l'igiene e cura della persona, l'igiene e mantenimento dell'ambiente di vita, le condizioni dell'alimentazione, la vita di relazione e socializzazione.

Nel corso del 2008 hanno usufruito dell'assegno di cura 1.532 anziani, pari al 34 % degli ultra75enni residenti nel territorio provinciale. La percentuale di persone che li ricevono presenta variazioni tra i tre distretti, passando dal 42% del Sud Est al 24% dell'Ovest, a fronte di un valore medio regionale del 47%. Nel triennio 2006-2008 il numero di nuclei familiari beneficiari di assegni di cura è cresciuto del 25%, salendo da 1.221 a 1.532. I nuovi contratti attivati nel 2008 rappresentano circa il 37% dei contratti in essere.

Assistenza residenziale e semi-residenziale per disabili

I Centri socio riabilitativi residenziali sono strutture socio-sanitarie rivolte a persone con disabilità che necessitano di assistenza continuativa e non possono essere seguite al domicilio. I Centri Socio Riabilitativi Diurni sono strutture socio-sanitarie a carattere diurno che offrono sostegno alla persona e alla famiglia, supportando il lavoro di assistenza, educazione e riabilitazione. Al loro interno sono svolti interventi volti all'acquisizione dell'autonomia individuale nelle attività quotidiane, al mantenimento e potenziamento delle abilità residue e all'integrazione sociale dell'ospite.

Nel settore dei servizi e degli interventi in favore di utenti affetti da disabilità si è sostenuto lo sviluppo omogeneo ed organico della rete "storica" di offerta nei diversi ambiti distrettuali cercando di perseguire criteri di flessibilità.

La programmazione della rete dei servizi per i casi di più rilevante gravità, assicura un equilibrio tra servizi diurni e residenziali tentando al massimo di evitare il ricorso a strutture extra distrettuali per sostenere la permanenza della persona nel proprio contesto di vita.

Fondamentale è l'integrazione socio-sanitaria tra i servizi sia dei comuni della provincia che dell'Azienda, integrazione che si realizza attraverso il raccordo tra il Piano Sociale di zona, il Programma delle attività territoriali dei Distretti e i Piani per la Salute.

L'inserimento degli assistiti nei centri residenziali o semi residenziali avviene in seguito a valutazione dell'UVAR in merito ai bisogni socio/sanitari e sanitari degli utenti. Il Progetto individuale comprende un pacchetto di servizi personalizzato, che viene monitorato nel tempo per verificare l'adeguatezza alle esigenze sanitarie, riabilitative e assistenziali.

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

	Residenziali				Semiresidenziali			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Piacenza	0,38	0,38	0,46	0,51	0,69	0,73	0,78	0,78
Parma	0,27	0,43	0,33	0,34	0,51	0,50	0,52	0,59
Reggio Emilia	0,30	0,24	0,26	0,29	0,61	0,64	0,65	0,62
Modena	0,19	0,21	0,23	0,24	0,83	0,83	0,90	0,94
Bologna	0,35	0,39	0,44	0,45	0,96	1,00	1,03	1,07
Imola	0,14	0,14	0,14	0,14	0,48	0,48	0,48	0,36
Ferrara	0,39	0,48	0,48	0,48	0,59	0,67	0,64	0,68
Ravenna	0,38	0,42	0,47	0,59	0,67	0,68	0,74	0,77
Forlì	0,62	0,61	0,61	0,70	1,58	1,61	1,50	1,49
Cesena	0,57	0,56	0,56	0,59	0,88	0,87	0,87	0,88
Rimini	0,51	0,55	0,56	0,56	1,33	1,32	1,32	1,33
Totale Regione	0,35	0,38	0,39	0,42	0,81	0,83	0,85	0,88

Fonte: Servizio Sistemi Informativi Sanità e Politiche Sociali.

Ferrara	Posti residenziali	Posti semi-residenziali
2000	47	181
2001	103	204
2002	103	194
2003	143	243
2004	138	207
2005	168	236
2006	170	225
2007	171	243

GRAVISSIME DISABILITÀ ACQUISITE

Numero di pazienti presi in carico per tipologia di assistenza - Anno 2009

Azienda USL di presa in carico	Totale pazienti presi in carico	Pazienti con Assistenza Domiciliare (fonte Banca dati ADI)	Pazienti con Asegno di cura (DGR 2068/2004)	Pazienti in Assistenza Residenziale
Piacenza	110	69	42	41
Parma	144	79	60	70
Reggio Emilia	119	73	61	39
Modena	153	68	45	62
Bologna	182	96	86	59
Imola	23	15	14	8
Ferrara	100	57	61	40
Ravenna	81	46	46	30
Forlì	51	24	24	27
Cesena	98	59	42	38
Rimini	103	47	41	53
Regione	1.164	633	522	467

Fonte: Banca dati GRAD (GRavissime Disabilità Acquisite) - Regione Emilia-Romagna.

Il numero di pazienti affetti da gravissime disabilità è incrementato nel 2009 del 16,23% a livello medio regionale, per la provincia di Ferrara tale incremento non si è realizzato in quanto già dal 2008 il livello di presa in carico era considerevolmente elevato.

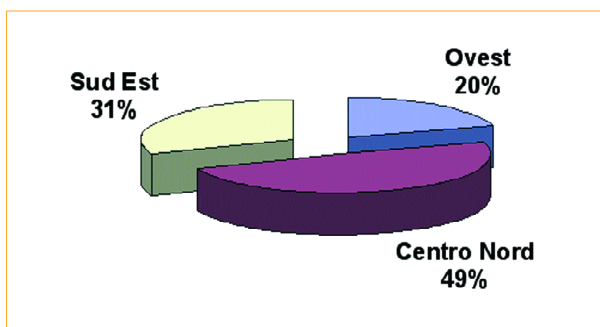
Il rapporto tra pazienti presi in carico su popolazione residente è decisamente più elevato rispetto alla media Regionale: 0,72 pazienti ogni mille abitanti per Ferrara, contro 0,64 per mille a livello Regionale.

Pazienti in carico per classi di età - Anno 2009

Azienda USL di presa in carico	CLASSE ETÀ								TOTALE	
	Sotto i 50 anni		Tra 50 e 65 anni		Tra 65 e 75 anni		Oltre i 75 anni		pazienti	%
	pazienti	%	pazienti	%	pazienti	%	pazienti	%		
Piacenza	30	18%	53	48%	26	24%	11	10%	110	100
Parma	31	22%	48	33%	37	26%	28	19%	144	100
Reggio Emilia	41	34%	51	43%	15	13%	12	10%	119	100
Modena	36	24%	60	39%	34	22%	23	15%	153	100
Bologna	47	26%	70	38%	38	21%	27	15%	182	100
Imola	9	39%	12	52%	2	9%	0	0%	23	100
Ferrara	25	25%	39	39%	23	23%	13	13%	100	100
Ravenna	24	30%	37	46%	13	16%	7	9%	81	100
Forlì	11	22%	23	45%	12	24%	5	10%	51	100
Cesena	23	23%	32	33%	25	26%	18	18%	98	100
Rimini	17	17%	38	37%	31	30%	17	17%	103	100
Regione	284	24%	463	40%	256	22%	161	14%	1.164	100

Fonte: Banca dati GRAD (GRavissime Disabilità Acquisite) - Regione Emilia-Romagna.

**SUDDIVISIONE PAZIENTI PRESI
IN CARICO PER DISTRETTO
ANNO 2009**



La suddivisione dei pazienti in carico per classi di età rispecchia la media regionale, così come la distribuzione per distretto appare omogenea in relazione alla popolazione.

Le “cure domiciliari”

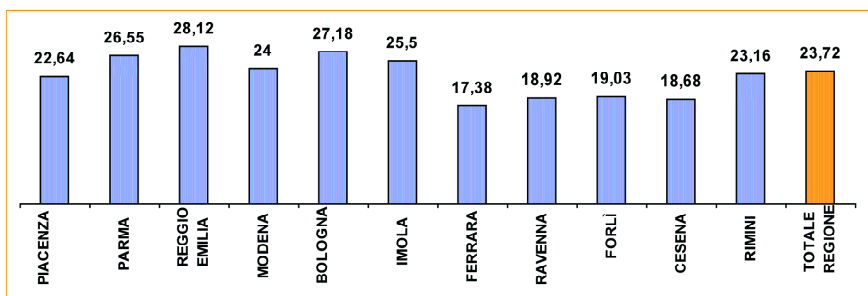
Il servizio di assistenza domiciliare garantisce e fornisce cure domiciliari a persone non autosufficienti o impossibilitate, per gravi motivi di salute, a uscire di casa e che necessitano di un'assistenza personalizzata sanitaria e sociale.

È un servizio reso al cittadino e si colloca fra le strutture ospedaliere e le strutture residenziali per anziani non autosufficienti, garantendo la continuità assistenziale ai pazienti che hanno necessità di dimissioni protette, al termine del periodo di ricovero ospedaliero.

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

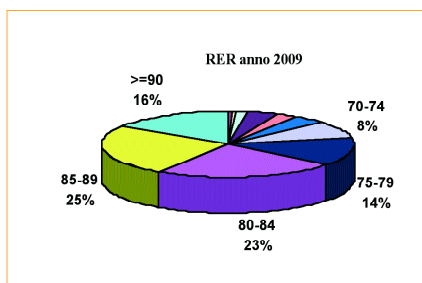
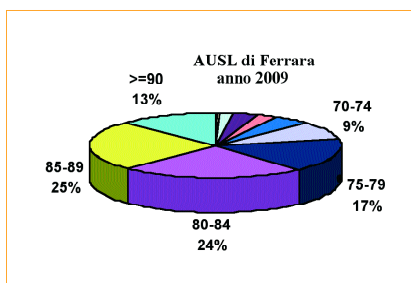
Un aspetto assai significativo dell'assistenza domiciliare è rappresentato dall'assistenza infermieristica che può svolgere la propria attività di nursing anche in maniera esclusiva (cioè non in forma integrata).

**TASSI TAD
STANDARDIZZATI 2009**



Dai tassi standardizzati si evidenzia una percentuale ridotta rispetto alle altre USL; si presuppone che ciò debba imputarsi allo sfavorevole rapporto tra numero di infermieri e popolazione assistita, che caratterizza la provincia di Ferrara.

PERCENTUALE DI PAZIENTI SEGUITI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER CLASSI DI ETÀ - ANNO 2009



Fonte: Servizio Sistemi informativi Sanità e politiche sociali.

La composizione per età si sovrappone alla media regionale, è evidente la predominanza delle fasce comprese tra gli 80 e i 90 anni,.

La TAD definisce l'episodio di cura in relazione all'apertura di contratti amministrativi di Medici di Medicina Generale o in alternativa della figura che prevalentemente assiste il paziente (responsabile dell'assistenza).

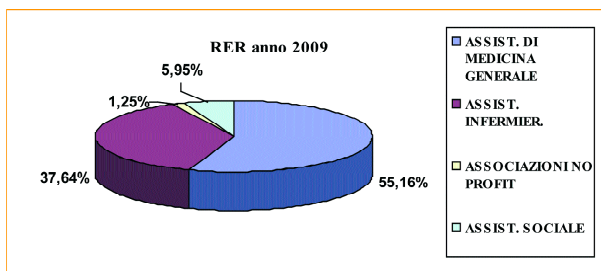
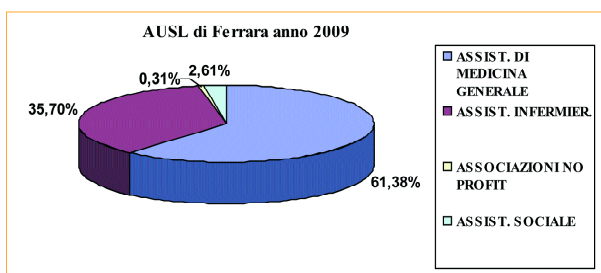
Se è stato aperto un contratto con il Medico di Medicina Generale:

- Assistenza di Medicina Generale;

Se non c'è nessun contratto con il Medico di Medicina Generale:

- Assistenza Infermieristica: l'infermiere è il responsabile assistenziale;
- Assistenza Volontariato/Assistenza Associazioni no profit: la responsabilità terapeutica è dei medici dell'associazione di volontariato/no profit;
- Assistenza Sociale (TAD Sociale): è prevalente l'assistenza tutelare permettendo così di rilevare l'assistenza domiciliare sociale con onere a rilievo sanitario

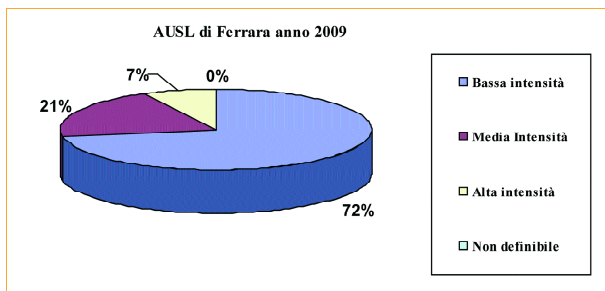
**PERCENTUALE DI TAD
PER TIPOLOGIA
DI ASSISTENZA DOMICILIARE
ANNO 2009**



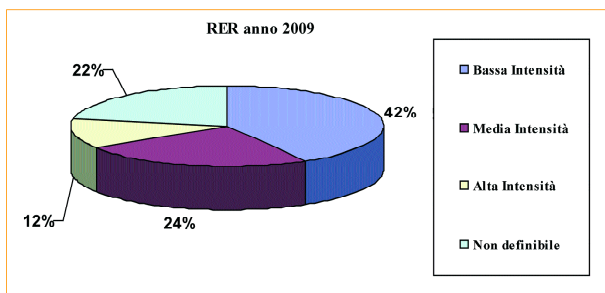
Fonte Servizio Sistemi informativi Sanità e politiche sociali.

Dal confronto con il dato regionale, si evince che nella provincia di Ferrara sono predominanti le TAD, la cui apertura del contratto è avvenuta tramite un Medico di Medicina Generale.

I livelli di intensità delle cure misurano la complessità sanitaria e socio-assistenziale dei casi assistiti in regime di cure a domicilio. I livelli vanno assegnati ai pazienti durante gli episodi di cura a seconda delle caratteristiche individuate dalle Commissioni Professionali Domiciliari sulla base delle indicazioni regionali.



**PERCENTUALE DI TAD
PER LIVELLO DI INTENSITÀ
ASSISTENZIALE
ANNO 2009**



Fonte: Servizio Sistemi informativi Sanità e politiche sociali.

Composizione per livelli

Assistenza Domiciliare Integrata	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2009	Provincia anno 2008
N° assistiti livello 1	639	1.099	836	2.574	2.536
N° assistiti livello 2	119	342	392	853	749
N° assistiti livello 3 e volontariato	18+63	192+217	175+48	713	699
Totale	839	1.850	1.451	4.140	3.984
N. assistiti in Assistenza domiciliare Programmata	84	454	217	755	827
N° assistiti inferm. Domiciliare (*)	1.030	3.054	977	5.061	5.860
N° assistiti TAD sociali (**)	22	111	80	213	169

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

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

N. di assistiti ogni mille abitanti totali	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2007	Provincia anno 2008
N° assistiti livello 1	8,19	6,17	8,12	7,17	7,08
N° assistiti livello 2	1,52	1,92	3,81	2,38	2,09
N° assistiti livello 3 e volontariato	1,04	2,30	2,17	1,99	1,95
Totale	10,75	10,39	14,10	11,52	11,13
N° assistiti inferm. domiciliare	13,20	17,16	9,49	14,10	16,37

* Popolazione al 31-12-2009.

Si evidenzia una disomogeneità di casi in carico tra i diversi Distretti, in particolare nei casi a maggiore intensità (livello 2 e 3). Per quanto riguarda gli assistiti dagli infermieri, prevale nel distretto Sud-Est la tendenza all'apertura di contratti con il MMG, mentre negli altri 2 Distretti molti pazienti sono in carico al solo infermiere, che opera in accordo con le prescrizioni del MMG, ma senza che vi sia la sottoscrizione di un contratto.

Dal confronto con la media regionale si può affermare che l'Assistenza Domiciliare Integrata dell'Azienda UsI di Ferrara pur offrendo un servizio a tutte le età rappresentate, si distacca da essa soprattutto nella diversificazione e nella scelta dei casi, favorendo le attivazioni di livelli di bassa intensità assistenziale rispetto ai livelli più complessi.

SERVIZI CONSULTORIALI

Salute Donna

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

Nella struttura consultoriale, confluiscono tutta una serie di professionalità dei ruoli sanitario laureato, operatori sanitari e sociali dedicati all'assistenza territoriale.

L'ambito della nascita vede la donna esprimersi nella dimensione più alta della potenza e della competenza. Non c'è un momento più appropriato per investire nella promozione della salute del percorso nascita. Si ha il massimo della disponibilità a riflettere sul proprio stato di salute, al fine di assicurare le migliori condizioni per la persona che nasce.

Il **percorso nascita** garantisce un'assistenza adeguata, appropriata e completa per quanto riguarda la gravidanza fisiologica e precisamente:

- assistenza ambulatoriale: con ampia fascia oraria che comprende anche ambulatori pomeridiani;
- assistenza ecografica con ecografie tecnicamente di 2° livello corsi di accompagnamento alla nascita;
- ambulatorio ostetrico dedicato alle donne straniere con presenza di mediatore culturale
- ambulatorio di sostegno all'allattamento materno e consulenza telefonica. punto di ascolto per sostenere nel primo anno di vita genitori in condizioni di fragilità.

Il **percorso ginecologico** prevede:

- ambulatori di consulenza per patologia ginecologica, per ginecologia preventiva e consulenza sessuologica rivolta a tutte le donne comprese le straniere
- consulenza per contraccezione, contraccezione d'emergenza ed applicazione della legge 194 per le interruzioni volontarie di gravidanza
- ambulatori dedicati a una fascia di età protetta (oltre 65 anni) per tutto quanto è attinente alla sfera ginecologica;
- esecuzione pap-test di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero diretto a tutte le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni con accesso a invito;
- ambulatorio dedicato alla rieducazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria);
- ecografie ginecologiche sia pelviche che trans-vaginali.

Lo **spazio giovani** è un servizio rivolto a giovani ed adolescenti dai 14 ai 24 anni per informazioni e/o problemi riguardanti la contraccezione, la fisiologia ginecologica, la sessualità, la sfera affettiva e le relazioni interpersonali e familiari:

- ambulatorio ad accesso libero e gratuito per la fascia 14-19 anni;
- ambulatorio con prenotazione a CUP per la fascia 20- 24 anni;
- ambulatorio di consulenza psicologica gestito dalla psicologa

Il **percorso Menopausa** in collaborazione con l'Università per la fascia di età 45/60 anni;

ANNO 2008	Distretto Ovest	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Prov. 2008	Prov. 2007	Prov. 2006	R.E.R. 2007
Numero di donne seguite in gravidanza (*)	289	1.080	241	1610	1461	1102	16.512
% di Donne seguite in gravidanza sul totale dei nati vivi da residenti	38,58%	85,51%	31,67%	58%	56%	43,27%	40,80%
Donne immigrate gravide seguite dal servizio	162	342	127	7.933	631	456	413
% immigrate incinte su totale donne in gravidanza seguite dal servizio	56,06%	31,67%	52,70%	39,19%	31,21%	37,48%	48%
Numero soggetti coinvolti nei corsi di accompagnamento alla nascita	127	901	70	1098	1158	1082	–
Numero di puerpere seguite	110	465	245	820	894	758	–
Sostegno allattamento al seno n. di puerpere	294	366	395	1055	1676	821	–
Donne in carico per settore Ostetricia e Ginecologia (**)	3216	10179	3779	211.677	17174	18024	18342
% utenti su pop. Donne 15-64	13,19%	17,71%	11,49%	14,97%	15,80%	16,18%	15,50%
Utenti in carico per settore Psicologia	–	81	26	107	77	68	7.163
Numero di donne seguite per problemi connessi alla Menopausa	264	1629	267	2160	2.347	2502	–
% utenti menopausa su pop. Donne 44-59	3,13%	7,41%	2,15%	5,05%	5,70%	6,38%	–

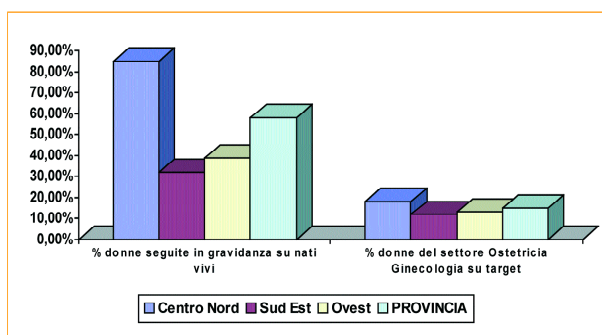
* Rilevazione Sistema Informativo Regionale: gravidanza prese in carico nell'anno.

** Rilevazione Sistema Informativo Regionale: utenti dell'attività sanitaria di Ostetricia e Ginecologia.

*** popolazione al 31/12/2008.

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

PERCENTUALE DI UTENTI SUL TARGET ANNO 2008



Pediatria di Comunità

Il Modulo Organizzativo di Pediatria di Comunità svolge funzioni di tutela della salute della popolazione in età compresa fra 0 e 17 anni in particolare per quanto riguarda: **Prevenzione delle malattie infettive** (in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione):

- esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per la popolazione in età 0-17anni;
- particolare attenzione alla formazione del personale;
- predisposizione di sedute dedicate all'esecuzione della vaccinazione anti-papillomavirus alle bambine nate negli anni 1996-1997-1998;
- prevenzione della diffusione di malattie infettive ed infestazioni nelle comunità: interventi nelle comunità scolastiche a seguito di notifica di malattie infettive (meningite, pediculosi, scabbia, ecc.) in ottemperanza alla Circolare del Ministero della Sanità n° 4 del 13/03/1998 e linee guida regionali (circolare 21/99);
- sorveglianza sulla diffusione della tubercolosi (Mantoux) nelle categorie a rischio;
- sorveglianza igienico-sanitaria in comunità che ospitano minori.

Si ricorda che, per quanto riguarda le vaccinazioni e i controlli in comunità scolastiche, la Pediatria di Comunità del distretto Centro-Nord si fa carico della sorveglianza della popolazione scolastica dei comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda, pur appartenenti al Distretto Ovest.

Sorveglianza qualitativa delle refezioni scolastiche avviene attraverso la partecipazione alla stesura del capitolato di appalto, l'approvazione di dietetici collettivi nelle scuole d'infanzia e nella scuola primaria; l'elaborazione di menù speciali per le scuole di ogni ordine e grado in caso di patologie (allergie, intolleranze, malattie metaboliche, malattie croniche) e controlli del rispetto delle diete speciali.

Incontri con le istituzioni e le famiglie (commissioni mensa e problematiche speciali).

Attivazione di interventi per l'assistenza ai bambini con bisogni speciali:

- bambini affetti da patologie croniche : inserimento in ambito scolastico in collaborazione con altri servizi (Pediatri di Libera Scelta e Specialisti), enti e istituzioni; elaborazione di protocolli personalizzati; informazione ed istruzione del personale della scuola;
- sostegno e tutela ai bambini e ragazzi in condizioni di disagio socio sanitario e/o immigrati: progetti condivisi con altri Servizi (Servizio Sociale, SMRIA, SERT, Salute Mentale, Salute Donna).

La differenza di numerosità dei bambini cronici rispetto allo scorso anno, è in parte dovuto ad una raccolta dati non omogenea, in parte ad un effettivo aumento di certe patologie, prima fra tutte il Diabete Mellito tipo uno. Si è cercato comunque di omogeneizzare i dati raccolti per renderli più aderenti alle varie realtà territoriali.

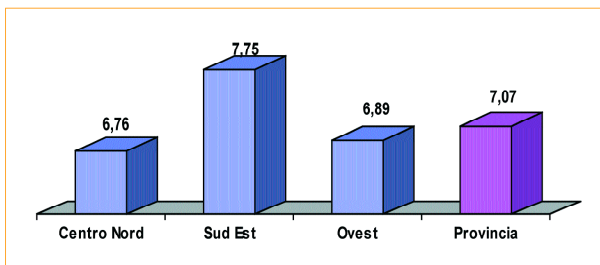
Tabella malattie croniche anno 2009

ANNO 2008	Distretto Ovest	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Provincia 2009	Provincia 2008	Provincia 2007
N° tot. bambini con malattie croniche seguiti nel 2009 di cui:	80	142	98	320	246	145
- diabete mellito tipo I	15	37	17	69	68	49
- allergia (alimentare + asma)	21	58	43	122	98	49
- epilessia	8	13	14	35	19	14
- celiachia	25	11	15	51	38	9
- cerebropatie gravi	6	3	9	5	3	
- fibrosi cistica	1	-	3	4	-	-
- patologie emocoagulative	5	1	6			
- altro	10	12	8	19	18	21
PAI / ADI 2.4.4.	-	-	-	-	1	6
N° interventi (*)	73	229	602	946	993	481
N° bambini affetti da malattie croniche ogni 1000 abitanti 0-17 anni (**)	6,89‰	6,76‰	7,75‰	7,07‰	5,57‰	3,28‰

Totale bambini seguiti nel corso dell'anno 2009.

** Dati di popolazione al 31/12/2009.

**NUMERO BAMBINI AFFETTI
DA MALATTIE CRONICHE
OGNI 1000 ABITANTI**



Interventi di controllo, informazione, educazione alla salute inerenti il tempo libero e l'attività fisica (in collaborazione con SIAN, PLS, SERT): partecipazione ad indagini epidemiologiche sulla prevalenza del sovrappeso e dell'obesità; prevenzione dell'abitudine al fumo.

Sostegno dei genitori nella cura dei figli: partecipazione, in collaborazione con Salute Donna e i Centri per le famiglie di Ferrara e Comacchio ai "corsi di accompagnamento alla nascita" ed alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno con offerta di consulenze telefoniche ed ambulatoriali alle mamme; il pieghevole informativo su questa rete di sostegno e promozione è stato tradotto in sette lingue straniere, delle etnie più rappresentate nella nostra Provincia, con il contributo dell'Ufficio Mediazione ed Accoglienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

In collaborazione con i Centri per le famiglie del Comune di Ferrara la Pediatria di Comunità ha inoltre dato il suo contributo ai "Corsi di italiano per madri straniere con bambini piccoli" tenutisi presso le sedi dei Centri "Mille gru" ed "Elefante blu", con servizio di baby-sitteraggio per i piccoli, mentre le madri partecipavano agli incontri. Ha organizzato su mandato regionale in collaborazione con i PPS, l'implementazione interaziendale provinciale della Campagna "Genitori più" promossa dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Una rappresentante della Pediatria di Comunità del Distretto Centro-Nord ha inoltre partecipato al gruppo regionale di scambi pedagogici.

Nel biennio 2008/2009 è inoltre proseguito il progetto "Ben arrivato": progetto sperimentale biennale di accompagnamento e sostegno di genitori di bambini nel 1° anno di vita. Il progetto prevede di realizzare, in via sperimentale, un punto di ascolto e di sostegno ai genitori a rischio di depressione e difficoltà di relazione e di gestione del neonato nel centro Piccola Casa di Viale Krasnodar, 112 - Ferrara.

La Pediatria di Comunità ha partecipato al lavoro di integrazione con i Pediatri di Libera Scelta sulla base dell'Accordo Regionale attraverso l'effettuazione di incontri periodici distrettuali, inerenti la presa in carico precoce del neonato sano e la presa in carico del bambino con malattia cronica, finalizzati alla programmazione delle attività sulla base dell'accordo regionale.

Nel biennio 2008-2009, nell'ambito del progetto per il piano di implementazione dell'allattamento al seno nella Provincia di Ferrara, nel distretto Sud Est è stato realizzato un progetto sperimentale dal titolo "Allattamento al seno nella Provincia di Ferrara: esperienza di integrazione tra i servizi territoriali ed espe-

dalieri ", con lo scopo di rinforzare la promozione ed il sostegno dell'allattamento materno, presso il punto nascita dell'Ospedale del Delta , attraverso l'intervento integrato del personale dei servizi distrettuali territoriali Salute Donna/ Pediatria di Comunità e del personale delle divisioni ospedaliere Ostetricia/Pediatria, offrendo consulenze alle puerpere dopo il parto, prima della dimissione.

Inoltre, nella sede della Pediatria di Comunità di Migliarino, in collaborazione con la Biblioteca del Comune di Ostellato, è proseguito il progetto "Nati per leggere" con l'allestimento di un angolo lettura e l'organizzazione di appositi incontri con il lettore rivolti ai bambini e ai loro genitori per favorire le capacità genitoriali.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche è la struttura operativa dell'Azienda USL di Ferrara che si configura come l'organizzazione di base per l'aggregazione della psichiatria, della neuropsichiatria, della psicologia e riabilitazione dell'età evolutiva e del Ser.T..

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

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

Pazienti seguiti dalla Psichiatria adulti su popolazione residente

Pazienti su 10.000 abitanti	2009	2008	2007
Piacenza	207,494	200,9	209,6
Parma	134,177	147,9	135,7
Reggio Emilia	221,659	233,3	224,7
Modena	167,941	174,9	169,5
Bologna	199,362	179,9	200,7
Imola	182,798	155,8	184,8
Ferrara	225,1	182,1	192,8
Ravenna	165,891	166,1	168,1
Forlì	175,65	170,7	177,3
Cesena	240,99	220,3	244,3
Rimini	147,418	159,3	149,4
Totale Regione	184,271	181,8	186,1

Per il calcolo dell'indicatore si è utilizzata la popolazione residente adulta (età =>18 anni) all'1/1/2008.

Si considerano per persone trattate indipendentemente dalla Provincia di Residenza.

Il numero di persone annualmente trattate dalla Unità Operativa Psichiatria adulti di Ferrara è al di sopra della media regionale, la crescita del numero di utenti seguiti è motivata:

- dal maggior ricorso alle strutture pubbliche rispetto a quelle private a seguito della crisi economica che induce un forte d'Esagio;
- è stato perfezionato il sistema di alimentazione dei dati nel software.

Pazienti seguiti dal CSM suddivisi per Distretto di Residenza 2009

	Distretto Ovest	Distretto Ovest (Clin. Psich.)	Distretto Centro-Nord	Distretto Centro-Nord (Clin. Psich.)	Distretto Sud-Est	Distretto Sud-Est (Clin. Psich.)	Provincia anno 2009	Provincia anno 2008	Provincia anno 2007
N° totale di pazienti seguiti	888	81	2608	833	1852	114	6317	5.675	5.951
N° di persone trattate ogni 10.000 abitanti >=18	172.76	15.76	152.58	48.92	204.86	12.61	202	182,1	191.8

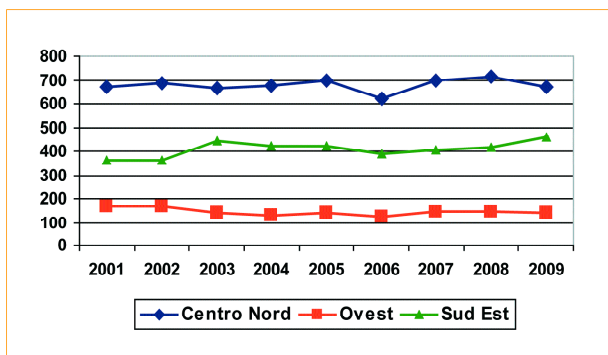
Per il calcolo dell'indicatore non si è tenuto conto degli utenti residenti fuori provincia

Il Distretto Sud Est presenta una prevalenza superiore alla media provinciale; le motivazioni possono essere essenzialmente collegate alle condizioni socio economiche e per la percentuale elevata di abitanti anziani.

	Distretto Ovest	Distretto Centro-Nord	Distretto Sud-Est	Provincia anno 2009	Provincia anno 2008	Provincia anno 2007	Provincia anno 2006
N° ricoveri totali	143	668	547	1268	1.274	1.314	1.139
con un tasso di ricovero su 10.000 ab. i - Over 17 anni	27,82	39,08	50,55	40,55	40,88	42,16	36,83
di cui il N° ricoveri in Case di Cura	30	64	3525	119	148	136	136
con un tasso di ricovero su 10.000 ab. - Over 17 anni	5,84	3,74	2,77	3,81	4,75	4,36	4,4

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

RICOVERI PER DISTRETTO



Il Distretto Sud Est presenta un tasso di ricovero più elevato prevalentemente dovuto alla vicinanza con il Servizio Psichiatrico Ospedaliero dell'Ospedale del Delta. Il Distretto Ovest, presenta un elevato ricorso all'ospedalità privata in quanto è ubicato lontano dalle strutture pubbliche di Ferrara e dell'Ospedale del Delta.

Il Tasso di ricovero nelle strutture residenziali a gestione diretta presenta un trend in aumento, al contrario il ricorso al privato convenzionato decresce.

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

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

Azienda di residenza	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% TSO/Ricoveri 2009
Piacenza	15,9	15,2	14,6	14,5	14,0	15,4	17,8
Parma	12,8	13,2	13,2	14,3	13,5	10,7	23,8
Reggio Emilia	10,6	11,2	11,1	9,6	10,1	9,6	33,8
Modena	18,8	18,3	13,1	17,7	17,8	17,8	14,9
Bologna	21,3	19,6	20,1	20,0	20,0	19,9	4,7
Imola	20,8	18,8	18,9	19,8	18,4	17,8	9,0
Ferrara	10,4	11,8	10,0	10,4	11,81	11,7	26,6
Ravenna	27,1	24,6	20,5	16,8	14,1	16,2	16,4
Forlì	17,3	16,4	16,1	15,2	15,5	16,2	9,2
Cesena	21,1	21,1	21,4	20,5	22,1	19,0	11,4
Rimini	12,8	14,5	13,0	12,5	10,8	11,8	13,6
Totale Regione	17,2	16,8	15,4	15,7	14,9	15,2	15,4

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

Il tasso di ospedalizzazione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Ferrara, si mantiene significativamente inferiore alla media regionale; si può desumere che presumibilmente l'assetto socio economico della provincia favorisce una risposta territoriale alle situazioni di emergenza-urgenza psichiatrica.

SERVIZI PER LA PREVENZIONE, CURA, RIABILITAZIONE DALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE (SER.T.)

(1) Centro di Farmacoterapia di Ferrara, Centro Psicosociale di Ferrara, SerT di Copparo, SerT di Cento, SerT di Portomaggiore, SerT di Codigoro.

I Servizi per la prevenzione, cura, riabilitazione delle dipendenze patologiche sono articolati in 5 strutture sanitarie di accoglienza, diagnosi e trattamento ambulatoriale⁽¹⁾ che garantiscono l'offerta delle principali terapie farmacologiche, psicologiche, psicoterapeutiche e degli interventi socio-riabilitativi diretti a persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive (droghe, alcol, tabacco). Su tutto il territorio provinciale è attivo un Centro per la prevenzione e cura del giocatore d'azzardo patologico che si occupa delle problematiche che investono il giocatore, la sua famiglia e il contesto sociale.

I SerT negli ultimi anni hanno sviluppato percorsi di presa in carico specifici diretti agli adolescenti (16-24 anni) attivando un'équipe multidisciplinare dedicata.

Su tutto il territorio provinciale sono attivi punti di consulenza per genitori, insegnanti e adolescenti dedicati al tema delle nuove droghe e dei nuovi consumi, in particolare il Punto informativo presso lo Spazio Giovani è rivolto ai ragazzi dai 14 ai 24 anni ed offre counselling sulla prevenzione del consumo di sostanze stupefacenti e percorsi di approfondimento in setting di gruppo ad approccio psico-corporeo.

Infine con il Servizio di prossimità si raggiungono i gruppi di consumatori sul territorio, attivando processi educativi atti a favorire ed incoraggiare comportamenti responsabili nell'utilizzo del tempo libero e dei momenti di svago e stabilendo un primo contatto con i giovani che mostrano problemi relativi all'uso di sostanze.

Sul territorio provinciale è operativa un'équipe carcere che afferisce organizzativamente al SerT di Ferrara e garantisce la continuità della cura dei soggetti con dipendenza da sostanze già in carico al servizio nel periodo di carcerazione. Per i detenuti non residenti nella provincia di Ferrara, predispone un programma terapeutico stabilendo contatti con il SerT di appartenenza, con gli operatori penitenziari, con gli operatori delle comunità e i familiari.

L'offerta dei servizi pubblici si integra sul territorio con strutture del privato sociale accreditato, che offrono un totale di 112 posti ospite, 100 in convenzione a regime residenziale e 12 posti semi-residenziali, con un rapporto di 4,9 posti letto ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

In particolare le 3 strutture terapeutico-riabilitative hanno 50 posti residenziali e 12 semiresidenziali (Il Ponte di Migliaro, Il Timoniere di S. Giustina di Mesola, Saman Le Muraglie di Bondeno); la struttura pedagogico-riabilitativa Papa Giovanni XXIII di Denore offre 17 posti residenziali; la struttura specialistica COD L'Airone di Argenta con 15 posti letto per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica; la struttura specialistica per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori Exodus La Casa di Carlotta di Bondeno autorizzata per 18 posti residenziali. Ciascuna di queste realtà, pur partendo da differenti presupposti teorici e metodologici, si inserisce nel sistema dei servizi per l'integrazione dei percorsi terapeutici tra SerT e Comunità Terapeutiche.

Negli ultimi anni sono stati attivati tre nuovi percorsi differenziati in grado di rispondere ai bisogni degli utenti con patologie invalidanti, con particolari esigenze di cure sanitarie intensive temporanee, o che necessitano di progetti di reinserimento post comunitari con supporto educativo e territoriale.

Al fine di offrire risposte terapeutiche sempre più appropriate e differenziate nel 2008 sono stati attivati i seguenti progetti:

Progetto Farmaci sostitutivi per la dipendenza da oppiacei

Il progetto mira a valutare gli effetti collaterali dei farmaci stupefacenti usati cronicamente al fine di ottimizzarne l'uso, ridurre i danni e trovare il miglior rapporto tra rischi e benefici.

A partire dalla valutazione dello stato clinico dei pazienti cronici in trattamento sono analizzate le implicazioni cliniche della terapia sostitutiva a lungo termine monitorando gli esami ematochimici e lo stato di salute.

Attraverso l'attivazione di gruppi di auto-aiuto, focus group sulla percezione della salute e del benessere, con la valutazione degli eventi stressanti e degli effetti collaterali delle terapie farmacologiche, sono applicati strumenti relazionali e percorsi di cura che rendono protagonisti le persone non più giovani ma ancora in grado di trovare un significato costruttivo alla loro vita.

Progetto Monitoraggio della salute e valutazione delle terapie a lungo termine con metadone

Il progetto ha l'obiettivo di facilitare l'attuazione e il monitoraggio dei percorsi di tutela della salute di tutti i tossicodipendenti in carico ai servizi valorizzando il concetto di salute come bene irrinunciabile.

Nella prima fase sono state definite le linee guida atte a promuovere le buone pratiche preventive e curative, migliorare gli indici di morbi-mortalità delle donne utenti SerT, con particolare attenzione alla tutela della donna in gravidanza e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. È stato attivato un percorso per lo screening delle infezioni Hiv, Hbv, Hcv, Hav. Il progetto si concluderà con la definizione dei profili di salute degli utenti in trattamento presso i SerT e le comunità terapeutiche e l'avvio di una formazione specifica degli operatori in relazione all'attività di counselling da associare ai programmi di screening.

Progetto adolescenti

L'intervento rivolto all'adolescente sperimentatore o consumatore di sostanze, si concretizza in un progetto che prevede la possibilità di dare una risposta all'ansia di novità intrinseca nelle caratteristiche dell'età, rispettando contemporaneamente in modo adeguato il timore di non essere all'altezza dell'adulto valorizzando il desiderio di autonomia. Quando un adolescente si avvicina al servizio, il primo obiettivo da raggiungere è quello di liberarlo dal consumo delle sostanze. Il lavoro dell'équipe è diretto a fronteggiare il problema con programmi farmacologici di breve durata, integrati con il lavoro psicologico e la ricerca di percorsi personalizzati. L'intervento prevede il coinvolgimento delle famiglie e quando necessario la richiesta di consulenze di altri servizi specialistici (SMRIA, Spazio Giovani).

Contemporaneamente, sul territorio, i servizi sanitari che si occupano dei giovani da prospettive diverse (SerT, Spazio giovani, Servizi di prossimità), in collaborazione con l'istituzione Scuola, Area Giovani e Promeco, stanno realizzando un progetto finalizzato alla possibilità di rendere produttivo l'enorme potenziale creativo dei giovani indirizzandolo verso forme di autorealizzazione sganciata dalle sostanze. Il progetto vede la collaborazione di adulti professionalizzati, per

offrire una risposta di qualità profondamente educativa, credibile soprattutto agli occhi di chi sta abbandonando un vissuto che comprende l'uso di sostanze. La psicologia dello Spazio Giovani, l'educatore del SerT e l'operatore di strada, lavorano insieme su aspetti diversi per individuare le potenzialità dell'adolescente. La metodologia utilizzata, trasferisce l'esperienza attraverso le attività corporee e creative perché quello è il linguaggio e il mezzo di espressione dominante dell'adolescenza. In queste condizioni, il giovane si trova contemporaneamente in una dimensione di ricerca emozionale e di condivisione, guidato da una persona che non vieta l'emozione-esperienza, ma gli propone un'avventura più esaltante da raggiungere: trovare se stesso usando il proprio corpo come potenziale di crescita.

Progetto donna

Le donne tossicodipendenti vanno incontro a malattie più frequenti legate principalmente alla sfera sessuale e procreativa raggiungendo più rapidamente una generale compromissione della salute. Per loro è stato costruito un percorso di accompagnamento ai controlli dello stato di salute e alla protezione dalle malattie sessualmente trasmesse, dalle gravidanze indesiderate, dallo sfruttamento e dalla violenza. Molte donne con partner sieropositivi accettano il rischio di contrarre l'Hiv a causa di un'idea distorta dell'onnipotenza dell'amore che dovrebbe proteggerle, altre per condividere l'intimità con il loro partner tossicodipendente, provano la droga e si ritrovano a perdere due volte: l'integrità fisica e il rapporto amoroso. Per questo i SerT con la rete dei servizi e delle associazioni di volontariato, si sono impegnati ad implementare percorsi di cura e recupero intorno allo specifico femminile nel modo di vivere la malattia e il disagio psicologico e sociale.

Progetto Alcol e lavoro

Nell'ottica di prevenzione e riduzione degli infortuni in ambito lavorativo derivanti dall'assunzione di sostanze psicoattive, merita di essere ricordato il Provvedimento di Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome⁽²⁾, che disciplina la materia relativa all'accertamento preventivo-periodico di assenza di tossicodipendenza per i lavoratori che svolgono mansioni che comportano "particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi".

Si tratta per lo più di lavoratori addetti alla conduzioni di veicoli stradali e di vari mezzi di trasporto aziendali (movimentazione terra e merci). Il provvedimento si propone di assicurare una efficace prevenzione degli infortuni e degli incidenti con la immediata sospensione temporanea dell'idoneità per tali delicate mansioni del lavoratore risultato positivo agli accertamenti tossicologici, favorire il recupero della tossicodipendenza del lavoratore, avviandolo verso idonei programmi di riabilitazione al termine dei quali sarà possibile la riammissione alle precedenti mansioni.

Tale accordo si rivela di estrema importanza pratica, in quanto consente sul piano operativo ai Medici Competenti delle Aziende di porre in essere l'attività di sorveglianza sanitaria specifica, sia preliminarmente all'assegnazione della mansione, sia periodicamente nel corso dello svolgimento del rapporto di lavoro, come previsto dall'art. 41, comma 4 del D.Lgs 81/2008 T.U. sulla Sicurezza sul Lavoro: "Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcool dipendenza e di

(2) Provvedimento 30 ottobre 2007. Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano "Intesa ai sensi dell'art. 8 comma 6 della L. 5 Giugno 2003, n. 131" (G.U. n. 266 del 15-11-2007 e successivo Accordo Stato-Regioni atti n. 178 del 18/09/2008).

assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti". Tale sistematica azione di sorveglianza sanitaria, oltre ad essere un deterrente all'assunzione anche saltuaria di sostanze stupefacenti, che possono compromettere l'idoneità psicofisica del soggetto, contribuisce, sotto il profilo della sicurezza del lavoro, a prevenire efficacemente il verificarsi di infortuni gravi e/o mortali durante lo svolgimento di attività ritenute particolarmente pericolose per l'incolumità del lavoratore stesso o di terzi.

I Servizi di Prossimità

Il profondo cambiamento degli stili di consumo avvenuto negli ultimi anni ha richiesto ai Servizi la capacità di trasformare le modalità tradizionali di approccio soprattutto nei confronti di un mondo giovanile difficile da interpretare nella sua complessità. È diventato quindi fondamentale consolidare il Servizio di prossimità, voluto e formalizzato dalla direttiva Regionale, con la funzione di contrasto al consumo di droga e alla riduzione del danno. L'attività si svolge nei luoghi di vita delle persone, ed è questo che lo rende capace di intercettare richieste di aiuto o semplicemente di ascolto, di promuovere informazione sui temi della salute, di organizzare eventi di aggregazione e sensibilizzazione rivolti alla comunità. Questa è la modalità più originale che il servizio sanitario ha di interpretare il compito della prevenzione, della riduzione del danno e della promozione culturale sulla salute dei cittadini.

La presenza nei contesti relazionali in cui si vivono esperienze, si sperimentano comportamenti trasgressivi e pericolosi per l'uso di sostanze stupefacenti o alcol, è importante per attivare scambi e relazioni utili all'elaborazione di queste esperienze con momenti di riflessione in grado di dare senso ai comportamenti che si mettono in atto. Caratteristica fondamentale della prossimità è proprio la capacità di saper "essere vicini" alle persone con un atteggiamento mai giudicante, aperto al confronto e privo di qualsiasi forma o atteggiamento di stigma.

Esiste una fascia di consumatori, sperimentatori soprattutto giovani, che per scelta o per difficoltà non si rivolge ai servizi ma che necessita comunque di risposte e di accompagnamento nelle scelte della vita.

L'esperienza diretta di contatto quotidiano con le diverse realtà giovanili porta gli operatori a riflettere sulla necessità di approfondire particolari contenuti che in molti casi sembrano non trovare spazi o modi per poter essere espressi ed elaborati. Tematiche come l'utilizzo ricreativo delle sostanze, le possibili visioni di un futuro sempre più incerto e imprevedibile, la difficoltà di riconoscere e dare significato alle esperienze e ai sentimenti, segnano in modo indelebile i racconti di vita dei giovani.

I contesti di intervento del Servizio di prossimità sono diversi e molteplici, caratterizzati dalla flessibilità degli orari e dei destinatari. Si interviene negli spazi pubblici (parchi e piazze), nella strada soprattutto dove è presente marginalità sociale, nei luoghi del divertimento, nelle scuole. Si passa da interventi strutturati a semplici relazioni mordi e fuggi, utilizzando strumenti diversificati per tipologia e significato. Carta e penna, parola e corpo, videocamera ed etilometro hanno lo scopo di avvicinare i nuovi interlocutori con competenza, discrezione e senza atteggiamenti preconcetti.

L'ingresso dei SerT nel Dipartimento di Salute Mentale

L'ingresso dei SerT nel Dipartimento Salute mentale può costituire una ulteriore opportunità di approfondimento clinico per affrontare la complessità della doppia diagnosi: condizione dei pazienti che presentano la patologia di dipendenza associata a sintomi psicopatologici.

Accanto alla necessità di porre in atto rimedi farmacologici occorre la consapevolezza di avere di fronte una persona già provata da questa combinazione: l'effetto delle droghe e il disturbo psichico, spesso indistinguibili nell'espressione dei sintomi. Il confronto tra saperi ed esperienze diversi sta portato alla definizione di percorsi terapeutici e riabilitativi integrati: professionisti esperti tossicologi e psichiatri stanno costruendo un terreno di confronto tecnico scientifico e l'applicazione clinica nella ricerca integrata in campo farmacologico.

L'utenza complessiva

Nel 2008 gli utenti complessivi che hanno seguito un trattamento nelle cinque sedi SerT presenti sul territorio della provincia di Ferrara sono stati 1.874, con un incremento della domanda del 5,7% rispetto al 2007.

I pazienti con problemi collegati al consumo di droghe rappresentano il 54,8% del totale raggiungendo i 1.027 utenti in carico, con un incremento del 6,4% rispetto all'anno precedente. Tale incremento è dovuto all'aumento dei nuovi utenti che si sono rivolti per la prima volta ai SerT, che nel 2008 sono stati 230, il 9% in più rispetto all'anno precedente.

Gli utenti alcolisti in trattamento terapeutico presso i Centri Alcolologici provinciali sono stati 390 (20,8%) con una flessione del 3,9%.

Gli utenti tabagisti che si sono iscritti per la prima volta ai corsi per smettere di fumare, o che hanno seguito un trattamento individuale offerto dai Centri Antifumo, sono stati 229 (12,2% del totale) con un incremento del 23,1% rispetto al 2007.

Infine il Centro per la prevenzione e cura del giocatore d'azzardo patologico di Ferrara ha seguito 31 soggetti con problematiche relative alla dipendenza da gioco.

Da sottolineare l'elevata quota di utenza (10,5%) proveniente da SerT extraterritoriali che inviano i pazienti per la prosecuzione della terapia farmacologica, nei periodi di allontanamento dei soggetti dal territorio di residenza.

Il 58,2% dell'utenza totale si è concentrato nei SerT di Ferrara e Copparo del **distretto Centro Nord** con 1.090 utenti di cui 607 (55,7%) tossicodipendenti, 221 (20,3%) alcolisti, 146 (13,4%) tabagisti, 29 con gioco d'azzardo patologico (2,6%). La quota degli utenti provenienti da altri SerT raggiunge il 13,4% (n. 87) con un forte impatto sui servizi.

I SerT di Codigoro e Portomaggiore del **distretto Sud Est** hanno seguito complessivamente 552 utenti, il 29,4% del totale aziendale: 313 (56,7%) dipendenti da sostanze illegali, 102 (18,5%) alcolisti, 64 (11,6%) tabagisti, 71 (12,9%) provenienti da SerT extraprovinciali.

Il SerT di Cento del **distretto Ovest** ha risposto alla domanda di trattamento di 232 utenti pazienti (12,4% del totale), il 46,1% (n. 107) costituito da tossicodipendenti, il 28,9% (n. 67) da alcolisti, l'8,1% (n. 19) tabagisti. Al servizio sono transitati 39 soggetti provenienti da altri SerT fuori provincia (16,8%).

	Distretto Ovest	Distretto Centro- Nord	Distretto Sud-Est	Totale 2008	Totale 2007
N. Utenti complessivi seguiti dal Ser.T	232	1.090	552	1.874	1.785
di cui:					
Tossicodipendenti da:	107	607	313	1.027	965
- eroina	83	446	212	741	716
- cocaina	11	64	31	106	99
- cannabis	5	44	60	109	121
- altre sostanze illegali	8	53	10	71	29
Alcolisti	67	221	102	390	406
Tabagisti	19	148	64	229	186
Giocatori d'azzardo	8	29	2	31	29
Utenti provenienti da altri Ser.T fuori provincia per prosecuzione del trattamento	39	87	71	197	199
<i>Caratteristiche utenza complessiva:</i>					
- Utenti stranieri	1	40	3	44	47
- Utenti inviati dalla Prefettura	72	118	131	321	256
- Utenti in carcere	5	111	18	134	73
- Utenti in comunità terapeutiche	23	45	32	100	109

Fonte: Ausl di Ferrara – Osservatorio Dipendenze Patologiche.

Il consumo e la dipendenza da droghe

Per confrontare la dimensione del fenomeno nella provincia di Ferrara rispetto alle altre province della Regione Emilia-Romagna, si utilizzano i rapporti tra gli utenti in carico e la popolazione di età compresa tra i 15 e i 54 anni. La comparazione dei dati mette in risalto il forte impatto del consumo problematico e della dipendenza da sostanze nel territorio ferrarese, con un rapporto di 44,9 soggetti tossicodipendenti ogni 10.000 abitanti, collocandosi al quarto posto nel panorama regionale⁽³⁾.

La capacità di attrazione dei servizi misurata rapportando i nuovi utenti sulla popolazione target, registra un incremento rispetto agli ultimi 10 anni, passando da 8,7 a 10 nuovi utenti ogni 10.000 abitanti che hanno richiesto un trattamento nel 2008 per problemi legati alla tossicodipendenza.

Il dato del 2008, nettamente al di sopra del valore medio regionale (10 vs 8,8/10.000) segnala che il problema del consumo di droghe non si arresta negli anni. Si modificano i modelli di riferimento, le modalità di assunzione, gli stili di vita ma la quota di soggetti che dimostrano una vulnerabilità individuale a sviluppare la dipendenza si mantiene nel tempo.

(3) Regione Emilia-Romagna. Osservatorio Regionale sulle Dipendenze. Rapporto 2008 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna.

Utenti Tossicodipendenti	Rapporto nuovi utenti su popolazione target 15-54 per 10.000		
	2006	2007	2008
Piacenza	5,6	4,9	5,3
Parma	8,9	10,1	7,1
Reggio Emilia	7,9	7,9	10,7
Modena	5,8	5,8	6,0
Bologna	16,6	13,2	13,0
Imola	5,5	5,0	6,9
Ferrara	7,0	9,3	10,0
Ravenna	5,7	5,2	6,8
Forlì	7,9	4,6	5,1
Cesena	6,8	6,5	8,0
Rimini	13,9	11,7	10,5
Regione Emilia-Romagna	9,2	8,5	8,8

Utenti Tossicodipendenti	Rapporto utenti su popolazione target 15-54 per 10.000		
	2005	2006	2007
Piacenza	32,7	32,4	33,1
Parma	50,4	50,8	48,3
Reggio Emilia	37,3	37,2	40,5
Modena	31,7	33,9	30,9
Bologna	70,4	65,1	66,9
Imola	35,3	37,6	41,6
Ferrara	42,5	42,5	44,9
Ravenna	45,6	47,1	46,5
Forlì	42,9	43,5	37,5
Cesena	38,8	39,4	41,0
Rimini	51,5	51,6	50,8
Regione Emilia-Romagna	46,3	45,9	45,9

Fonte: Regione Emilia - Romagna - Osservatorio Dipendenze Patologiche.

(4) Il tasso di prevalenza è stato calcolato rapportando gli utenti Ser.T residenti nel territorio di riferimento alla popolazione target 15-54 residenti al 1/1/2008.

(5) Il tasso di incidenza è stato calcolato rapportando gli utenti Ser.T residenti nel territorio di riferimento alla popolazione target 15-54 residenti al 1/1/2008.

Per confrontare geograficamente i diversi territori sono stati utilizzati due indici che si usano per misurare l'impatto delle malattie nella popolazione: il tasso di prevalenza⁽⁴⁾ e il tasso di incidenza⁽⁵⁾. Si tratta di due indici che rapportano la sola utenza in carico residente (totale e nuova utenza) alla popolazione target di riferimento.

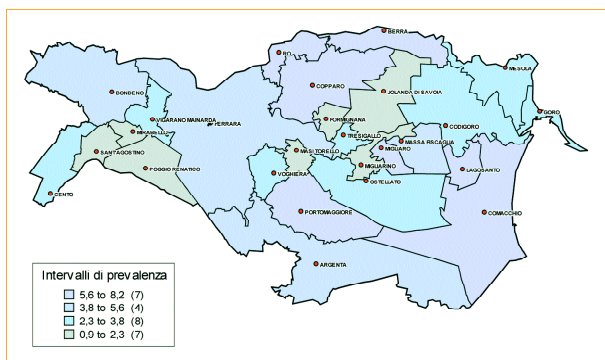
Osservando le popolazioni residenti dei distretti si evidenzia una forte prevalenza del fenomeno nei distretti Sud Est (5,9/1.000) e Centro Nord (5,7/1.000) che presentano prevalenze di periodo al di sopra della media provinciale (5,1/1.000). Il Distretto Ovest si colloca nettamente al di sotto della media pro-

vinciale con un tasso di prevalenza di 3 casi ogni 1.000 abitanti.

I Comuni che registrano un'elevata presenza del fenomeno nella popolazione residente sono Migliaro (10,4/1.000), Berra (8,7/1.000), Lagosanto (8,5/1.000), Ro (8,0/1.000), Comacchio (7,8/1.000), Copparo (7,4/1.000), Portomaggiore (7,1/1.000), Massafiscaglia (6,9/1.000) e Ferrara (5,6/1.000).

Per quanto riguarda l'incidenza, ossia la forza di sviluppo del fenomeno nella popolazione, solo il distretto Ovest (0,6/1.000) presenta valori al di sotto della media provinciale (0,98/1.000), mentre il distretto Centro-Nord (1,1/1.000) e il distretto Sud-Est (1,0 /1.000) sono in linea con il valore provinciale.

I Comuni con i tassi che superano la media provinciale sono: Lagosanto (2,8/1.000), Massafiscaglia (1,7/1.000), Portomaggiore e Jolanda di Savoia (1,3/1.000), Berra e Argenta (1,2/1.000).



TASSI DI PREVALENZA DI TOSSICODIPENDENTI PER 1000 ABITANTI DI ETÀ COMPRESA TRA I 15 E I 64 ANNI NELLA PROVINCIA DI FERRARA DISTINTI PER COMUNE DI RESIDENZA. ANNO 2008

Negli ultimi 10 anni il numero di consumatori problematici di droghe che si sono rivolti ai 5 SerT dell'Azienda Usi di Ferrara ha subito un incremento del 22,4%, passando da 839 soggetti a 1.027 nel 2008.

I pazienti che si sono rivolti per la prima volta ai servizi nel 2008 sono stati 230 (22,4%) contro i 797 soggetti già in carico da anni precedenti (77,6%). Continua il trend in crescita degli utenti in trattamento con un aumento in particolare dei nuovi utenti che negli ultimi tre anni passano da 158 a 230 nel 2008. In particolare si registra un abbassamento dell'età di accesso ai servizi, infatti la quota di soggetti con un'età compresa tra i 15 e i 24 anni raggiunge il 35,6%.

A livello distrettuale, nel 2008 si assiste ad una ripresa della nuova utenza nel distretto Centro Nord con un incremento del 28,9%, mentre nel Sud Est si registra un'inversione di tendenza con un calo del 18,8%; il distretto Ovest rimane stabile.

Sotto il profilo socio-anagrafico gli utenti in carico ai SerT sono in prevalenza maschi (M=878 pari al 85,5%; F=149 pari al 14,5%), con un rapporto Maschi/Femmine di 5,9:1. valore leggermente superiore rispetto al dato regionale (4,9:1).

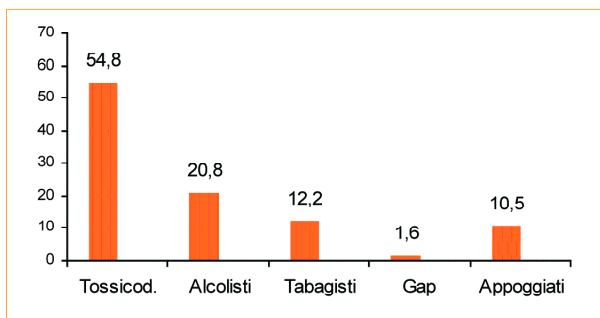
La crescita della domanda di trattamento da parte di giovani e giovanissimi si accompagna ad un aumento dei fattori di disagio sociale. Il 54,8% dei nuovi utenti ha interrotto gli studi al diploma di scuola media inferiore, sia nei maschi che nelle femmine (il 4,8% alle elementari); aumentano i disoccupati (25,2%) e

i soggetti con lavori saltuari (6,5%). I nuovi utenti che hanno già avuto problemi con la giustizia, anche solo per una segnalazione, passano dal 19,4% al 31,3%. I soggetti tossicodipendenti di nazionalità straniera in carico presso i SerT sono 47 e rappresentano il 4,6% dell'utenza complessiva. Per la quasi totalità sono maschi (solo 2 femmine), con un'età media di 30 anni (minimo 18 anni – massimo 49 anni), provengono soprattutto dall'area Africana (25 pari al 53,2%) e dall'Europa dell'Est (15 pari al 31,9%).

Tra il 2000 e il 2006 si nota una modificazione nei consumi di sostanze, la percentuale degli utenti dipendenti da eroina diminuisce lentamente passando dal 79,9% al 70%, con un aumento progressivo dell'uso primario di cocaina che dal 2,2% registrato nel 2000 passa all'11% nel 2008. Raddoppia anche la proporzione di soggetti che utilizzano secondariamente cocaina (28,6% nel 2000 50,8% nel 2008) diventando la seconda sostanza maggiormente utilizzata.

Dal 2007 in poi la tendenza si inverte, infatti il leggero arretramento dei pazienti in trattamento per cocaina (7,4/10.000 nel 2005; 5,9/10.000 nel 2008), si accompagna ad un nuovo preoccupante aumento dell'eroina che nel 2008 ritorna ad interessare il 76,2% della domanda di trattamento, rispetto alla media regionale del 74%. In particolare l'eroina fumata come sostanza primaria tra i giovanissimi sta interessando una importante quota di ragazzi di 16-17 anni.

UTENTI COMPLESSIVI DISTINTI PER AREA PROBLEMATICA

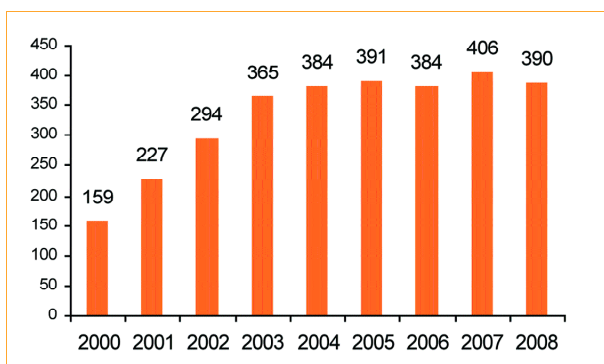


L'utenza dei Centri Alcologici

Nel 2008 gli utenti con problemi legati al consumo di alcol in carico ai cinque Centri Alcologici della provincia di Ferrara sono stati complessivamente 390, il 3,9% in meno rispetto all'anno precedente. La proporzione dei nuovi utenti sull'utenza complessiva risulta del 20,5% (80 soggetti), con un decremento del 14,9% rispetto al 2007.

L'utenza in trattamento presso i Centri Alcologici è in prevalenza maschile (69,5%) con un rapporto maschi/femmine di 2,3:1, un'età media di 46 anni, con problematiche sanitarie, psicologiche e sociali gravi.

Pur confermando un policonsumo prevalente la sostanza primaria più consumata è rimasta il vino (66,7%), seguito dalla birra (18,2%), dai superalcolici (11%), aperitivi, amari, digestivi (4,1%).



**DISTRIBUZIONE ANNUALE
DEGLI UTENTI ALCOLISTI
IN CARICO.
PERIODO 2000-2008.
VALORI ASSOLUTI.**

Nel panorama regionale la provincia di Ferrara si colloca al settimo posto con 390 soggetti seguiti dai servizi e un rapporto di 17 utenti con problemi alcolcorrelati ogni 10.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni al di sotto della media regionale (19,4/10.000). Per quanto riguarda la capacità di attrazione dei servizi Ferrara si colloca all'ottavo posto in Regione con 3,5 nuovi pazienti presi in carico nel 2008, rispetto ai 4,2 regionali.

Utenti Alcolisti	Rapporto nuovi utenti su popolazione target 15-54 per 10.000		
	2006	2007	2008
Piacenza	6,0	7,2	7,6
Parma	3,1	3,1	2,9
Reggio Emilia	3,4	3,3	2,6
Modena	5,0	4,6	4,8
Bologna	3,8	3,4	3,6
Imola	5,6	5,7	5,1
<i>Ferrara</i>	<i>4,1</i>	<i>4,1</i>	<i>3,5</i>
Ravenna	4,1	3,9	4,9
Forlì	4,6	2,4	1,7
Cesena	3,9	4,4	4,2
Rimini	4,9	5,3	6,7
Regione Emilia-Romagna	4,2	4,1	4,2

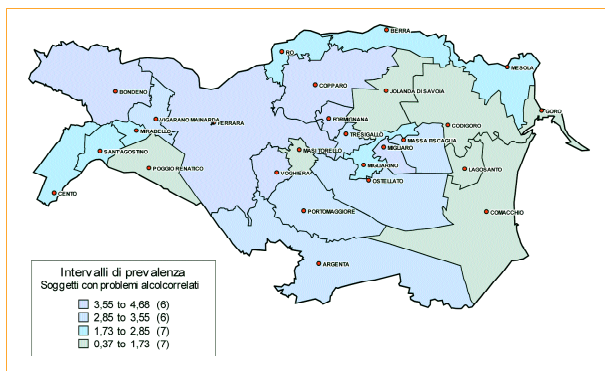
Utenti Alcolisti	Rapporto utenti su popolazione target 15-54 per 10.000		
	2005	2006	2007
Piacenza	26,4	28,9	31,6
Parma	18,4	18,5	15,1
Reggio Emilia	15,2	14,9	12,0
Modena	18,3	20,6	18,0
Bologna	20,6	21,2	21,3
Imola	34,1	38,3	41,1
Ferrara	17,0	17,9	17,0
Ravenna	22,6	23,7	23,7
Forlì	15,0	15,3	14,5
Cesena	13,7	14,1	14,4
Rimini	15,3	17,2	19,4
Regione Emilia-Romagna	19,1	20,2	19,4

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Osservatorio Dipendenze Patologiche.

(6) Il tasso di prevalenza è stato calcolato rapportando i residenti con problemi di alcolcorrelati alla popolazione target 15-64 residenti al 31/12/2008.

Dal confronto geografico dei tassi di prevalenza⁽⁶⁾ dei di soggetti con problemi alcolcorrelati nei 3 distretti socio-sanitari il distretto Centro Nord si colloca al primo posto con 3,52 soggetti ogni 1.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, segue il Distretto Ovest con 2,44 e il Distretto Sud Est con 2,25.

I Comuni che registrano un'elevata presenza del fenomeno nella popolazione residente sono: Copparo (4,7/1.000), Migliaro (4,1/1.000), Voghiera (3,7/1.000), Formignana (3,9/1.000), Ferrara (3,6/1.000), Bondeno (3,5/1.000), Argenta (3,2/1.000), Vigarano (3,2/1.000), Massafiscaglia (3,1/1.000).



**TASSI DI PREVALENZA
DI SOGGETTI CON PROBLEMI
ALCOL-CORRELATI PER 1000
ABITANTI DI ETÀ COMPRESA
TRA I 15 E I 64 ANNI NELLA
PROVINCIA DI FERRARA
DISTINTI PER COMUNE
DI RESIDENZA. ANNO 2008**

Fonte: Ausl di Ferrara - Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche.

L'utenza dei Centri di disassuefazione al fumo

Nell'Azienda USL di Ferrara sono attivi 5 Centri Antifumo che offrono principalmente corsi per smettere di fumare ad approccio cognitivo-comportamentale diretti a gruppi di 18-24 partecipanti coordinati da un conduttore e trattamenti individuali di counselling motivazionale associato a supporto farmacologico o sanitario.

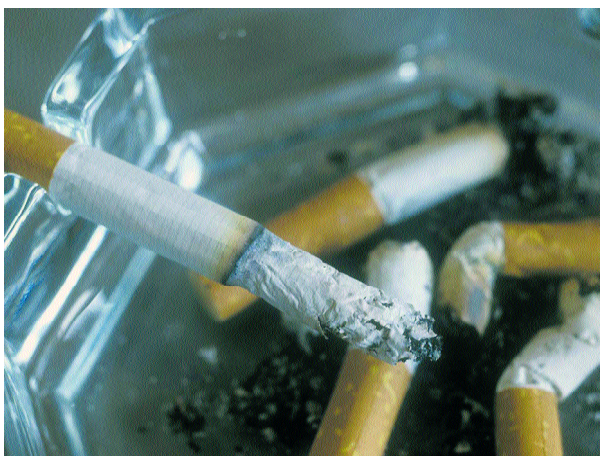
Nel 2008 gli utenti tabagisti che si sono rivolti per la prima volta ai Centri per la disassuefazione dal fumo sono stati 229, il 63,8% maschi, con un'età media di 47 anni (46,6 nei maschi e 48,2 nelle femmine), una scolarità medio-bassa (51,9% diploma media inferiore, 38,7% media superiore, 8,3% laureati), in prevalenza occupati (66% contro il 17,9% pensionato e l'8,7% in condizione non lavorativa).

I soggetti hanno dichiarato di aver iniziato a fumare attorno ai 17,3 anni, maturando mediamente quasi trenta anni di abitudine al fumo (29,4). Al momento dell'accoglienza al servizio fumavano mediamente 19 sigarette al giorno. Si sono rivolti ai servizi principalmente per motivi legati alla salute (72,5%) e all'autocontrollo (17,9%). Il 62,1% ha già tentato di smettere più volte, contro il 36,2% che ha cercato di smettere per la prima volta.

Il grado di successo alla fine del corso è stato del 70,2% contro il 62,4% dell'anno precedente. Al follow-up a un anno il 50,7% ha dichiarato di continuare a non fumare con un netto miglioramento della performance rispetto al 2007 (42,5%).

Caratteristiche socio-anagrafiche e storia dell'abitudine al fumo degli utenti dei Centri Antifumo

	2006		2007		2008	
Totale utenti:	214		186		229	
Corsi per smettere di fumare	191	89,3%	156	83,9%	199	86,9%
Percorso Individuale	23	10,7%	27	14,5%	30	13,1%
Maschi	111	51,9%	97	52,2%	146	63,8%
Femmine	103	48,1%	89	47,8%	83	36,2%
Età media all'accesso al servizio	50,0	Ds12,3	48,1	Ds11,5	47,2	Ds12,5
Età media d'inizio al fumo di sigaretta	17,2	Ds 5,7	17,5	Ds 5,5	17,3	Ds 5,2
Durata media dell'abitudine al fumo	32,2	Ds13,1	29,8	Ds11,6	29,4	Ds12,5
Numero medio di sigarette/die	22,2	Ds10,2	22,0	Ds10,5	19,4	Ds 7,9
Test di Fagestrom – valori medi	5,6	Ds 2,2	5,3	Ds 1,9	4,9	Ds 2,1
Esito a fine trattamento:						
Fuma	22	10,3%	38	20,4%	31	14,2%
Non fuma	149	69,6%	116	62,4%	153	70,2%
Non verificabile	30	14,0%	24	12,9%	34	15,6%
Follow up a un anno:						
Fuma	57	26,6%	39	21,0%	59	27,2%
Non fuma	101	47,2%	79	42,5%	110	50,7%
Non verificabile	45	21,0%	28	15,1%	48	22,1%

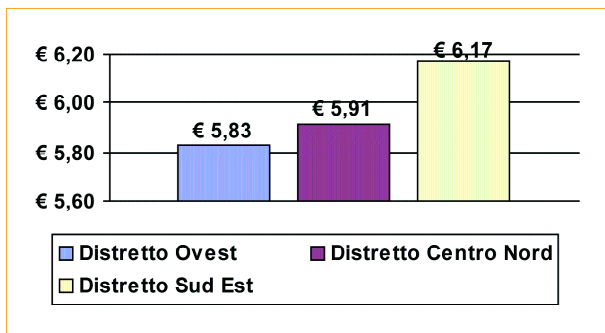


Assistenza integrativa e protesica

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

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

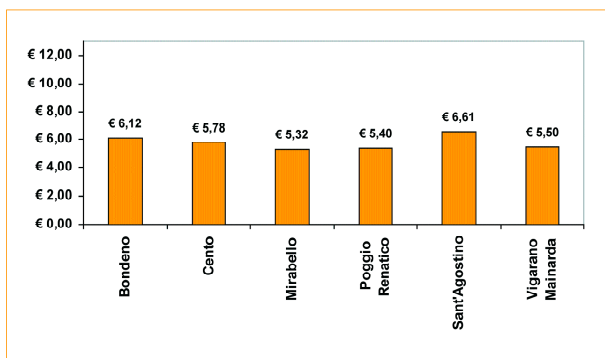
L'erogazione del servizio descritto è subordinata all'ottenimento di un'autorizzazione che viene rilasciata dalla stessa Azienda USL. Il grafico seguente evidenzia il rapporto tra il numero di autorizzazioni rilasciate e il numero di abitanti di ciascuna Area Distrettuale.



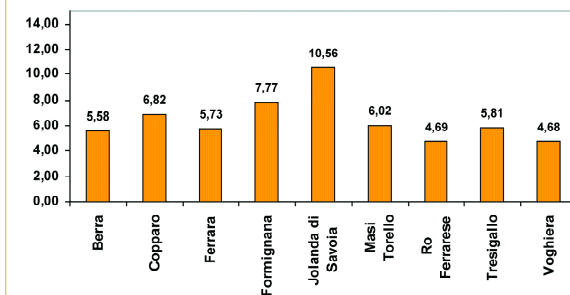
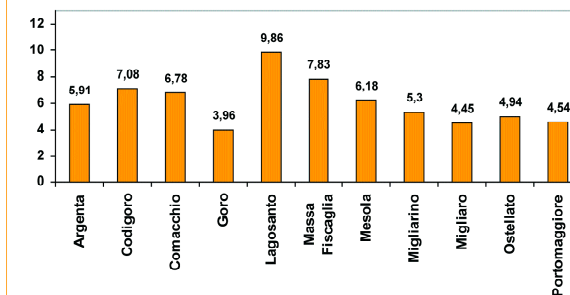
**SPESA PRO-CAPITE
PER AUSILI PROTESICI
ANNO 2008**

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

Spesa procapite per ausili protesici per comune di appartenenza (popolazione al 31/12/2008)



**DISTRETTO OVEST
ANNO 2009**

**DISTRETTO CENTRO-NORD
ANNO 2009**

**DISTRETTO SUD-EST
ANNO 2009**

Assistenza Farmaceutica

Nell'anno 2009 l'Assistenza Farmaceutica Convenzionata e Territoriale nella Provincia di Ferrara è stata complessivamente caratterizzata da un leggero incremento di spesa rispetto all'anno precedente rispettivamente +0,50% e +1,03%, percentuali comunque contenute ed inferiori alla media regionale.

Tale incremento deriva principalmente da un incremento della popolazione assistita ed a un maggiore quantità di farmaci prescritti, espressa in DDD 100ab.pes/DIE, che è stato pari a +5% circa.

Il minore incremento della spesa rispetto ai consumi è stato determinato, oltre che dal L.77/2009 che ha ridotto del 12% il prezzo di riferimento dei farmaci GENERICI dal mese giugno, principalmente dal proseguimento ed ulteriore implementazione di interventi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva quali:

- promozione dell'uso dei farmaci GENERICI (o genericabili) nell' Anno 2009 Ferrara ha registrato la più elevata % di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (generici e genericabili) rispetto alle altre Province della RER (53,1%). Tale dato va letto in maniera estremamente positiva in quanto sta a

dimostrare che nella nostra Provincia viene dato prevalenza nella prescrizione farmaci di uso consolidato, di provata efficacia e con un conosciuto profilo di rischio;

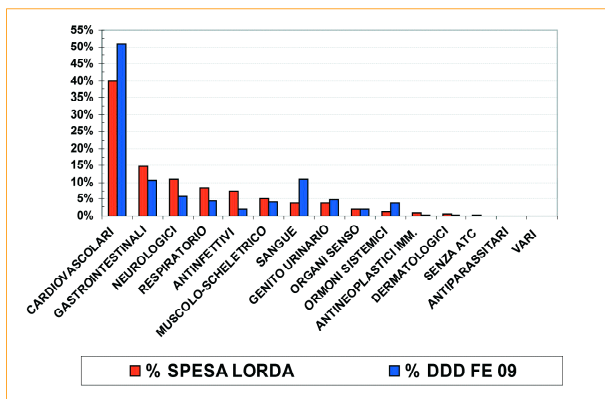
- condivisione ed osservanza di Linee Guida sull'uso di farmaci ad elevato impatto prescrittivo, come ad esempio i farmaci per la terapia dell'ipertensione, antiulcera, farmaci per la terapia dell'BPCCO;
- individuazione di obiettivi comuni tra MMG e medici ospedalieri relativi a terapia dell'ipertensione e farmaci ipolipemizzanti, con attribuzione di specifici obiettivi finalizzati alla promozione della prescrizione delle molecole equivalenti (generici);
- implementazione e sviluppo di nuove forme di Erogazione Diretta come la "presa in carico" del paziente cronico complesso e attivazione della Distribuzione per Conto di farmaci del PHT(Prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio) da parte della Farmacie convenzionate;
- monitoraggio del rispetto della prescrizione di farmaci sottoposti a Note ALFA, Piano Terapeutico e corrispondenza della prescrizione vs Codice Esenzione.

Analisi prescrizione farmaceutica provinciale

Relativamente alla nostra provincia nel grafico sotto riportato vengono rappresentati gruppi Anatomici principali per % spesa e % dosi prescritte rispetto alla prescrizione totale.

I farmaci cardiovascolari superano il 50% in termini di dosi prescritte, mentre la spesa si ferma al 40% in termini di spesa, in tale gruppo infatti è cospicuo ed in continuo incremento il numero di molecole a brevetto scaduto con un prezzo più vantaggioso rispetto ai nuovi farmaci "di marca", "branded", seguono per % di spesa i farmaci gastrointestinali, neurologici, respiratori, antifettivi (antibiotici, antimicotici, antivirali).

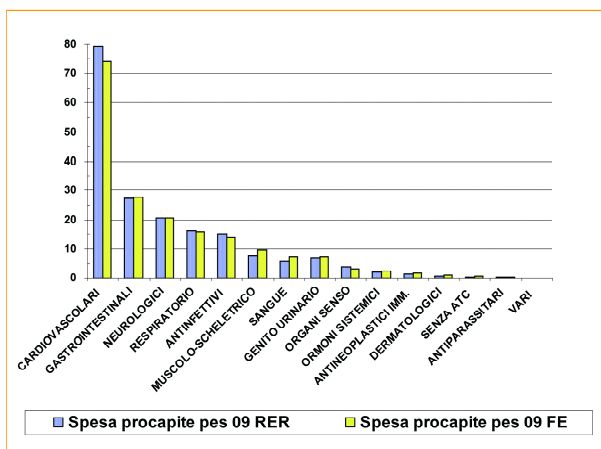
E' da notare che i farmaci del Sangue, al settimo posto in termini di % di spesa, hanno una % di prescrizione in dosi superiore al 10%, la più alta dopo il cardiovascolare. Tale valore è determinato dalla prescrizione di acido acetilsalicilico utilizzato come antiaggregante piastrinico, quindi in concomitanza con farmaci cardiovascolari, che da solo rappresenta più del 60% di tale classe.



ASL FERRARA ANNO 2009.
% PRESCRIZIONE PER GRUPPI ANATOMICI PRINCIPALI PER SPESA E DDD PRESCRITTE

Confrontando la spesa pro capite pesata provinciale per gruppi Anatomici principali rispetto alla media Regionale, Ferrara presenta valori inferiori di spesa relativamente ai farmaci cardiovascolari, respiratori, neurologici, antifettivi ed organi di senso, mentre la spesa è superiore alla media RER per gruppi come farmaci gastrointestinali, determinato principalmente dall'elevato utilizzo di farmaci antiacidi-antiulcera, di farmaci per il sistema muscolo-scheletrico, elevato utilizzo di farmaci per la terapia dell'osteoporosi, farmaci farmaci del sangue, in particolare per utilizzo di Eparine, genito-urinario, ormoni sistemici, antineoplastici e dermatologici.

**PRESCRIZIONE
FARMACEUTICA
CONVENZIONATA
ANNO 2009.
SPESA PRO-CAPITE PESATA
CONFRONTO FERRARA E RER**



Per avere un maggiore dettaglio della prescrizione si riportano di seguito i primi 25 gruppi terapeutici a maggior importo di prescrizione, che da soli superano il 94% della spesa farmaceutica globale, con la relativa percentuale di spesa e di prescrizione rispetto al totale, ed i rispettivi indicatori principali di prescrizione, ovvero spesa procapite pesata, DDD 1000/ ab. pes. die, ed il costo della DDD. Viene inoltre riportato, sempre per indicatori principali, lo scostamento rispetto all'anno precedente.



AUSL FE PRIMI 25 GRUPPI TERAPEUTICI A MAGGIORE IMPORTO DI PRESCRIZIONE CONFRONTO ANNO 2009 vs ANNO 2008											
		AUSL FE ANNO 2009								Δ% 2009 vs 2008	
ATC 2	ATC 2 livello	Spesa Lorda	DDD totali	Spesa Procapite pesata	DDD/1000 Ab. Pesati DIE	Costo DDD	% vs Spesa procapite pesata tot.	% vs DDD/1000 Ab. Pesati DIE tot.	Spesa Procapite pesata	DDD/1000 Ab. Pesati DIE	Costo DDD
C09	Ace-inibitori Sartani	12.514.132,37	34.068.266,85	€ 30,63	226,46	€ 0,37	17,25	23,84	-2,49	4,34	-6,55
C10	Sost.modif.lipidici	7.569.212,52	9.239.887,51	€ 18,63	61,90	€ 0,82	10,43	6,46	6,66	13,48	22,12
A02	Antiacidi	7.157.952,59	8.394.655,45	€ 17,52	56,03	€ 0,86	9,86	5,85	10,08	16,99	-5,90
R03	Sindr. ostruttive resp.	5.698.197,51	5.089.049,95	€ 13,95	34,13	€ 1,12	7,85	3,56	3,26	2,26	0,98
J01	Antimicr.uso sist.	4.785.987,01	2.601.849,77	€ 11,71	17,45	€ 1,84	6,60	1,82	-4,71	2,20	-6,76
N06	Psicoanalitici	3.737.008,89	5.631.517,51	€ 9,15	37,77	€ 0,66	5,15	3,94	3,57	6,39	-3,20
C08	calcio-antagonisti	3.344.662,76	9.214.346,17	€ 8,19	61,79	€ 0,36	4,61	6,45	-4,68	0,63	-5,28
B01	antitrombotici	2.627.440,86	13.141.610,50	€ 6,43	88,13	€ 0,20	3,62	9,20	5,77	3,31	2,39
M05	Bifosfonati e tratt.alatt.ossee	2.283.098,04	2.046.960,95	€ 5,59	13,73	€ 1,12	3,15	1,43	13,52	11,02	2,25
C07	betabloccanti	2.175.336,65	7.041.679,83	€ 5,32	47,22	€ 0,31	3,00	4,93	2,45	2,54	-0,09
G04	urologici	1.952.031,55	3.923.504,00	€ 4,78	26,31	€ 0,50	2,69	2,75	-8,91	4,18	-12,56
H03	antiepilettici	1.950.180,31	1.063.677,35	€ 3,79	7,17	€ 1,45	2,14	0,75	12,67	5,04	7,27
H02	analgesici	1.549.074,75	586.490,79	€ 3,79	3,93	€ 2,65	2,43	0,41	5,94	12,75	-1,04
A07	Antidiarr. antimicr.intest.	1.547.458,21	1.021.956,38	€ 3,79	6,85	€ 1,51	2,43	0,79	-5,84	6,04	-11,71
M01	FANS	1.381.242,68	3.111.063,43	€ 3,38	20,86	€ 0,44	1,90	2,18	-4,27	-1,55	-2,77
C01	terapia cardiaca	1.326.803,82	4.739.397,63	€ 3,25	31,72	€ 0,28	1,83	3,31	-1,00	-8,90	-4,91
S01	oftalmologici	1.287.252,33	2.854.457,58	€ 3,15	19,14	€ 0,45	1,77	2,00	18,72	13,26	4,82
C02	antipertensivi	984.301,29	1.685.321,00	€ 2,41	11,17	€ 0,59	1,36	1,17	-7,56	-0,96	-6,67
C03	diuretici	976.938,86	7.501.531,16	€ 2,39	60,31	€ 0,13	1,34	6,25	2,69	0,46	2,13
A10	farmaci usati nel diabete	959.754,33	3.371.249,18	€ 2,37	22,25	€ 0,29	1,24	2,32	-3,76	3,54	-7,05
H04	antiparkinsoniani	936.812,59	482.148,73	€ 2,29	3,23	€ 1,94	1,39	0,34	10,84	10,37	0,42
R03	Ormoni sessuali e mod.sist.genitale	846.801,07	2.704.334,93	€ 2,07	18,14	€ 0,31	1,47	1,89	-5,02	4,40	-6,55
G06	antidistaminici per uso sistemico	469.289,73	1.176.901,17	€ 1,15	7,89	€ 0,40	0,65	0,82	5,76	7,59	-1,70
H02	corticosteroidi sistemici	456.546,21	1.762.059,01	€ 1,12	11,82	€ 0,26	0,63	1,23	11,94	6,95	4,67
J02	antimicobici per uso sistemico	436.072,29	93.458,25	€ 1,07	0,63	€ 4,67	0,60	0,07	-8,10	0,56	-8,61
I01_25 GLI.TE.LI.>IMP./SPESA		68.562.579,82	132.918.391,87	€ 167,82	808,00	€ 0,52	94,49	92,68	1,49	2,25	-8,75
Tot. Prescrizioni		72.566.112,29	142.882.862,22	€ 177,82	958,17	€ 0,51	100,00	100,00	1,35	2,51	-1,13

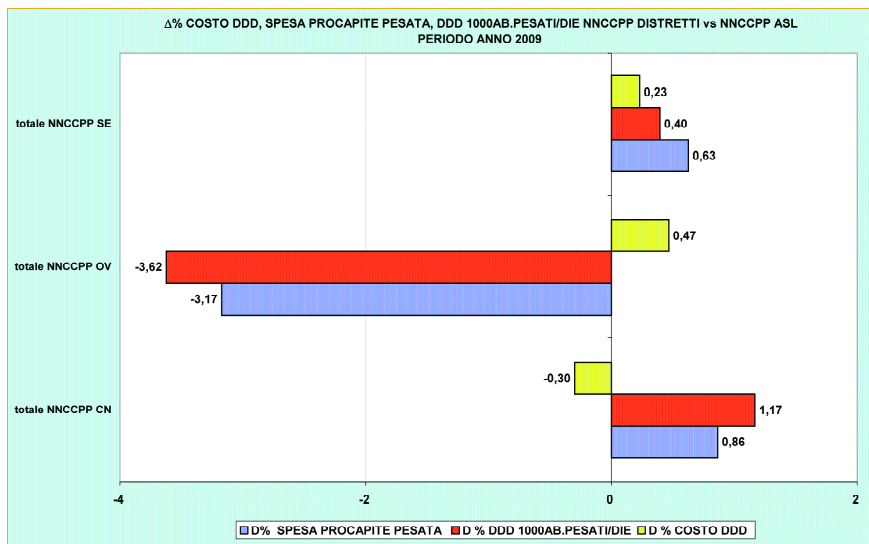
Relativamente al confronto con l'anno precedente possiamo notare un accennato calo del costo DDD per la quasi totalità dei gruppi, dovuto principalmente ai fattori già riportati in premessa. E' da notare come questo calo di costi non abbia determinato un equivalente calo della spesa, in quanto si è registrato un generalizzato incremento dei consumi.

I gruppi terapeutici maggiormente prescritti appartengono principalmente al gruppo anatomico dei farmaci cardiovascolari, come ace-inibitori e sartani, farmaci utilizzati prevalentemente per la terapia dell'ipertensione arteriosa e sostanze modificatrici dei lipidi anche conosciuti come ipolipemizzanti, tale gruppo di farmaci, rappresentato principalmente dalle statine, viene utilizzato per abbassare il livello del colesterolo. Un altro gruppo fortemente prescritto sono i farmaci antiacidi, utilizzati principalmente per il trattamento delle ulcere gastrica e duodenale, nonché di altre patologie del tratto gastro-esofageo. Seguono quindi i farmaci antiasmatici, antimicrobici per uso sistemico, principalmente antibiotici per uso orale ed iniettabile, psicoanalitici, prevalentemente antidepressivi, antitrombotici, urologici, farmaci per il metabolismo osseo.

Analisi prescrizione farmaceutica distrettuale

Nell'ambito del Distretto la prescrizione di farmaci viene effettuata prevalentemente dai MMG raggruppati in 18 Nuclei delle Cure Primarie (N.C.P.).

Si riporta di seguito il comportamento prescrittivo dei Nuclei delle Cure Primarie dei tre Distretti provinciali, rappresentati come valore di scostamento rispetto alla media Aziendale dei tre indicatori principali: spesa procapite pesata, DDD 1000ab. pes./die e costo DDD.



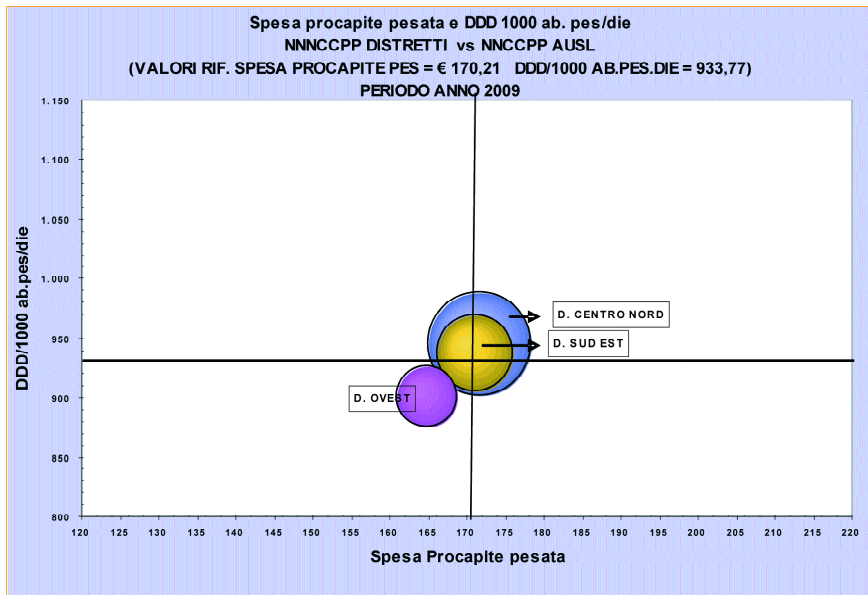
Il Distretto Ovest ha valori inferiori alla media Aziendale per quanto riguarda la spesa procapite pesata e le DDD/1000 ab pes die, mentre il costo DDD è superiore ai valori aziendali; il Distretto Sud Est e il Distretto Centro Nord presentano valori superiori alla media aziendale per spesa procapite pesata e per prescrizione (DDD/1000 ab pes die).

(*) DDD 1000 ab. pes/die: indicatore di esposizione della popolazione ai farmaci espressa in dosi di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, relative all'indicazione terapeutica principale del farmaco, per 1000 abitanti "pesati".

PESATURA: STANDARDIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE PER ETÀ E SESSO PER RENDERE MAGGIORMENTE CONFRONTABILI TRA LORO POPOLAZIONI DI COMPOSIZIONE DIVERSA.

L'insieme dei NCP di ogni Distretto vengono, di seguito, rappresentati per diverso andamento della spesa procapite pesata e della prescrizione (DDD 1000^o.pes/die), rispetto ai valori medi Aziendali.

In sintesi le posizioni nel quadrante superiore destro indicano maggiore spesa e prescrizione, nel quadrante superiore sinistro maggiore prescrizione ma spesa più contenuta in quanto vengono utilizzati farmaci a basso costo DDD, nell'inferiore destro bassa prescrizione, ma uso di farmaci a costo elevato, mentre il posizionamento in basso a sinistra rispecchia le condizioni più efficienti rispetto ai parametri considerati.

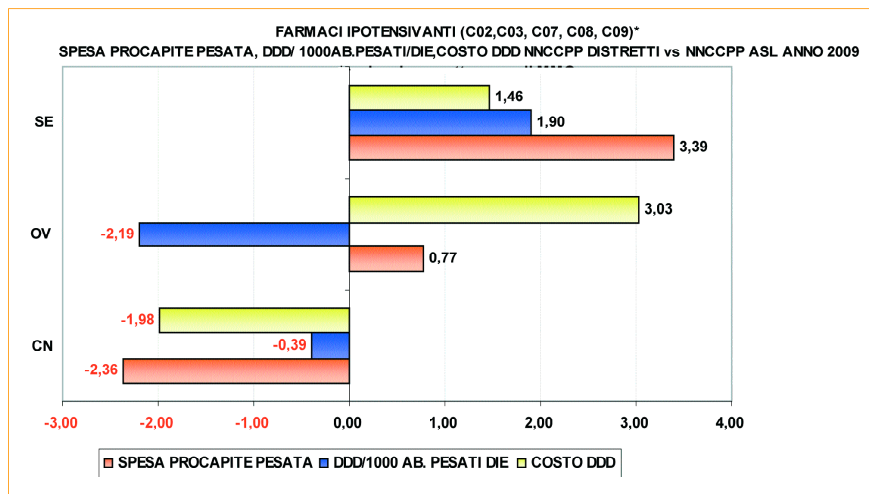


Nel corso degli anni si sta progressivamente registrando una tendenziale omogeneizzazione dei comportamenti prescrittivi generali, caratterizzata da un tendenziale avvicinamento dei tre insiemi di NCP Distrettuali al punto di intersezione dei due assi mediani.

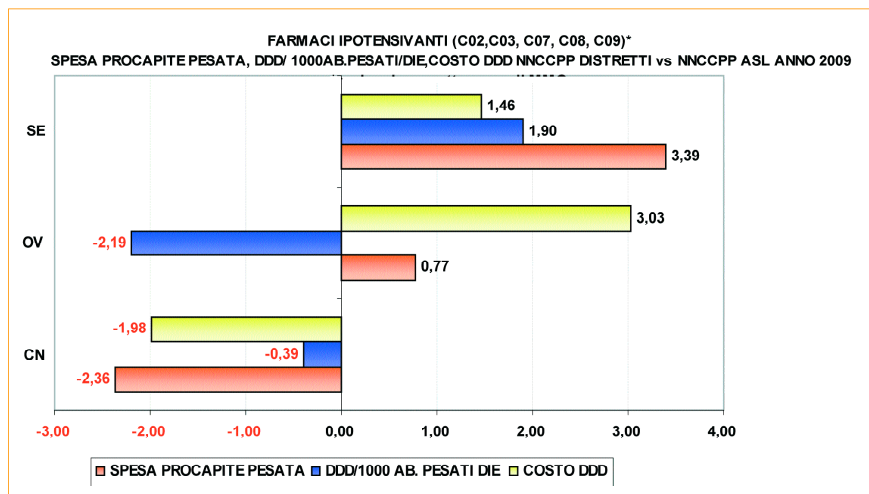
Prescrizione distrettuale per gruppi terapeutici

Rispetto ai singoli gruppi terapeutici permangono invece sensibili variazioni distrettuali, rispetto alla media aziendale, che si riportano di seguito per alcuni gruppi terapeutici a maggiore significatività di prescrizione.

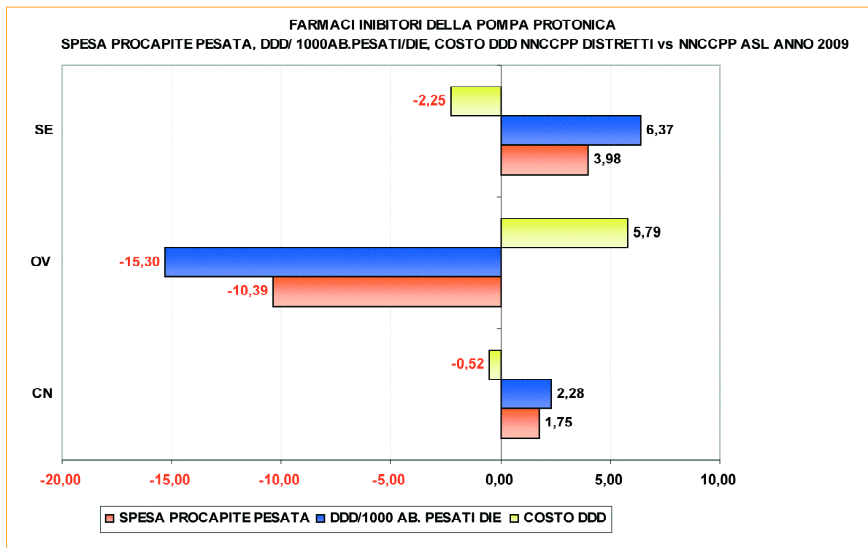
CARDIOVASCOLARI: FARMACI PER LA TERAPIA DELL'IPERTENSIONE



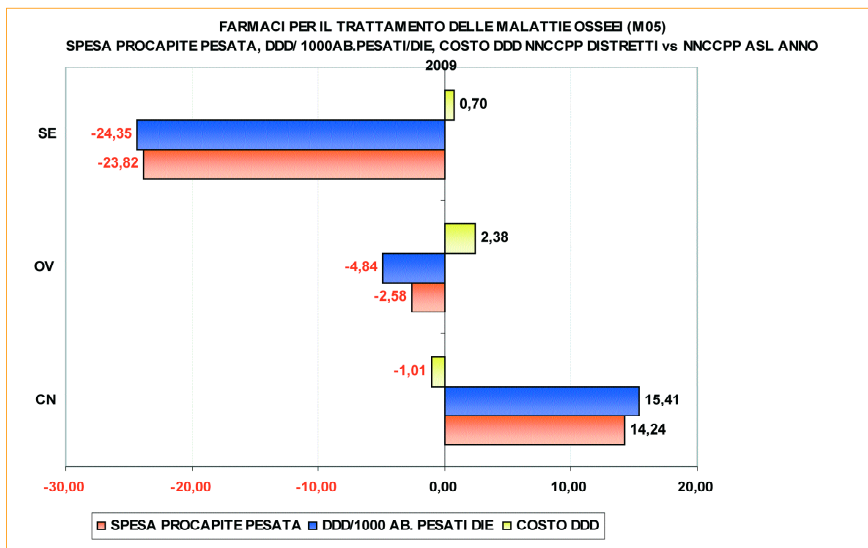
CARDIOVASCOLARI: FARMACI IPOLIPEMIZZANTI



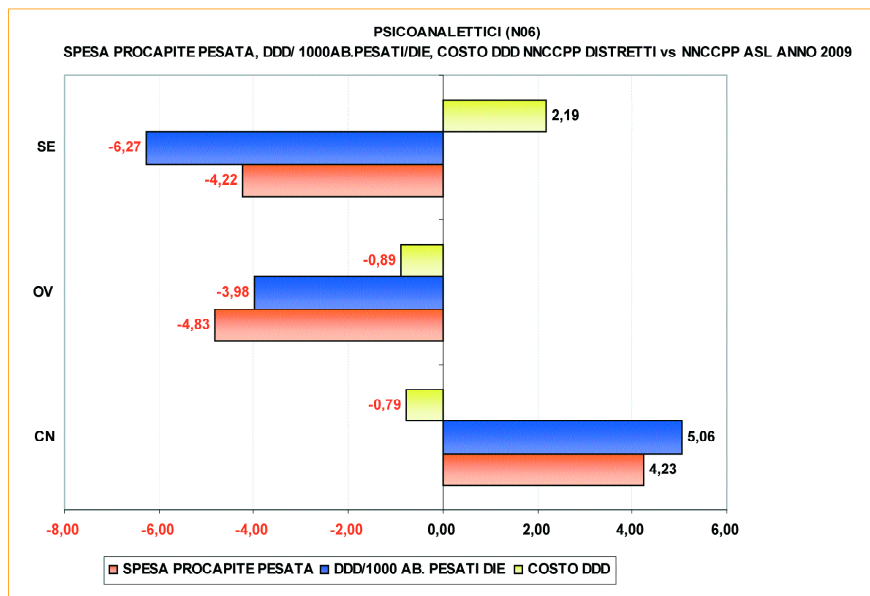
GASTROINTESTINALI: FARMACI ANTIULCERA- INIBITORI POMPA PROTONICA



FARMACI METABOLISMO OSSEO: FARMACI PER OSTEOPOROSI



NEUROLOGICI: FARMACI ANTIDEPRESSIVI-ANTIDEMENZA

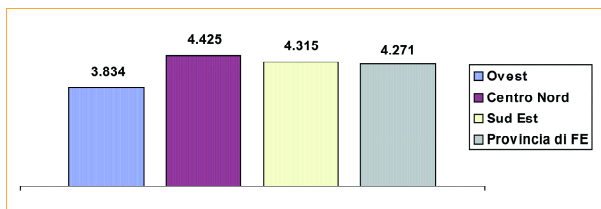


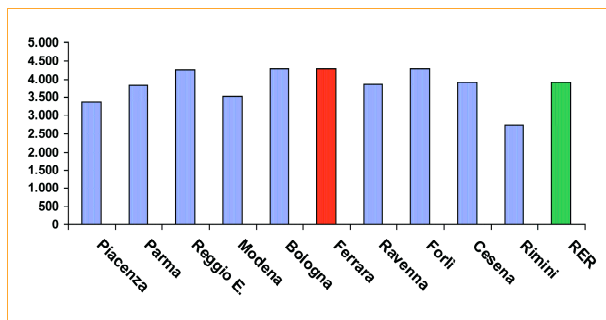
ASSISTENZA SPECIALISTICA

Il consumo

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

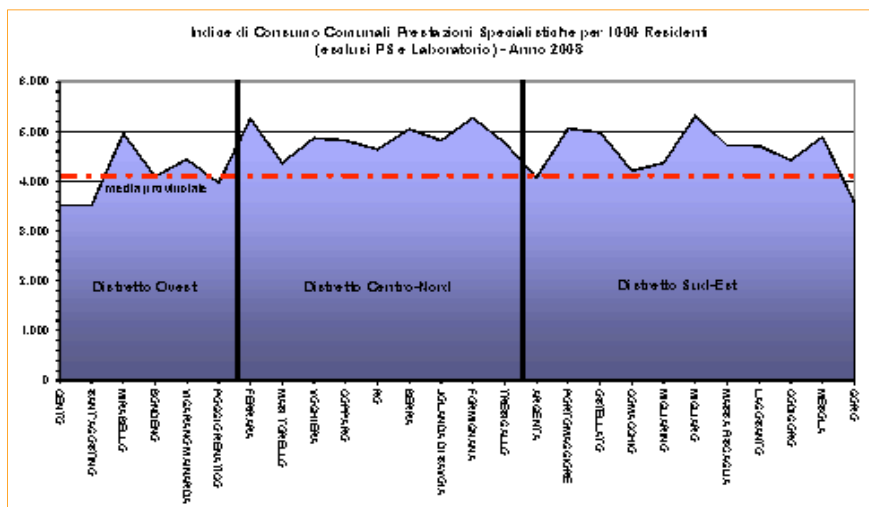
**INDICE DI CONSUMO
 STANDARDIZZATO PER ETÀ
 ESCLUSO PRONTO
 SOCCORSO, OBI
 E LABORATORIO ANALISI
 ANNO 2008**

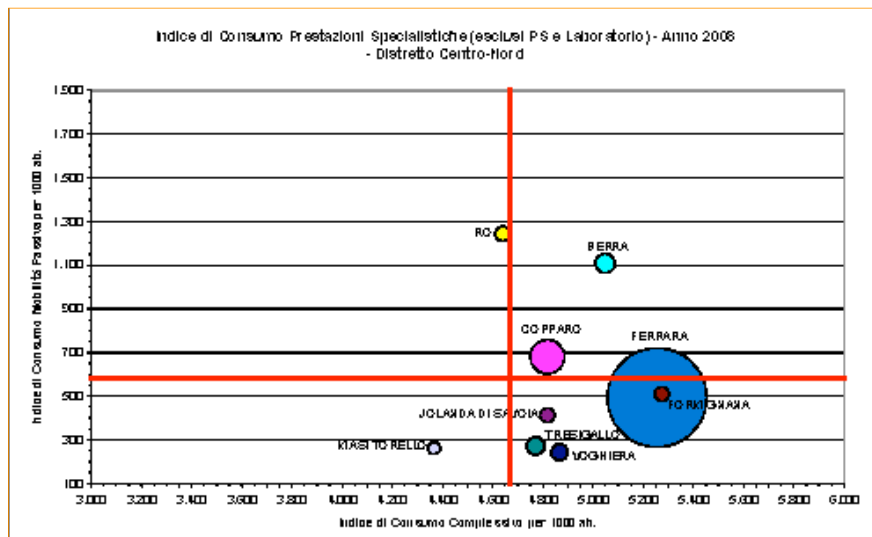
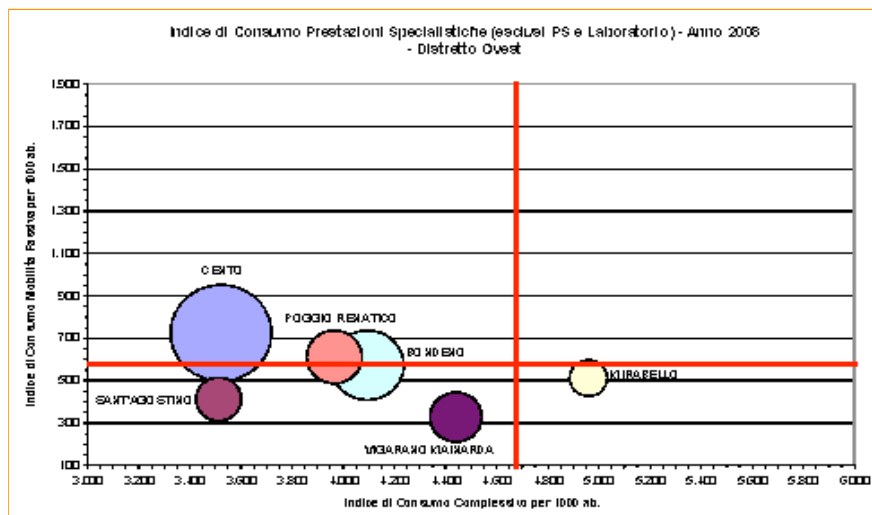


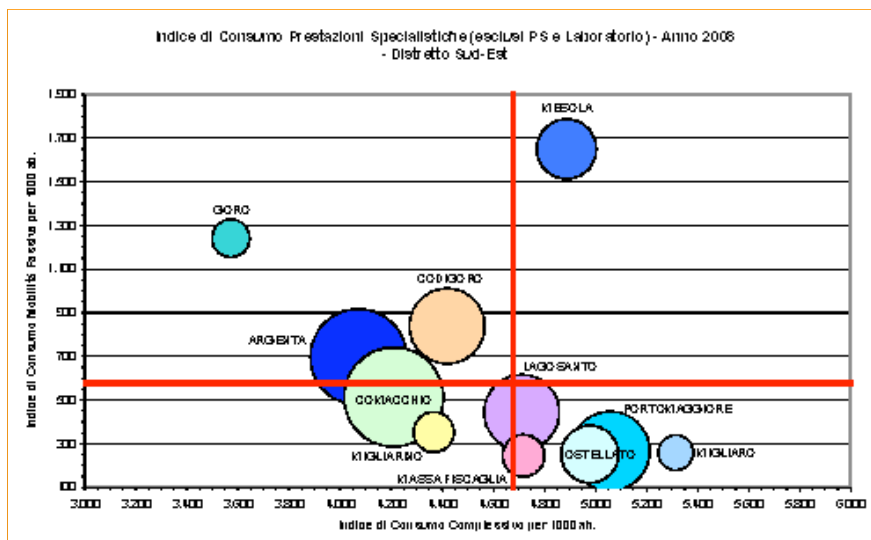


INDICE DI CONSUMO STANDARDIZZATO PER ETÀ ESCLUSO PRONTO SOCCORSO, OBI E LABORATORIO ANALISI ANNO 2008

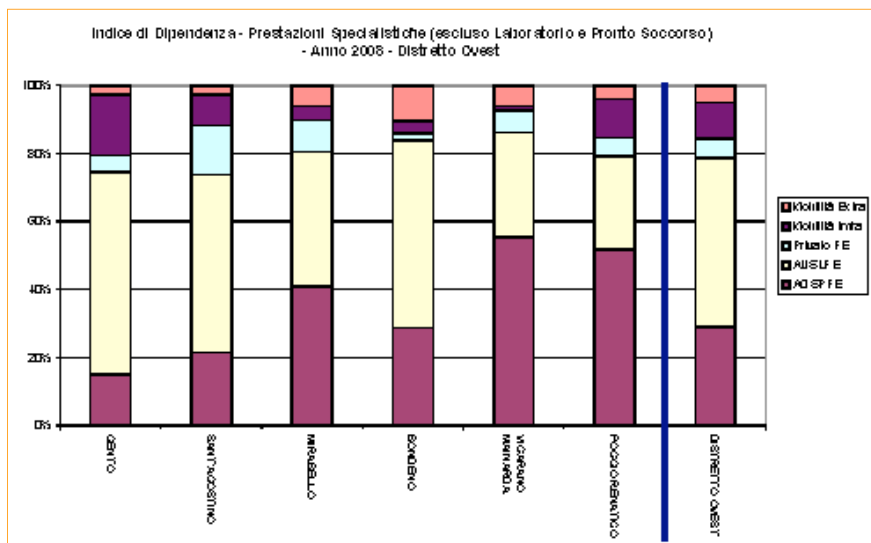
Tasso di consumo complessivo per Distretto

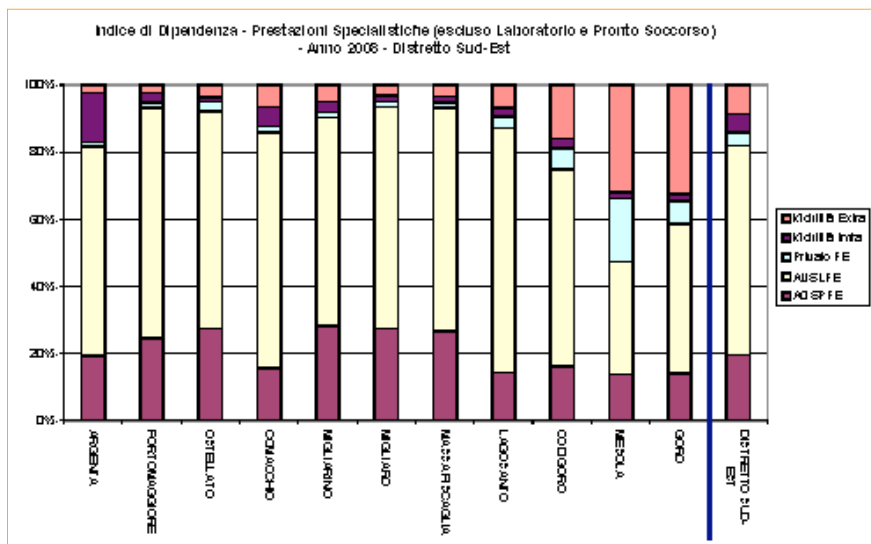
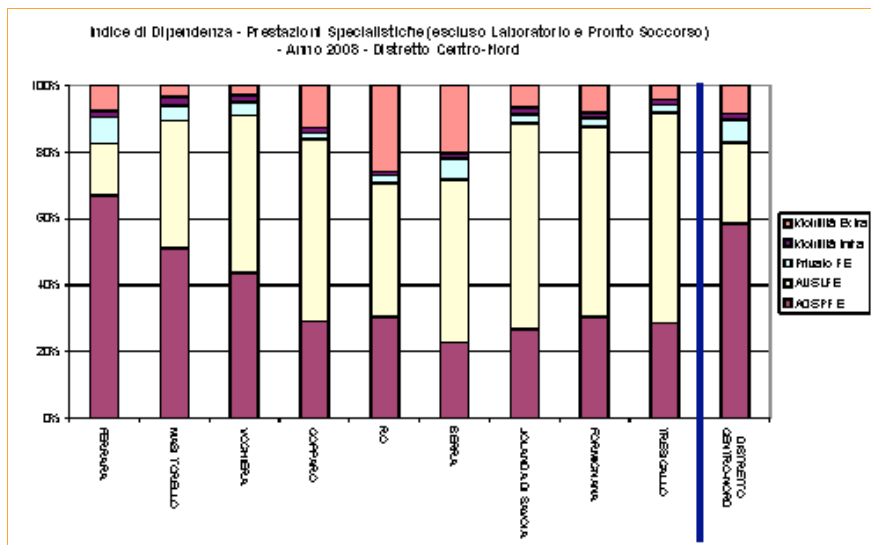






Indici di dipendenza





L'AREA OSPEDALIERA

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

Area 1 (EST) comprendente gli ospedali del Delta, di Comacchio e di Argenta;

Area 2 (OVEST) comprendente gli ospedali di Cento, di Copparo e di Bondeno;

e prevede sette Dipartimenti:

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

Posti letto

Posti letto per dipartimento ospedaliero, disciplina e struttura al 30/06/2009.

Dipartimento	Disciplina	Argenta		Cento		Bondeno		Copparo		Delta		Comacchio		Totale	
		Ord.	D.H.	Ord.	D.H.	Ord.	D.H.	Ord.	D.H.	Ord.	D.H.	Ord.	D.H.	Ord.	D.H.
Chirurgia	Chirurgia	16	1	23	1	-	-	10	-	23	-	5	-	77	2
	D.H. surgery	-	-	-	-	-	-	-	8	-	10	-	8	-	26
	Ortopedia	20	2	26	1	-	-	-	-	21	-	-	-	67	3
	Urologia	-	-	13	1	-	-	-	-	12	-	-	-	25	1
Emergenza	Terapia Intensiva	4	-	4	-	-	-	-	-	4	-	-	-	12	-
	Osserv. Intensiva	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	2	-	6	-
Materno-Infantile	Ostetricia-Ginecologia	8	1	19	2	-	-	-	-	18	-	-	-	45	3
	Pediatria	-	-	-	2	-	2	-	-	8	2	-	-	8	6
Medicina	Cardiologia	-	-	11	1	-	-	-	-	10	2	-	-	21	3
	Geriatria	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	6	-
	Lungodegenza	26	-	-	-	34	-	30	-	33	-	20	-	143	-
	Medicina	49	2	59	5	-	5	26	12	45	2	6	2	185	28
	Gastroenterologia	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	4	-	12	-
	Oncoematologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	4	-
	Medicina d'urgenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	5	-
	Recupero Riab. Funz.	-	6	-	-	-	6	-	8	-	6	-	5	-	31
	Unità Coronarica	-	-	4	-	-	-	-	-	4	-	-	-	8	-
Totale		123	12	159	13	40	13	66	28	190	22	46	15	624	103

Complessivamente il sistema ospedaliero dell'Azienda USL di Ferrara è dotato di 725 posti letto (esclusi 30 posti letto di psichiatria), di cui 622 di ricovero ordinario e 103 di ricovero in regime di Day Hospital, e presenta di 17 discipline, articolate nei diversi stabilimenti.

Prendendo in considerazione anche i posti letto dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria e delle Case di cura private che insistono sullo stesso territorio, complessivamente la dotazione dei posti letto è la seguente:

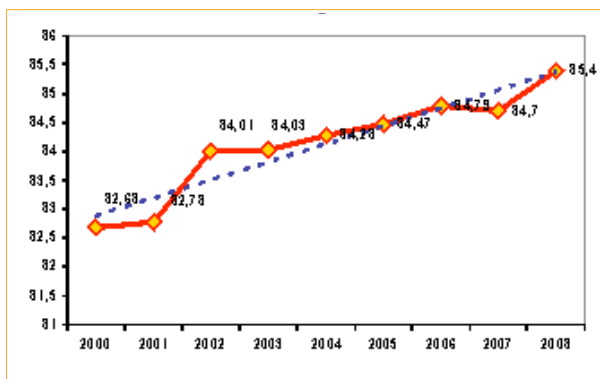
Riferimenti	2005	2006	2007	2008
N° posti letto dell'azienda USL di Ferrara	765	761	753	753
– di cui in lungodegenza e riabilitazione	174	174	174	174
N° posti letto dell'azienda OSP di Ferrara	888	900	876	863
– di cui in lungodegenza e riabilitazione	83	97	97	52
N° posti letto accreditati nelle Case di Cura	189	189	193	169
– di cui in lungodegenza e riabilitazione	75	75	75	75
N° totale di posti letto	1842	1.850	1.822	1785
– di cui lungodegenza e riabilitazione	332	346	346	301
Dotazione media ogni 1.000 abitanti	5,24	5,23	5,12	4,99
– di cui in lungodegenza e riabilitazione	0,95	0,06806	0,97	0,84
Posti letto totali RER	21.210	20.969	21.337	21.025
– di cui in Lungodegenza e Riabilitazione	3.753	3.812	3.848	3.702
Dotazione media ogni 1.000 abitanti RER	4,81	4,75	4,99	4,85
– di cui in lungodegenza e riabilitazione	0,9	0,91	0,9	0,85

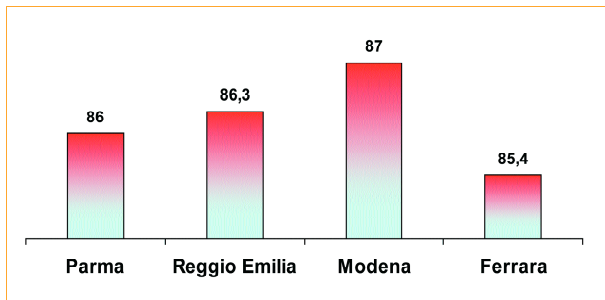
Nota: esclusa la psichiatria.

Indice di dipendenza degli ospedali

Nell'anno 2008 sono stati dimessi dagli ospedali dell'Azienda USL di Ferrara complessivamente 25.025 persone (esclusi i nati sani), di cui 21.364 residenti nella provincia di Ferrara; il dato si traduce nel cosiddetto indice di dipendenza della struttura, che è pari all'85% e che negli anni ha segnato una crescita (vedi grafico), evidenziando una maggiore capacità attrattiva dei nostri ospedali verso i residenti.

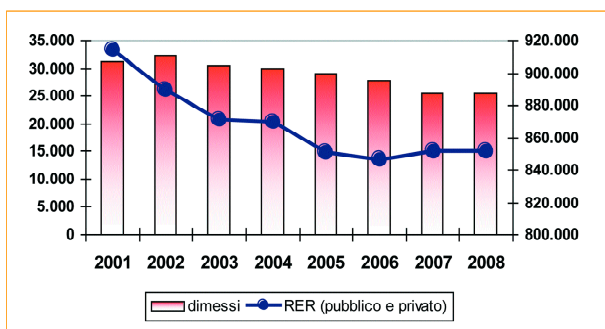
ANDAMENTO DELL'INDICE DI DIPENDENZA DEGLI OSPEDALI PUBBLICI USL DI FERRARA





**INDICE DI DIPENDENZA
DEGLI OSPEDALI PUBBLICI
DELLE AUSL TERRITORIALI
DALLA POPOLAZIONE.
ANNO 2008**

Ricoveri



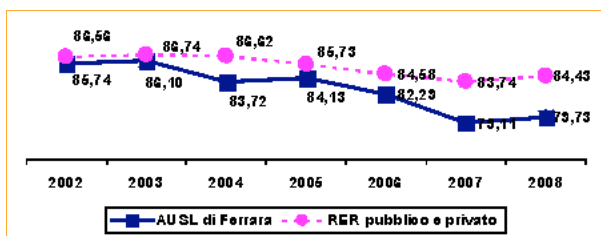
L'andamento generale dei ricoveri, sia in regime ordinario che diurno (Day Hospital), degli ospedali dell'Azienda USL di Ferrara, che fino all'anno 2002 ha fatto registrare una tendenza alla crescita, evidenzia dall'anno 2003 una controtendenza, con un calo dei ricoveri legato a una maggiore appropriatezza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

Per quanto riguarda la composizione per regime di ricovero abbiamo un 21% in diurno e un 79% in regime ordinario.

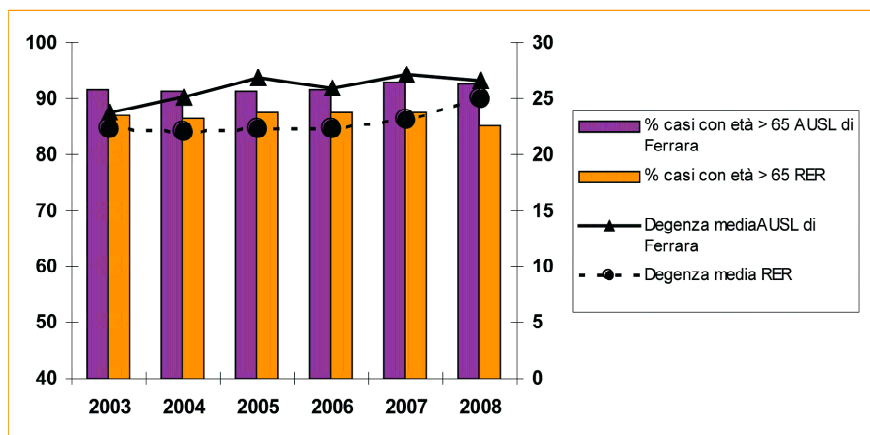
Day Surgery

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

INDICE DI DAY SURGERY

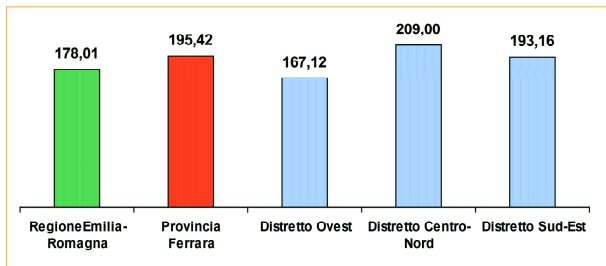


Lungodegenza



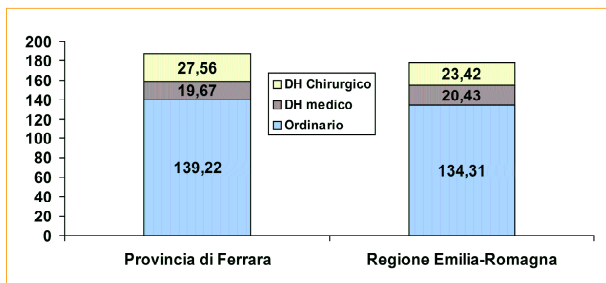
La degenza media più elevata (rispetto alla media regionale) delle strutture dell'Azienda USL di Ferrara, può essere originata dall'età più avanzata dei ricoverati, evidenziata dal tasso di occupazione degli over 65.

I consumi di assistenza ospedaliera dei residenti



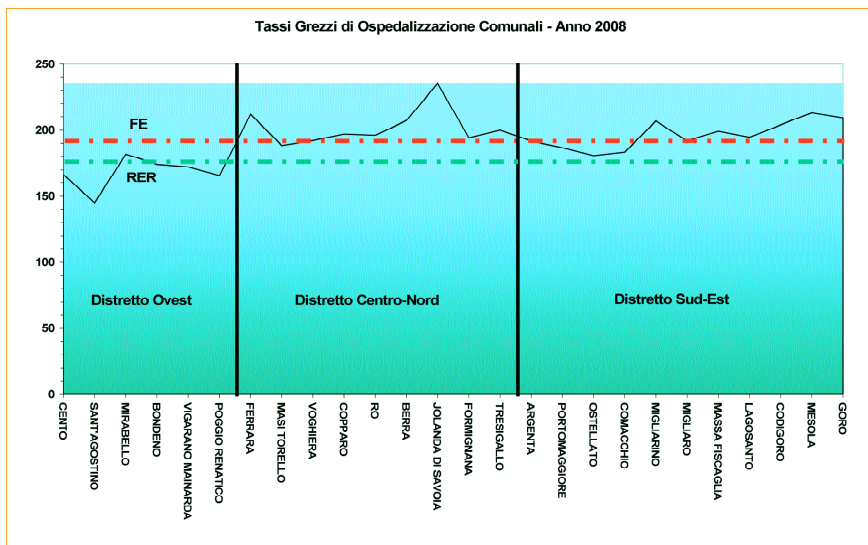
TASSO GREZZO DI OSPEDALIZZAZIONE. ANNO 2008

Il tasso provinciale di ospedalizzazione risulta il più elevato della Regione (sia in forma grezza, sia in forma standardizzata) e il suo trend si presenta relativamente stabile passando da 221,58 ricoveri per mille residenti del 2005 a 201,8 del 2007 pari al meno 8,9% (nello stesso periodo la media regionale è cambiata dal 187,64 al 181,07 meno 3,5%).

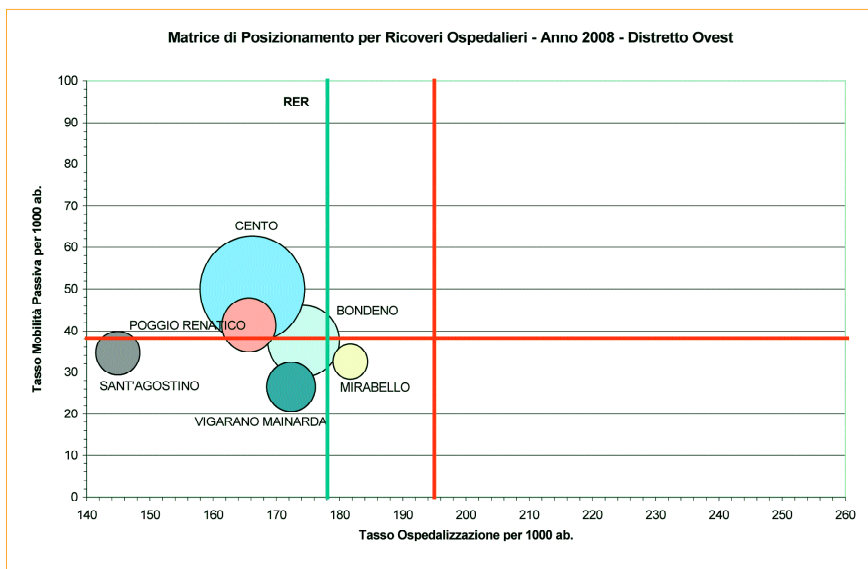


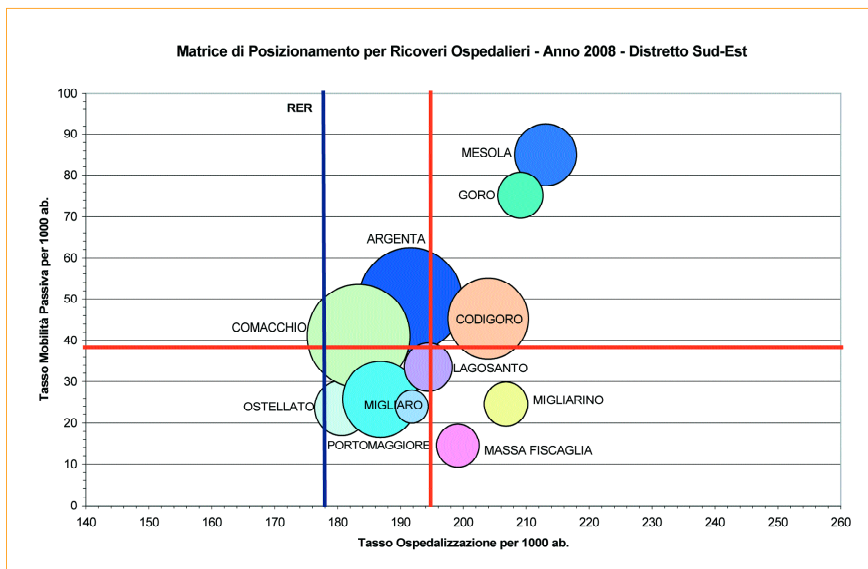
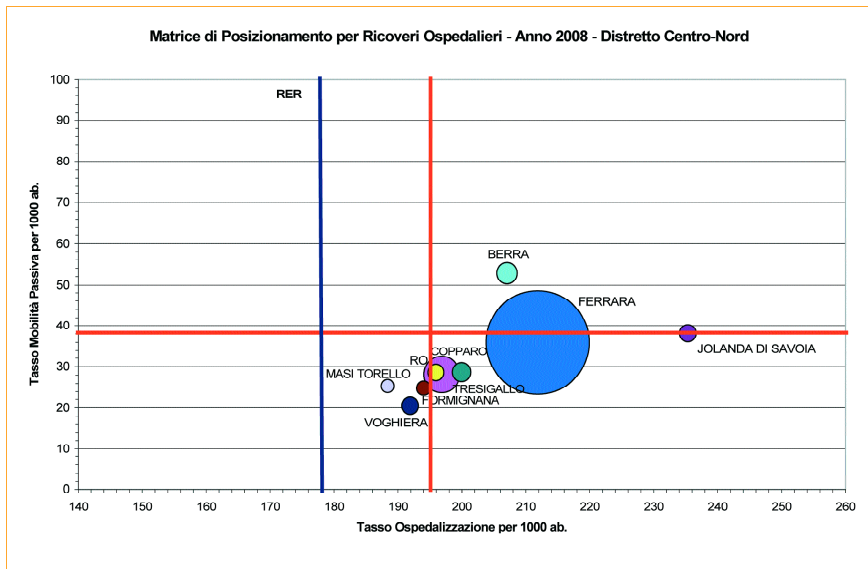
TASSO STANDARDIZZATO DI OSPEDALIZZAZIONE. ANNO 2008 (AGGIORNATO)

Ferrara si discosta considerevolmente dai valori medi regionali particolarmente nei ricoveri ordinari e nei Day Hospital chirurgici.

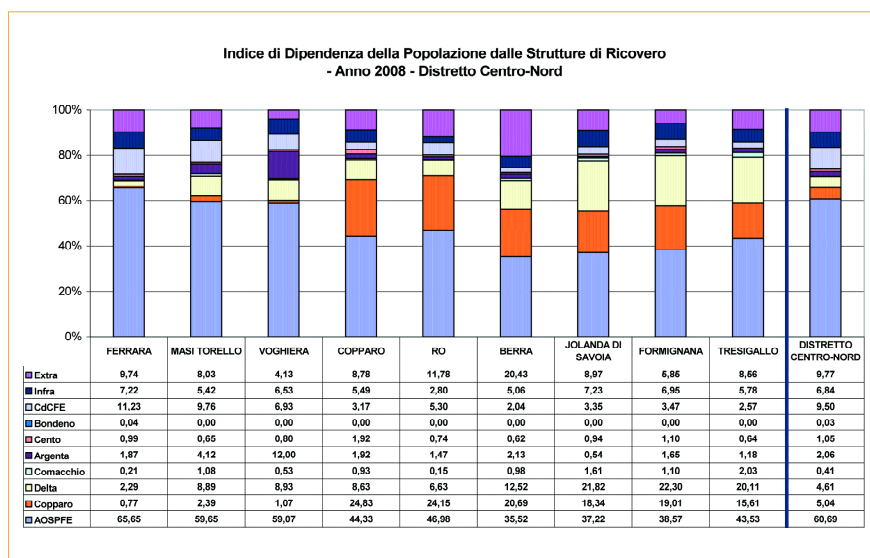
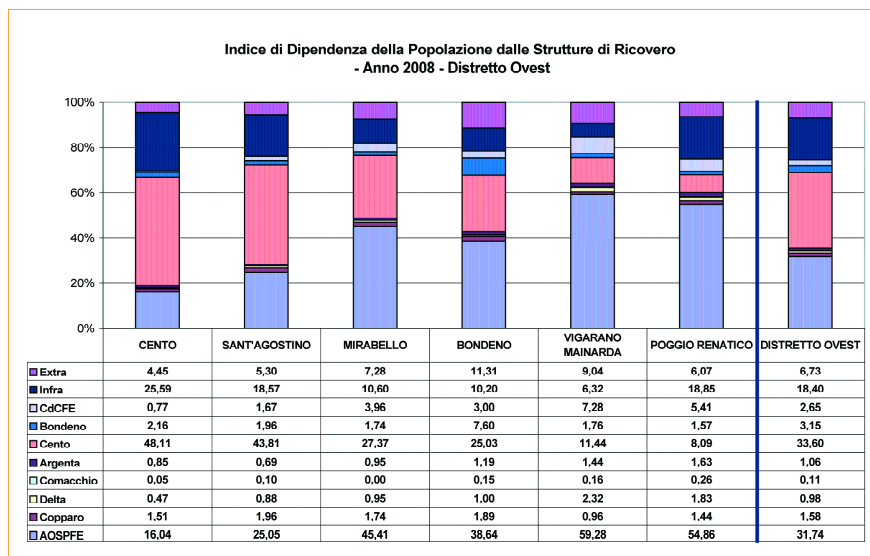


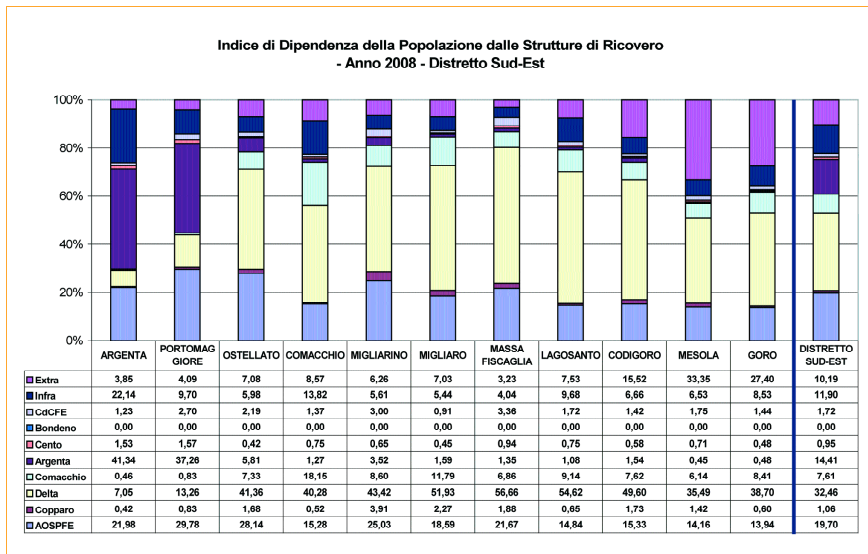
Correlazione tra consumo e mobilità (fuori provincia) di ogni singolo Distretto





Indici di dipendenza





L'Emergenza

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

L'attività di Pronto Soccorso ha il compito invece di svolgere attività di accettazione avendo come obiettivi stabilizzare il paziente critico, trattare il paziente acuto, effettuare ricoveri appropriati e rinviare al medico curante, dopo opportuno inquadramento/trattamento, i pazienti che non necessitano di ricovero. Il codice di accesso stabilisce la priorità dell'invio agli ambulatori di Pronto Soccorso.

CODICE ROSSO: paziente molto critico con priorità massima;

CODICE GIALLO: paziente mediamente critico con priorità intermedia;

CODICE VERDE: paziente poco critico con priorità bassa;

CODICE BIANCO: paziente non urgente.

**Numero di interventi effettuati per area territoriale
e per codice attribuito Anno 2009**

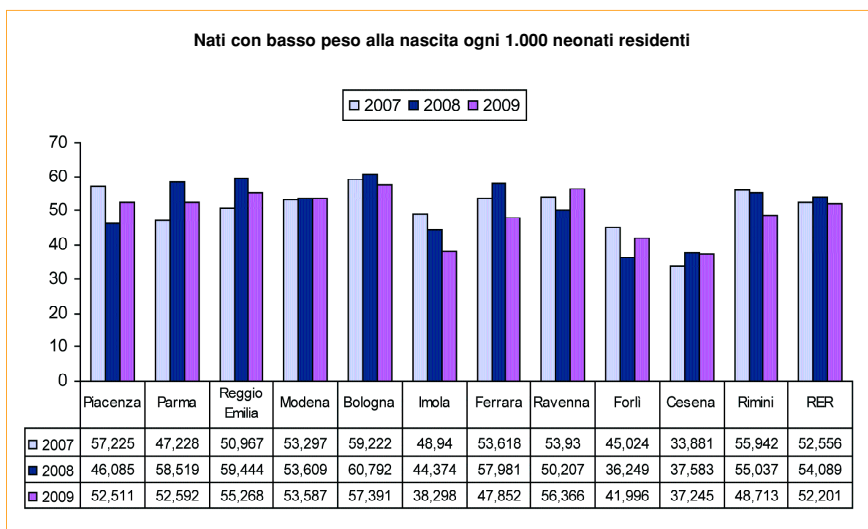
CODICI/AREE	ROSSO	GIALLO	VERDE	BIANCO
BONDENO	350	248	216	19
CENTO	828	847	790	31
S.AGOSTINO	275	238	324	15
FERRARA	3.098	3.334	7.041	454
PORTO MAGGIORE	496	444	479	48
ARGENTA	604	490	545	36
COMACCHIO	965	882	1.039	65
MIGLIARINO	365	330	511	40
DELTA	488	417	673	118
BOSCO MESOLA	266	243	356	33
COPPARO	868	608	917	67



LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

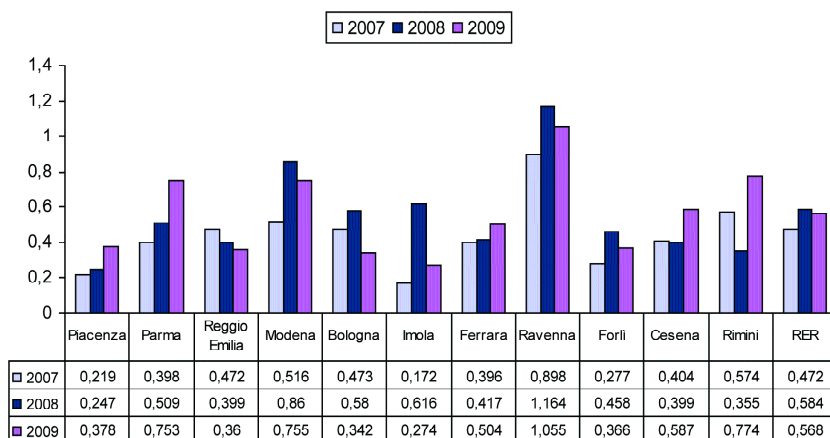
Indicatori di qualità legati al consumo di prestazioni ospedaliere dei cittadini ferraresi

Ciascun indicatore è soggetto a possibili bias (errori) legati alle modalità di raccolta dei dati e alla possibilità di correzione degli stessi, al fine di azzerare l'effetto delle differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni; quest'ultime originate da consuetudini, razze, usi e costumi, presenza di fattori etiologici diversi, etc. L'uso di un indicatore di per sé non deve avvenire determinando nel lettore interpretazioni assolute; l'interpretazione dei dati deve invece avvenire in un contesto multidimensionale al fine di permettere la visione complessiva del sistema analizzato nei suoi più variegati aspetti.



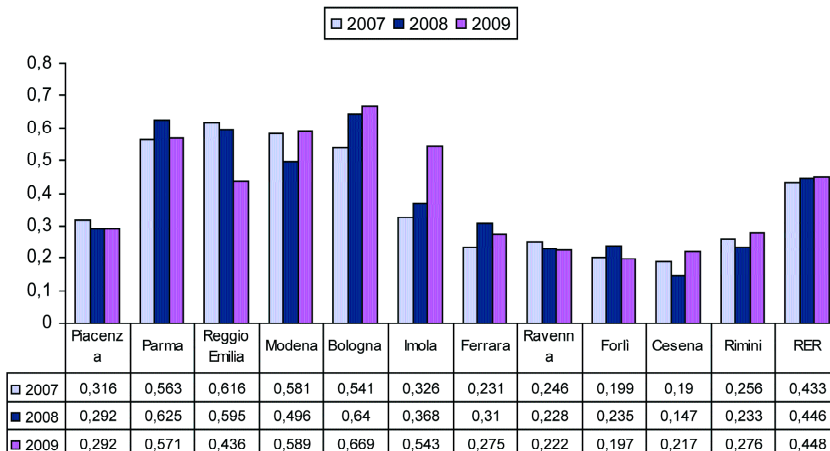
Questo indicatore mette in evidenza un problema di accesso alle cure pre-natali risultando correlato alle condizioni socio-economiche della popolazione di riferimento e tendendo a zero man mano che queste ultime aumentano. Non è un indicatore utilizzato per valutare la qualità degli ospedali cui una popolazione afferisce, ma si riferisce alla popolazione stessa, risultando correlato a diversi fattori di rischio (età, razza, fumo, stress, droghe, etc.) per i quali, peraltro, sarebbe richiesta una procedura di risk-adjustment al fine di aumentarne la specificità.

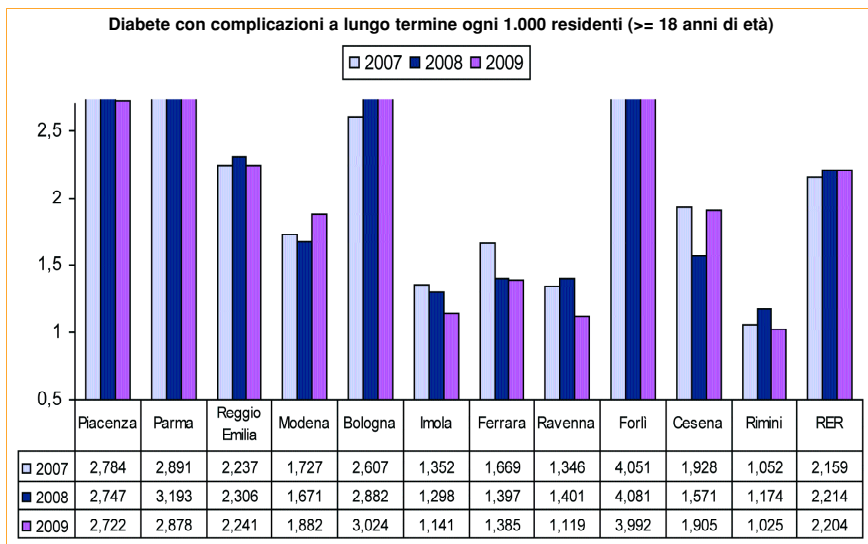
Dimissioni per polmonite e influenza negli anziani ogni 1.000 residenti anziani (>= 65 anni di età)



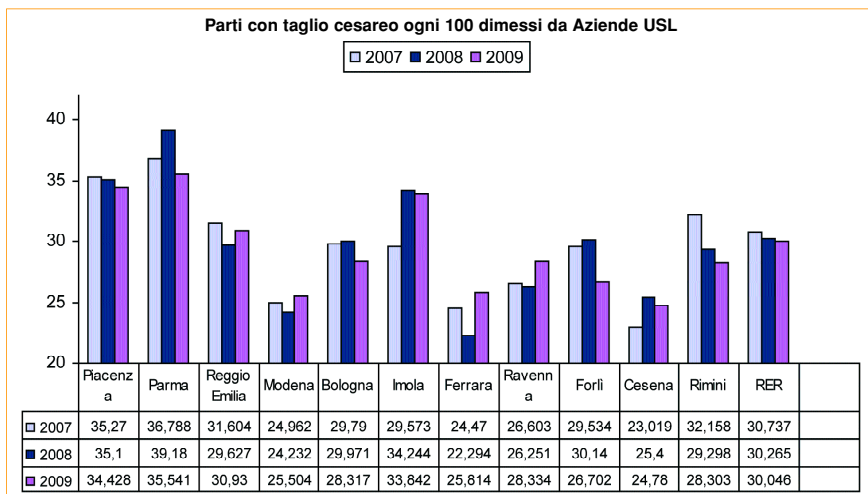
Tale indicatore di qualità dell'assistenza fornisce indicazioni circa l'orientamento di un sistema sanitario a prevenire ricoveri per polmonite pneumococcica o influenza; per queste patologie esistono infatti oggi vaccini molto efficaci. La considerazione che segue è di tipo indiretto: più il tasso di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

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

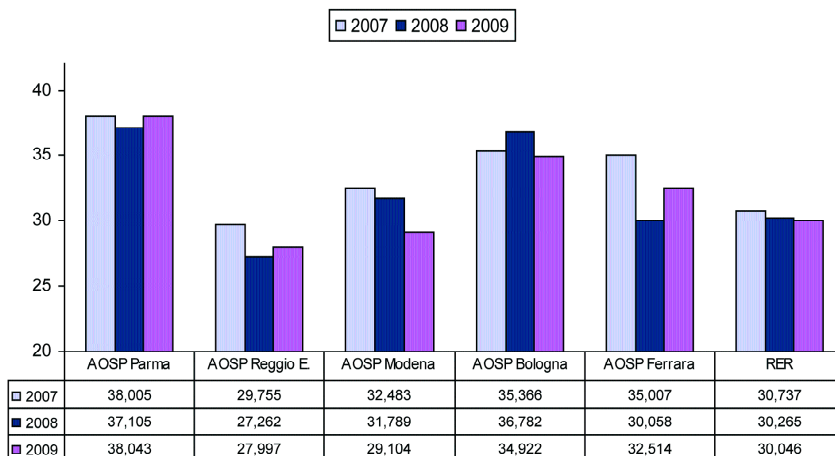




Questi indicatori ci forniscono un'idea dell'effetto preventivo esercitato, o meno, dal sistema sanitario di riferimento sulle complicanze relative alla patologia diabetica cronica più diffusa nel mondo, il diabete; la corretta gestione del paziente avrebbe, infatti, un effetto inversamente proporzionale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

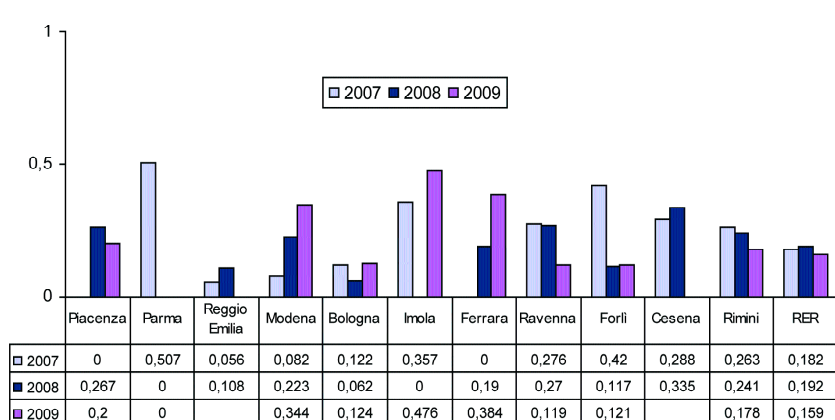


Parti con taglio cesareo ogni 100 dimessi da aziende ospedaliere

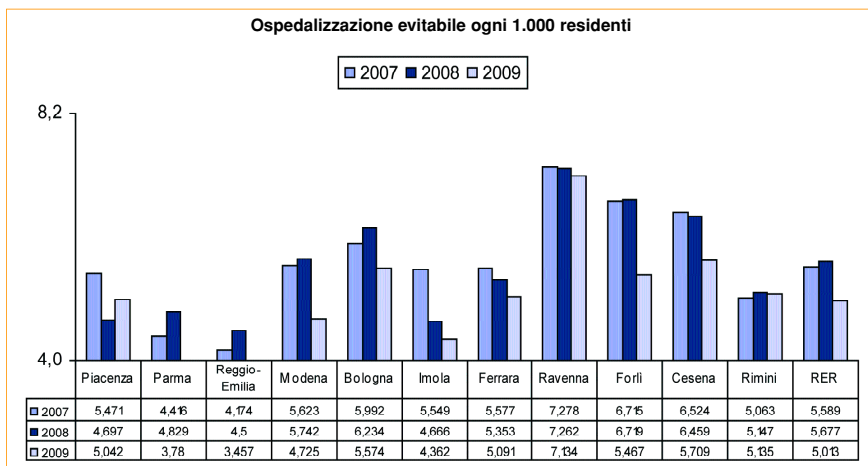


L'analisi di questo indicatore ci permette di riconoscere, al di là delle sempre possibili differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni, il sostanziale orientamento dell'equipe alla cui attività si riferisce; nonostante l'elevata percentuale di cesarei non rappresenti in assoluto una misura di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

Mortalità intraospedaliera per interventi a basso rischio presso l'Azienda USL



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



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

TEMPI DI ATTESA PER PRESTAZIONI SENSIBILI

Le prestazioni specialistiche

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

% Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private -Anno 2009-escluso PS

AUSL di Ferrara	Visite AUSL FE	Visite RER	Diagnostica AUSL FE	Diagnostica RER
Entro 1-30 gg	35,36	44,41	54,93	49,6
Entro 1-45 gg	46,49	58,33	64,7	61,65
Entro 1-60 gg	57,73	67,9	72,1	70,87
Entro 1-75 gg	67,14	74,73	77,97	77,78
Entro 1- 90 gg	73,77	80,47	83,24	83,08
Oltre 90 gg	26,23	19,53	16,76	16,92

Fonte: Banca dati regionali ASA.

L'AREA OSPEDALIERA

Ricoveri programmati a carico del SSN - TEMPI DI ATTESA OSPEDALI

Anno 2009

	Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa >0 gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
				0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
CHEMIOTERAPIA (DH)										
Azienda USL+Privato	119	87	5	26,9	100	100	100	100	100	0
Azienda Ospedaliera	831	93	1	88,8	97,8	98,9	98,9	98,9	98,9	1,1
Totale	950	180	3	81,1	98,9	99,4	99,4	99,4	99,4	0,6
RER	16.824	9.711	7	42,3	96,5	98,7	99,1	99,2	99,2	0,8
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)										
Azienda USL+Privato	20	19	14	5	84,2	94,7	94,7	100	100	0
Azienda Ospedaliera	26	26	28,5	0	53,8	96,2	100	100	100	0
Totale	46	45	24	2,2	66,7	95,6	97,8	100	100	0
RER	500	490	21	2	77,3	95,5	98,4	99,2	99,4	0,6
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)										
Azienda USL+Privato	85	78	7	8,2	94,9	98,7	98,7	100	100	0
Azienda Ospedaliera	154	123	13	20,1	85,4	93,5	96,7	99,2	99,2	0,8
Totale	239	201	11	15,9	89,1	95,5	97,5	99,5	99,5	0,5
RER	2.593	2.472	17	4,7	83,2	95,5	97,1	97,9	99,3	0,7
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)										
Azienda USL+Privato	75	74	46,5	1,3	13,5	70,3	93,2	100	100	0
Azienda Ospedaliera	47	44	33	6,4	36,4	95,5	97,7	100	100	0
Totale	122	118	41	3,3	22	79,7	94,9	100	100	0
RER	1.526	1.509	38	1,1	33,6	76,9	91,8	97,7	99,4	0,6
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)										
Azienda USL+Privato	15	14	6	6,7	85,7	100	100	100	100	0
Azienda Ospedaliera	93	84	29	9,7	51,2	88,1	96,4	98,8	98,8	1,2
Totale	108	98	27	9,3	56,1	89,8	96,9	99	99	1
RER	1.212	1.160	19	4,3	79,4	96,1	98,1	98,8	99,2	0,8
CORONAROGRAFIA (DH)										
Azienda USL+Privato	48	12	20	75	58,3	100	100	100	100	0
Totale	48	12	20	75	58,3	100	100	100	100	0
RER	802	730	13	9	77,4	86,8	89,7	92,6	95,5	4,5
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)										
Azienda USL+Privato	90	89	29	1,1	53,9	86,5	93,3	96,6	100	0
Azienda Ospedaliera	170	165	12	2,9	72,7	90,3	95,8	98,2	100	0
Totale	260	254	17,5	2,3	66,1	89	94,9	97,6	100	0
RER	1.404	1.366	35	2,7	44,3	68,2	83,4	89,8	96,4	3,6

	Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa >0 gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
				0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)										
Azienda USL+Privato	57	36	6,5	36,8	66,7	88,9	94,4	97,2	100	0
Azienda Ospedaliera	193	166	7	14	78,9	97,6	98,8	99,4	99,4	06
Totale	250	202	7	19,2	76,7	96	98	99	99,5	0,5
RER	4.176	3.503	12	16,1	79,6	94,3	97,5	98,3	99,2	0,8
CATARATTA (DH)										
Azienda USL+Privato	354	351	14	0,8	69,8	91,7	98,9	99,4	100	0
Azienda Ospedaliera	84	78	51	7,1	30,8	69,2	93,6	97,4	98,7	1,3
Totale	438	429	18	2,1	62,7	87,6	97,9	99,1	99,8	0,2
RER	2.332	2.257	30	3,2	50,3	68,6	84,9	94	98,2	1,8
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)										
Azienda USL+Privato	362	362	126	0	4,4	15,7	33,7	47,8	72,4	57,6
Azienda Ospedaliera	78	69	97	11,5	2,9	24,6	43,5	76,8	95,7	4,3
Totale	440	431	114	2	4,2	17,2	35,3	52,4	76,1	23,9
RER	6.801	6.663	84	2	25,1	40,6	52,2	61,7	77,7	22,3
TUNNEL CARPALE (DH)										
Azienda USL+Privato	156	153	20	1,9	66	85	91,5	94,8	97,4	2,6
Azienda Ospedaliera	8	8	25	0	50	75	75	87,5	100	0
Totale	164	161	20	1,8	65,2	84,5	90,7	94,4	97,5	2,5
RER	2.395	2.078	30,5	13,2	50	70,5	80,7	85,5	92,1	7,9
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)										
Azienda USL+Privato	407	403	22	1	62,3	79,7	89,6	94	98,3	1,7
Azienda Ospedaliera	90	90	70	0	11,1	41,1	67,8	83,3	92,2	7,8
Totale	497	493	28	0,8	52,9	72,6	85,3	92,1	97,2	2,8
RER	6.389	6.345	45	0,7	38,3	58,2	71,9	80,7	87,7	12,3
EMORROIDECTOMIA (DH)										
Azienda USL+Privato	32	32	23,5	0	59,4	75	87,5	93,8	100	0
Azienda Ospedaliera	13	12	17	7,7	75	91,7	100	100	100	0
Totale	45	44	23	2,2	63,6	79,5	90,9	95,5	100	0
RER	551	543	41	1,5	41,4	59,3	69,6	77	85,3	14,7
STRIPPING DI VENE (DH)										
Azienda USL+Privato	392	390	36	0,5	44,4	68,5	81,3	89	96,4	3,6
Azienda Ospedaliera	422	416	80,5	1,4	24,3	38,7	56	76,2	95,2	4,8
Totale	814	806	57	1	34	53,1	68,2	82,4	95,8	4,2
RER	6.668	6.356	41	4,7	43	58,9	68	76,5	85,7	14,3

	Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa >0 gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
				0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO (DH)										
Azienda USL+Privato	13	1	31	92,3	0	100	100	100	100	0
Azienda Ospedaliera	64	36	4,5	43,8	94,4	100	100	100	100	0
Totale	77	37	5	51,9	91,9	100	100	100	100	0
RER	643	651	7	9	29,9	84	94,5	97,1	98	1,6
TONSILLECTOMIA (regime ordinario)										
Azienda USL+Privato	55	54	12,5	1,8	79,6	94,4	96,3	98,1	100	0
Azienda Ospedaliera	248	248	72,5	0,3	32,1	50,3	71,9	82,5	92,7	7,3
Totale	303	302	60	0	36,9	66,6	77,4	85,2	93,8	6,2
RER	3.319	3.247	91	2,2	21,6	37,6	49,8	59,4	78,6	21,4
INTERVENTO CHIRURGICO COLON (regime ordinario)										
Azienda USL+Privato	32	28	13	12,5	71,4	78,6	78,6	82,1	85,7	14,3
Azienda Ospedaliera	68	53	15	22,1	73,6	88,7	98,1	100	100	0
Totale	100	81	14	19	72,8	85,2	91,4	93,8	95,1	4,9
RER	1.791	1.639	23	8,5	60,9	75,6	82,7	88,1	92,7	7,3
INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)										
Azienda USL+Privato	7	4	5	42,9	100	100	100	100	100	0
Azienda Ospedaliera	229	159	13	30,6	79,2	94,3	98,1	100	100	0
Totale	236	163	13	30,9	79,8	94,5	98,2	100	100	0
RER	2.975	2.374	9	20,2	85,1	94,2	96,5	98	98,5	1,5

MONITORAGGIO

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

Segnalazioni sui tempi	2007	2008	2009
Tempi - Altro	12	2	3
Orari di apertura dei servizi	14	5	3
Coda per la prenotazione	4	3	5
Tempi di attesa tra prenotazione e prestazione	12	13	30
Coda per la prestazione	17	24	32
Tempi di attesa per ricevere documentazioni, presidi, ausili	9	12	10
Tempi di attesa per avere risposta alle segnalazioni	1	4	6
Totale	69	63	89

