

## *2. Il profilo aziendale*



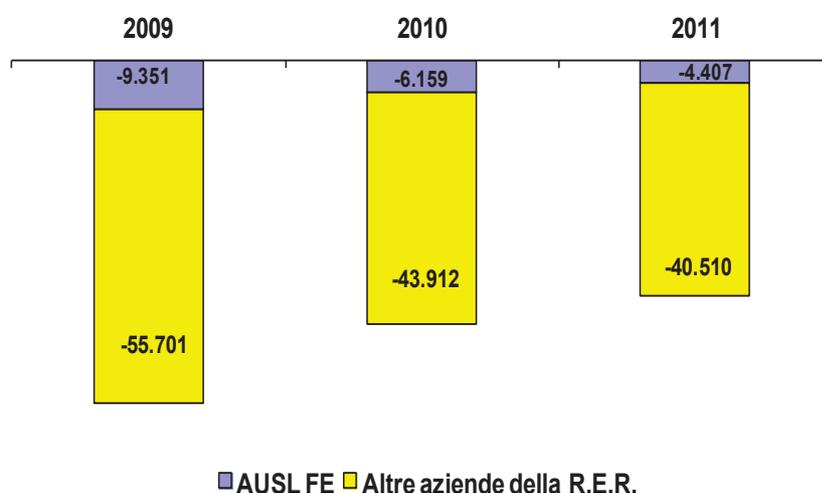
## Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

### Sostenibilità economica

La sostenibilità economica viene misurata tramite un *panel* di indicatori volti ad interpretare le cause che hanno determinato il risultato di esercizio. Tali indicatori sono inoltre utili a valutare il grado di assorbimento delle risorse disponibili da parte dei principali fattori produttivi e ad esaminare la composizione dei costi.

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

**Risultati netti d'esercizio AUSL FE a confronto con risultati R.E.R. relativi alle Aziende con Azienda Ospedaliera nel proprio ambito provinciale**



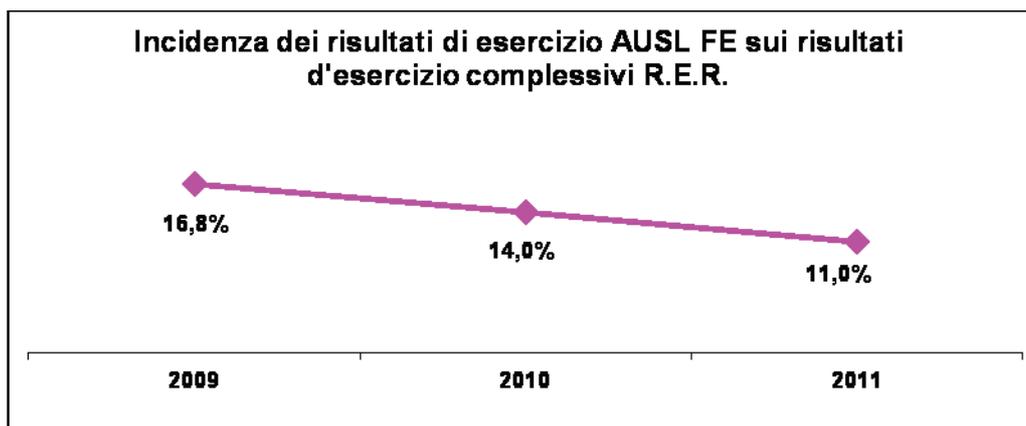
Fonte dati: Regione Emilia-Romagna

Obiettivo economico 2011. La DGR 732/2011 ad oggetto "linee di programmazione e finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011" viene richiesta alla Azienda USL di Ferrara la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati relativamente ai beni ad utilità pluriennale entrati in produzione negli anni 2010 e 2011

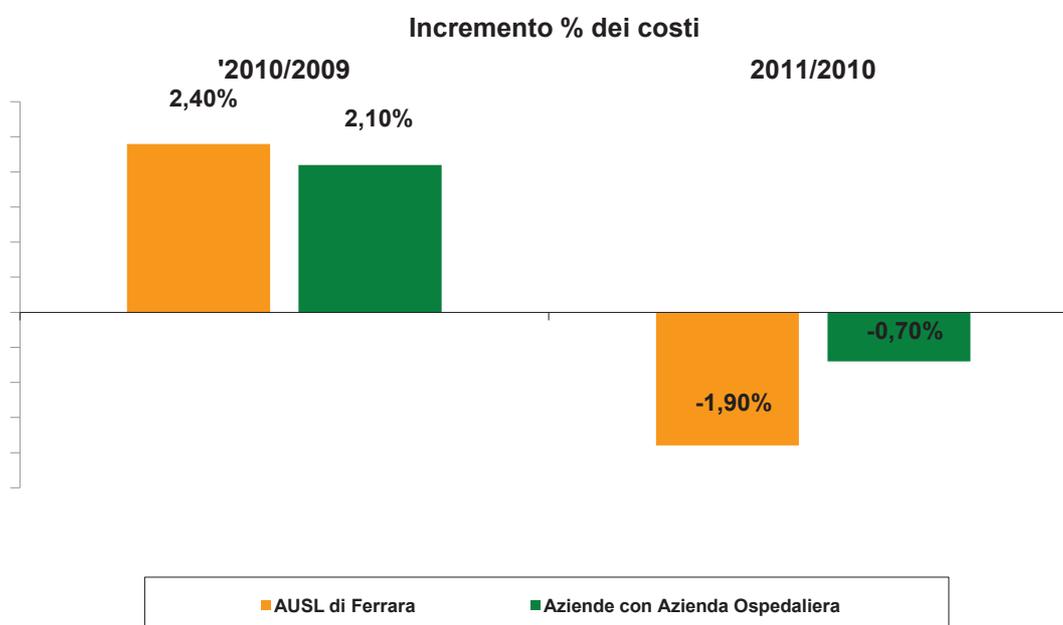
Definizione Obiettivo	
Saldo netto ammortamenti non sterilizzati	-5.659.873
Quota ammortamenti entrati in produzione dal 2010 al 2011	636.380
<b>Obiettivo economico 2011</b>	<b>-5.023.493</b>

A fronte di tale obiettivo l'Azienda USL di Ferrara chiude il risultato economico di esercizio 2011 con una perdita pari a € 4.407.000 (-25% sul 2010). Tale risultato corrisponde ad un miglioramento rispetto all'obiettivo fissato di circa 600.000 euro che consente la copertura economica di parte degli ammortamenti d'esercizio relativi a beni entrati in produzione precedentemente al 2010.

Incidenza del Risultato d'esercizio. L'incidenza del risultato d'esercizio dell'Azienda USL di Ferrara rispetto al risultato regionale conseguito dalle Aziende USL con Aziende Ospedaliere nel proprio ambito territoriale, registra un decremento passando dal 16,8% del 2009 al 14,0% del 2010, fino all'11,0% del 2011, con un evidente trend in riduzione.



Andamento dei Costi di Produzione. L'andamento dell'aggregato economico dei costi di produzione evidenzia per l'Azienda USL di Ferrara un minor incremento nel 2011 rispetto alla media delle Aziende Sanitarie territoriali appartenenti al gruppo di quelle caratterizzate dalla presenza di un'Azienda Ospedaliera nel territorio di riferimento.



Per l'Azienda USL di Ferrara il decremento tendenzialmente più rilevante si riscontra nei seguenti aggregati:

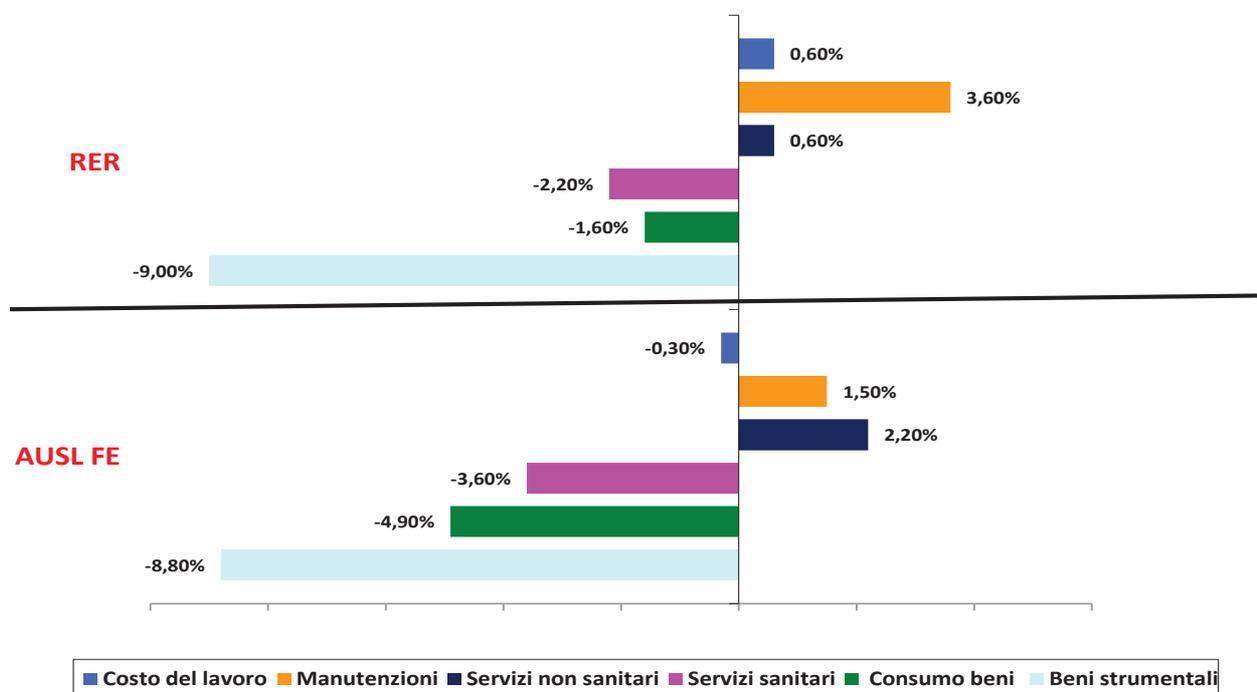
- Beni di consumo e Beni strumentali<sup>1</sup>, per un complessivo - 6,00%, determinato soprattutto dal risparmio nel costo dei medicinali e di materiale protesico. Tale risultato è attribuibile ad una politica di appropriatezza nella somministrazione e di attenta gestione dell'offerta.
- Servizi sanitari -3,60%. All'interno dell'aggregato sono rilevati andamenti di segno opposto, determinando ad ogni modo ad una riduzione complessiva, imputabile soprattutto alla riduzione della spesa farmaceutica. Tale performance è stata determinata principalmente dalle scadenze di brevetto e/o riduzione di costo di farmaci ad elevato impatto prescrittivo, nonché dal calo generalizzato del costo dei farmaci generici per adeguamento alla media europea e dall'introduzione da fine agosto 2011 del Ticket sulla farmaceutica (DGR1190/2011). Rispetto agli obiettivi qualitativi fissati dalla RER per l'anno 2011 sono state attivate azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di governo della prescrizione dell'uso dei farmaci GENERICI (o genericabili), attribuendo specifici obiettivi sia alla Medicina Generale che agli specialisti ospedalieri.

<sup>1</sup> I beni strumentali corrispondono all'aggregato del godimento beni di terzi e alla quota utilizzo contributi in conto capitale.

- Costo del lavoro -0,30%. Il contenimento del costo del personale, che corrispondeva ad un obiettivo regionale notevolmente stringente, è stato possibile in quanto l'Azienda U.S.L. ha orientato le proprie azioni di gestione degli organici e delle assunzioni, nonché degli istituti contrattuali incidenti sulle dinamiche di costo del personale, in un'ottica di non ridurre i livelli quali-quantitativi dei servizi e delle prestazioni.

Gli altri aggregati hanno registrato un segno positivo, ovvero:

- Manutenzioni + 1,50%. Questo incremento è soprattutto legato all'aumento delle superfici e dei volumi da manutentare a seguito della conclusione dei lavori di ristrutturazione delle nuove aree ospedaliere di Argenta e Cento.
- Servizi Non Sanitari<sup>2</sup> + 2,20%. In particolare il servizio di lavanderia incrementa a seguito della nuova gara INTERCENTER e per la quota parte del costo delle Divise del 118 precedentemente comprese nel rimborso per funzione accordato all'Azienda Ospedaliera. Riscaldamento e Utenze risentono dei maggiori costi energetici e del costo della linea di trasmissione dati in fibra ottica Lepida

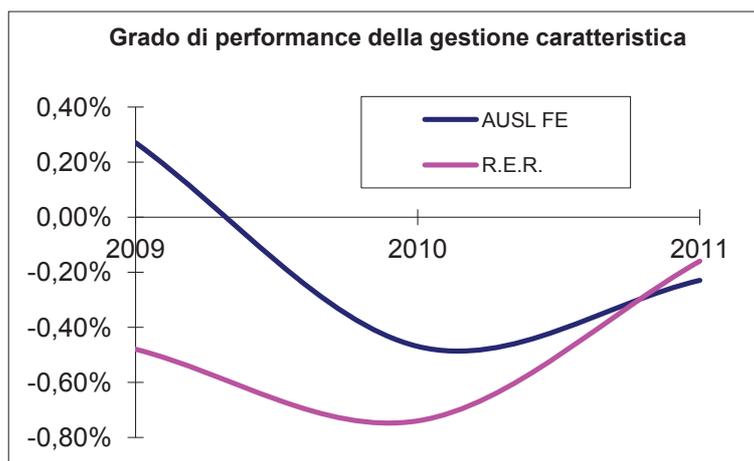


Grado di performance della gestione caratteristica. L'indicatore è dato dal rapporto tra il risultato operativo caratteristico e i ricavi disponibili. Fino al 2010 la Provincia Ferrarese rimane superiore alla media regionale. Dal 2011 a seguito di una serie di fenomeni quali:

- la riduzione dei trasferimenti regionali,
- la diminuzione delle voci di ricavo connesse ai Ticket incassati dal Laboratorio Analisi di Ferrara, ora trasferiti direttamente all'Azienda Ospedaliera

l'indice si abbassa al di sotto di quello Regionale. Ciò è avvenuto nonostante il risultato operativo caratteristico sia migliorato del 111%.

<sup>2</sup> I servizi non sanitari comprendono i servizi tecnici (lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento, servizi di prenotazione, trasporti non sanitari e distribuzione per conto), le utenze (acqua, luce, gas), gli altri servizi non sanitari e l'IRAP per l'attività commerciale.



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 dei ricavi disponibili.

#### Beni di consumo su ricavi disponibili



#### Beni strumentali su ricavi disponibili



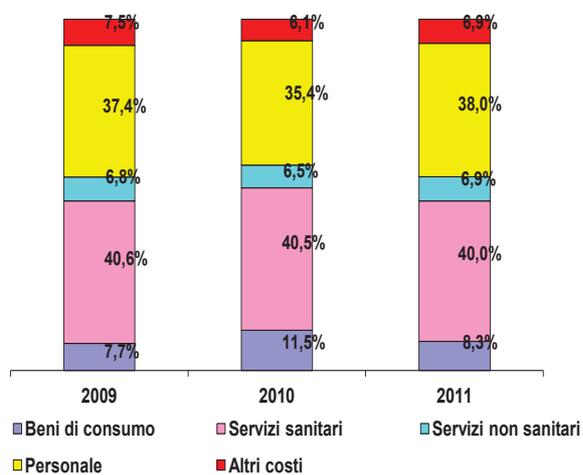
### Servizi su ricavi disponibili



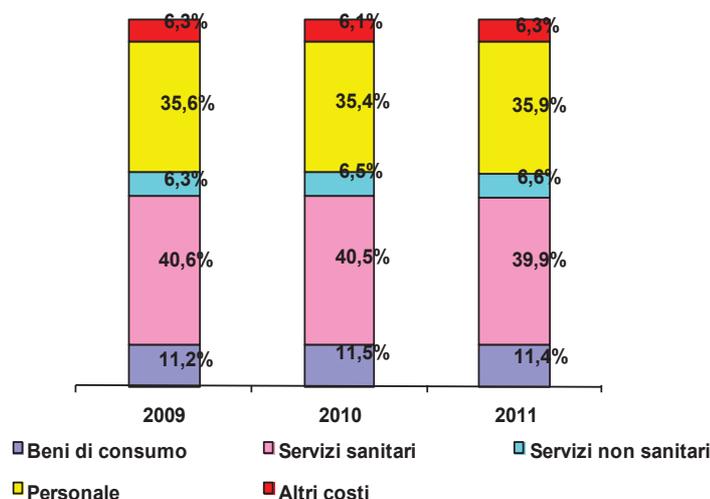
### Costo del lavoro su ricavi disponibili



### Composizione % dei costi d'esercizio - AUSL FE



### Composizione % dei costi d'esercizio - R.E.R.

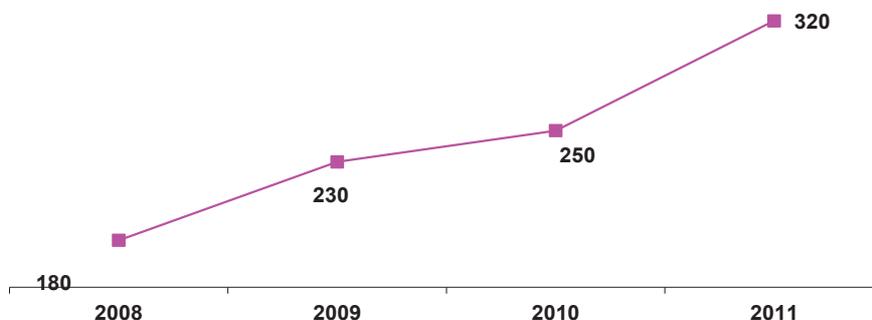


N.B. Il valore regionale si riferisce alle Aziende Sanitarie territoriali che hanno Aziende Ospedaliere nel territorio di riferimento

### Sostenibilità finanziaria

Si vuole qui rappresentare in forma sintetica la situazione finanziaria dell'Azienda USL di Ferrara, visto che tale tipo di sostenibilità è una componente fondamentale dell'equilibrio complessivo dell'azienda. Uno degli strumenti utili allo scopo è la durata media della esposizione debitoria verso i fornitori dell'azienda (i tempi medi di pagamento).

**Durata dei debiti: tempi di pagamento dei debiti con fornitori**  
(l'indicatore migliora se diminuisce di valore)



Dall'analisi dell'andamento della durata dei debiti verso i fornitori dell'Azienda USL di Ferrara, si nota come questo sia strettamente correlato alla difficile situazione finanziaria, determinatasi su scala nazionale, per le mancate corrisposizioni per cassa alle Regioni delle quote di Fondo Sanitario Nazionale. 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.

### Sostenibilità patrimoniale

La sostenibilità patrimoniale va valutata per capire come l'azienda si rapporta ai vincoli di tipo patrimoniale, fondamentali per il suo agire istituzionale. L'analisi si effettua guardando due dimensioni:

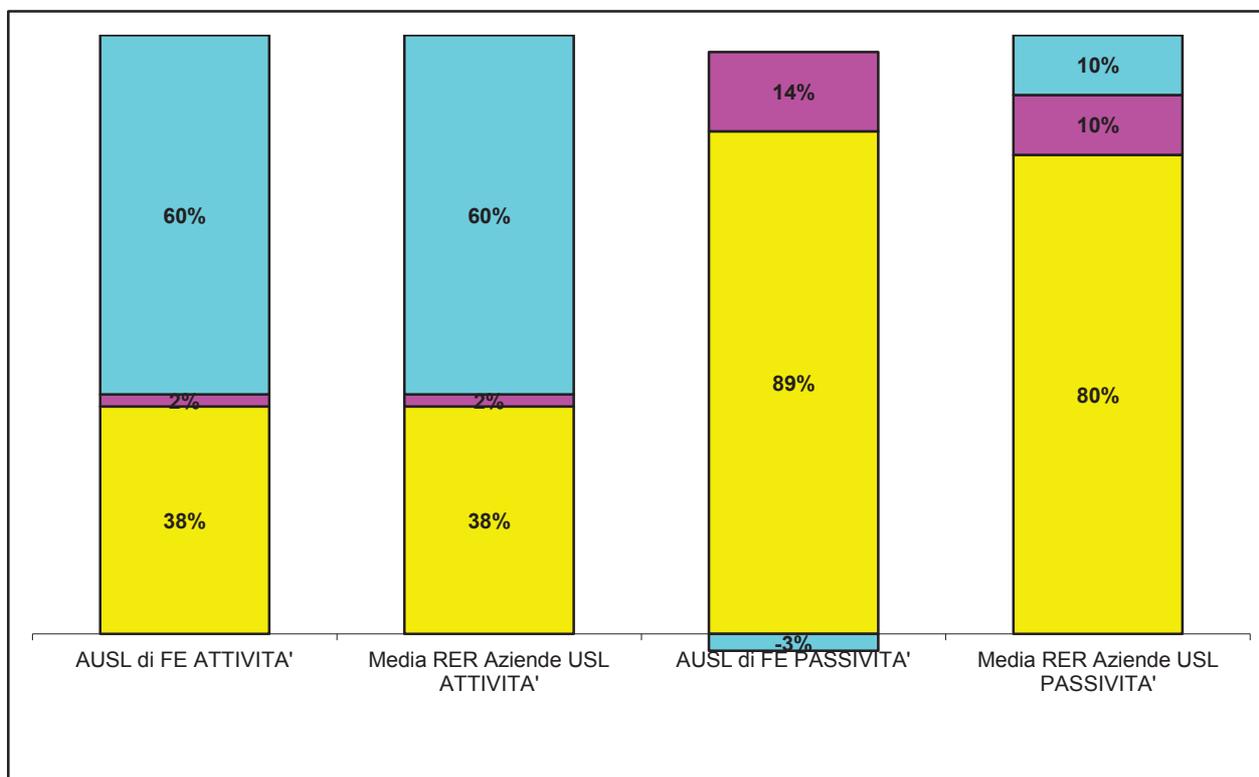
- analisi della struttura degli investimenti e dei finanziamenti aziendali;
- analisi delle dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento degli investimenti, al grado di obsolescenza degli stessi, alle forme innovative di investimento.

Composizione percentuale dello Stato patrimoniale classificato in chiave finanziaria.

In quest'analisi si pongono in relazione l'attivo ed il passivo patrimoniale in termini di liquidità finanziaria, ossia classificano le diverse componenti (attive e passive) in rapporto a quanto mediamente impiegheranno nel trasformarsi in denaro disponibile o in denaro da rimborsare. Di seguito le tabelle mettono a confronto i dati dell'Azienda USL di Ferrara con l'ipotetico Stato Patrimoniale consolidato, ottenibile dalla somma delle Aziende USL nel cui territorio insiste l'Azienda Ospedaliera.

UFE			
2011			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	38%	89%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	14%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	61%	-4%	Patrimonio netto
<b>TOTALE ATTIVITA'</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>TOTALE PASSIVITA'</b>

RER			
2010			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	38%	80%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	10%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	60%	10%	Patrimonio netto
<b>TOTALE ATTIVITA'</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>TOTALE PASSIVITA'</b>



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

Nell'Azienda USL di Ferrara a fronte di un passivo composto per una percentuale dell'80% da debiti a breve termine, l'attivo presenta una composizione che per il 38% fa riferimento a liquidità immediate o differite; ciò significa:

- le immobilizzazioni, che rappresentano il 60% dell'attivo, sono più che finanziate da debiti a breve termine;
- i debiti di breve termine sono rimborsabili integralmente solo facendo ricorso alla liquidazione di immobilizzazioni.

Nuovi investimenti, propensione ai nuovi investimenti e tasso di obsolescenza.

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

<b>Investimenti attivati</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Software	468.552	552.931	472.582
Costi per migliorie apportate a beni di terzi	365.506	1.088	10.135
Acconti a fornitori per immobilizzazioni immateriali			
Fabbricati strumentali	4.827.431	10.711.636	9.847.496
Impianti e macchinari	84000		
Attrezzature sanitarie e informatiche	1.857.544	1735970	1.341.563
Mobili e arredi	1.142.558	624.704	219.207
Beni di valore artistico			
Automezzi	66.068	63.094	175.555
Altri beni mobili	161.503	104.871	125.686
<b>TOTALE</b>	<b>8.973.162</b>	<b>13.794.294</b>	<b>12.192.224</b>

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

*(\*) Al 31/12/2011 risultano esservi euro 25.788.000 di immobilizzazioni in corso e acconti.*

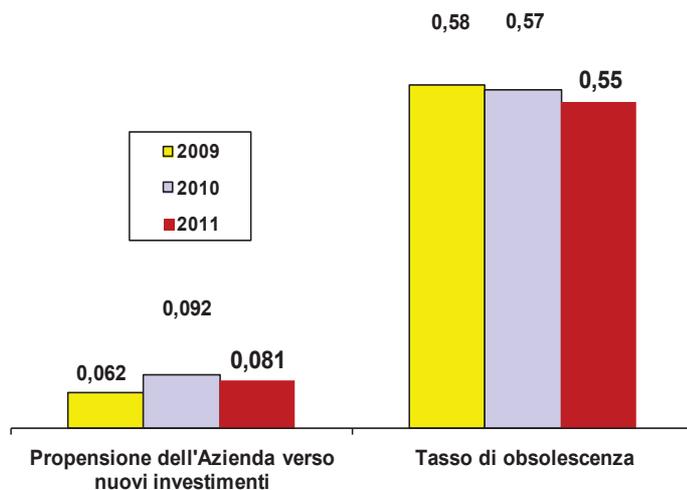
*(\*\*) Per investimenti si intende il valore dei beni entrati a far parte del processo produttivo nell'esercizio.*

Nelle due tabelle seguenti si evidenzia la propensione ai nuovi investimenti e il tasso di obsolescenza.

<b>PROPENSIONE VERSO NUOVI INVESTIMENTI</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
<b>Nuovi investimenti</b>	12.192.224	13.794.294	8.973.162	0,081	0,092	0,062
<b>Valore immobilizzazioni</b>	150.112.000	150.263.000	145.444.000			

<b>Tasso di Obsolescenza</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
<b>Valore residuo delle immobilizzazioni</b>	150.112.000	150.263.000	145.444.000	0,55	0,57	0,58
<b>Totale investimenti lordi</b>	270.903.000	263.620.000	250.541.404			

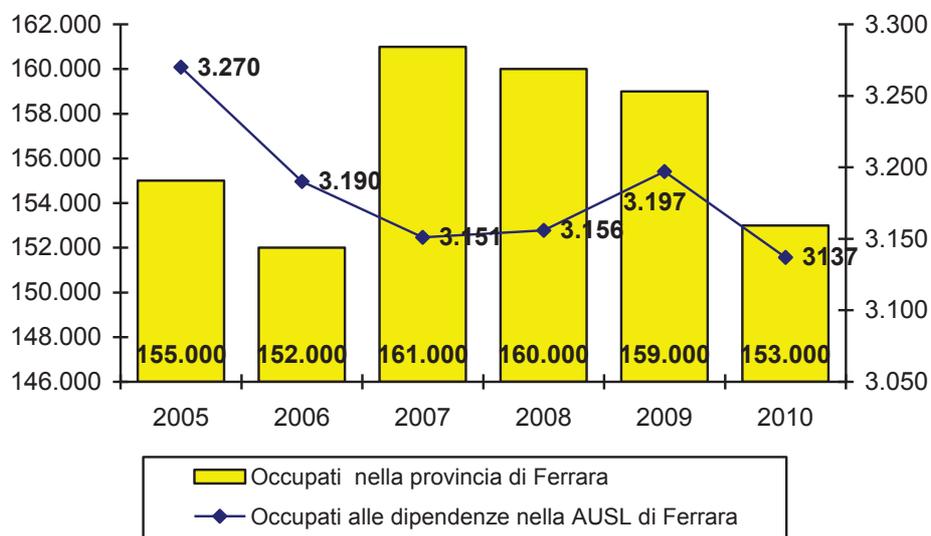
Gli indicatori risultanti dalle tabelle sopra sono sinteticamente descritti nel grafico che segue.



Il rapporto tra i nuovi investimenti e il valore del patrimonio immobiliare indica la propensione dell'Azienda ad effettuare nuovi investimenti: l'indice nel 2011 si riduce per effetto di un rallentamento nel numero di investimenti effettuati riguardante quasi tutte le categorie. Il tasso di obsolescenza misura il grado di vetustà delle Immobilizzazioni (più è piccolo maggiore è il grado di obsolescenza). Nel triennio l'indicatore presenta un trend decrescente.

## Impatto sul contesto territoriale

### Stato occupazionale



Fonte: elaborazione ufficio statistico della Provincia di Ferrara

Il grafico sopra riporta un confronto tra il numero degli occupati nel territorio provinciale e gli occupati (di ruolo e non di ruolo) alle dipendenze dell'Azienda USL di Ferrara. Questi ultimi mostrano una diminuzione nel tempo dal 2005 al 2010 (-4,1%) nonostante un dato in controtendenza tra 2008 e 2009 (+1,3%). Se si osserva invece il dato provinciale rispetto al 2005, gli occupati della provincia di Ferrara sono aumentati del 2,6% rispetto al 2009, assestandosi a 153.000 nel 2010 (2010 vs 2009= -3,8%).

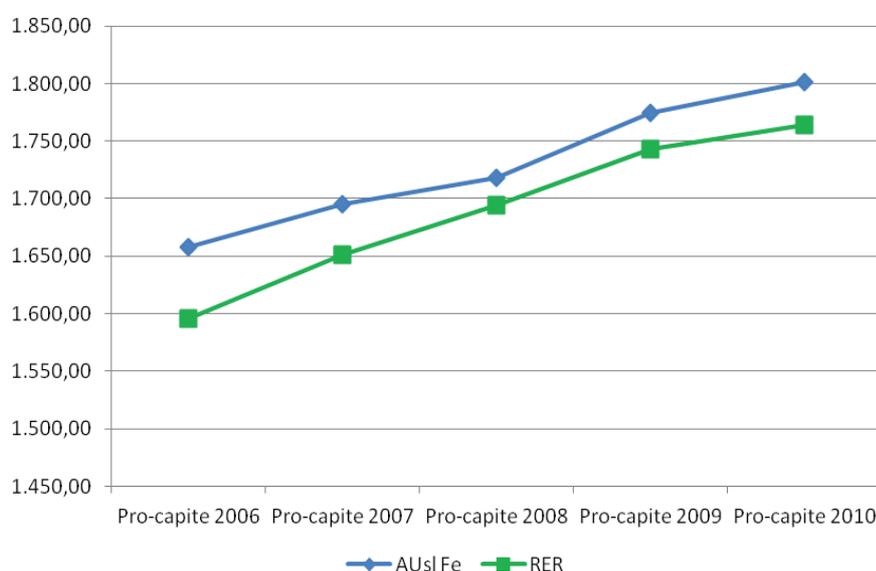
## Livelli Essenziali di Assistenza

### 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 2006	Pro-capite 2007	Pro-capite 2008	Pro-capite 2009	Pro-capite 2010
Usl Fe	1.658,01	1.695,09	1.717,87	1.774,28	1.800,93
<b>RER</b>	<b>1.595,27</b>	<b>1.650,92</b>	<b>1.693,83</b>	<b>1.742,73</b>	<b>1.764,47</b>



La spesa procapite dell'Azienda USL di Ferrara nel 2010 è pari a 1.800,93 euro (+1,5% rispetto al 2009) contro una media regionale di 1.764,47 (+1,2% rispetto al 2009).

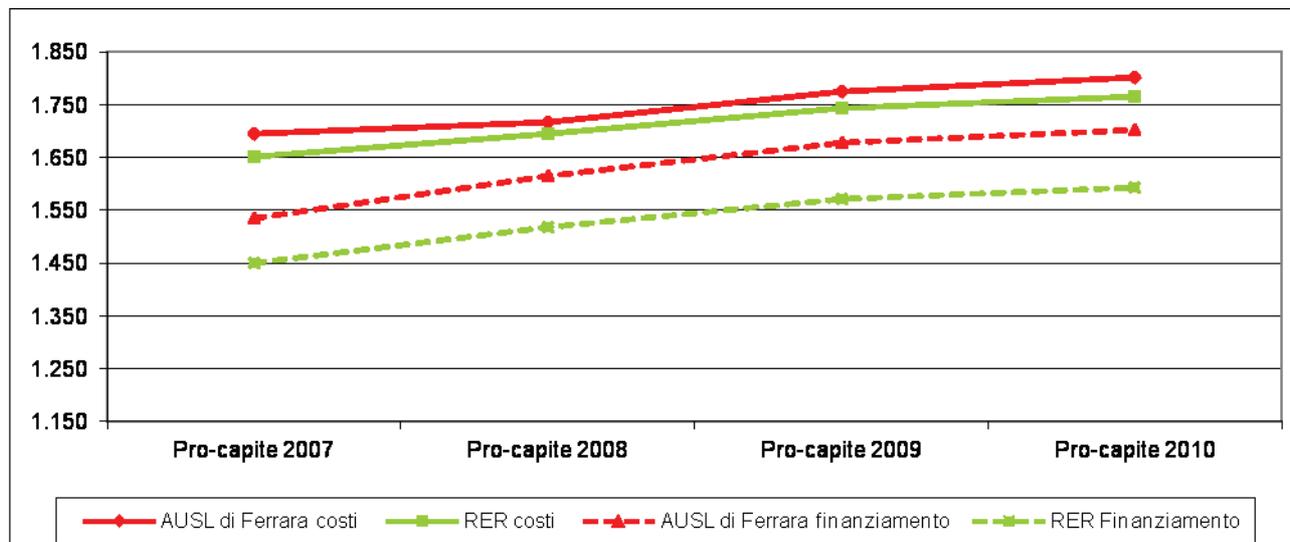
#### Finanziamento pro capite ponderato per i cittadini residenti

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.

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

	AUSL di Ferrara costi	RER costi	AUSL di Ferrara finanziamento	RER Finanziamento
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
Pro-capite 2009	1.774,28	1.742,73	1.677,21	1.571,34
Pro-capite 2010	1.800,93	1.764,47	1.701,39	1.593,75

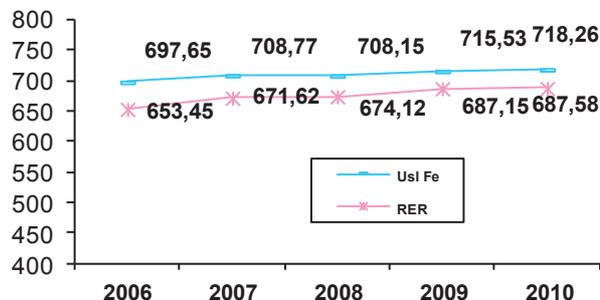
Nel grafico seguente si evidenzia che l'andamento progressivo nel tempo dei costi e dei finanziamenti, segue sostanzialmente la media regionale. Dal 2008 il costo procapite si è avvicinato alla media regionale.



### 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 2007	Pro-capite 2008	Pro-capite 2009	Pro-capite 2010
Usl Fe	708,77	708,15	715,53	718,26
RER	671,62	674,12	687,15	687,58

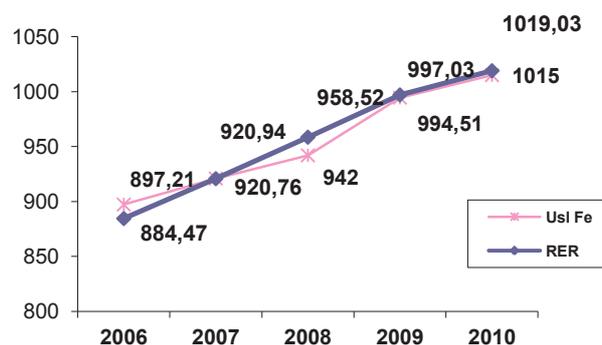


L'Azienda USL di Ferrara, ha speso complessivamente nel 2010 un importo pari a 279.827.000 euro per garantire l'assistenza ospedaliera ai propri cittadini, posizionandosi al secondo posto in termini di risorse pro capite consumate. Nel corso del periodo il costo pro-capite ponderato è rimasto al di sopra dei valori medi regionali: il costo procapite, nel 2010 è incrementato dello 0,38% rispetto al 2009 (incremento regionale dello 0,06%).

### 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 2007	Pro-capite 2008	Pro-capite 2009	Pro-capite 2010
Usl Fe	920,94	942,00	994,51	1.015,00
RER	920,76	956,80	997,03	1.019,03

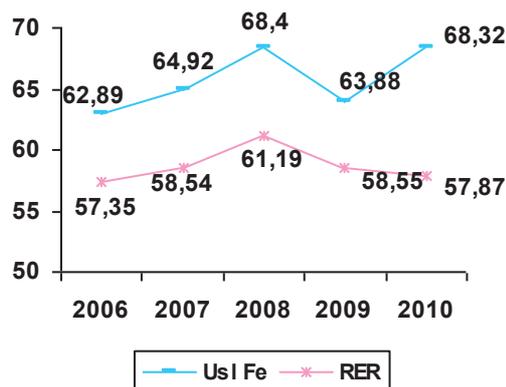


Per garantire l'assistenza distrettuale nel proprio territorio, l'Azienda USL di Ferrara, nel 2009 ha consumato risorse per complessivi 376.489.000 euro. Il costo è incrementato del 2,1% rispetto al 2009 (dato RER +2,2%).

### 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 2007	Pro-capite 2008	Pro-capite 2009	Pro-capite 2010
Usl Fe	64,92	68,40	63,88	68,32
RER	58,54	61,19	58,55	57,87

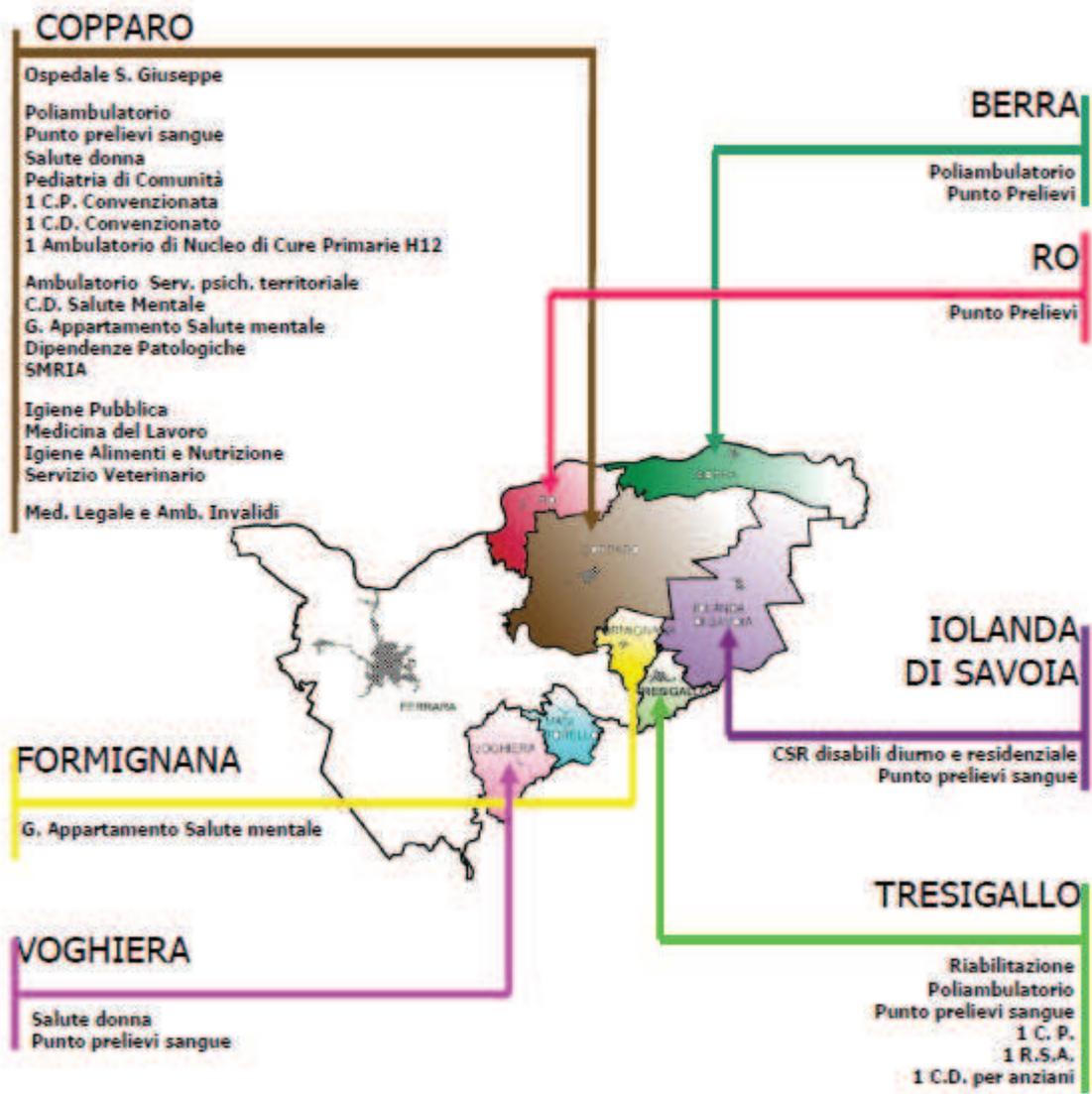


Per garantire la funzione di sanità pubblica nel proprio territorio, l'Azienda USL di Ferrara, nel 2010 ha consumato risorse per complessivi 21.987.000 euro; rispetto alle altre Aziende territoriali si posiziona al primo posto in termini di costo ponderato pro-capite. Nel corso del triennio, quest'ultimo indice è rimasto costantemente al di sopra del valore medio regionale.

### Le strutture di offerta dei Distretti

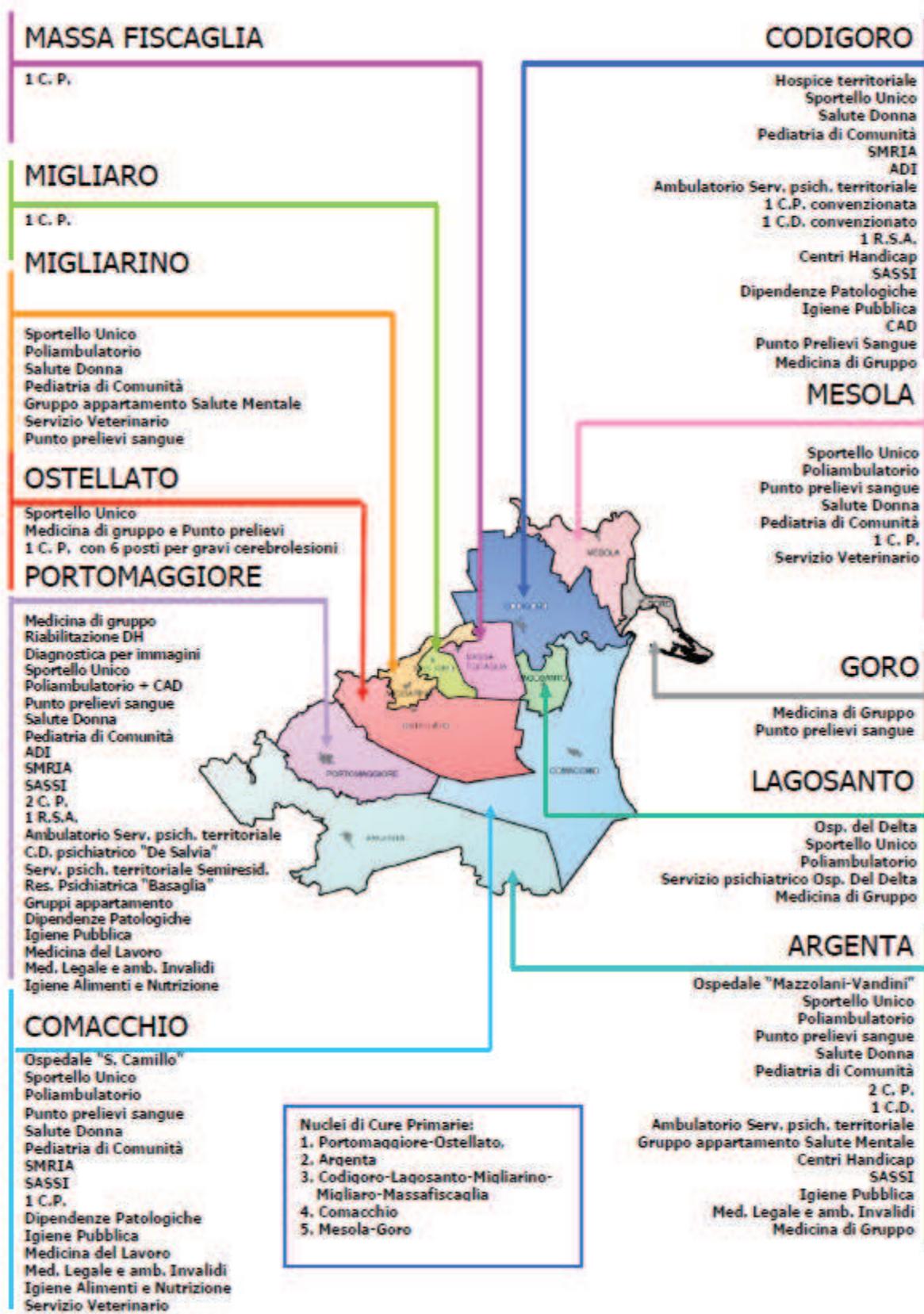
Il grafico successivo mostra i comuni compresi nell'ambito territoriale del Distretto, indicando le strutture sanitarie presenti sul territorio distrettuale:

- **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.



## FERRARA





## Il Dipartimento Sanità Pubblica

### Prevenzione e tutela della salute

#### Screening oncologici

Per combattere i tumori esistono due strategie principali: prevenirne la comparsa, adottando uno stile di vita sano (prevenzione primaria), oppure diagnosticare la malattia il più precocemente possibile, prima che si manifesti a livello clinico (prevenzione secondaria). Un test di screening è un esame che consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche. Il cancro della cervice uterina, della mammella e del colon retto sono tre dei principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. La loro storia naturale, però, può essere modificata dagli screening. In alcuni casi lo screening riesce a evitare l'insorgenza del tumore, in altri può salvare la vita. Quando questo non è possibile, la diagnosi precoce consente comunque di effettuare interventi poco invasivi e non distruttivi. Gli screening oncologici sono dunque un complesso investimento per la salute, che ha come risultato una riduzione della mortalità. Per raggiungere questo obiettivo, però, si devono mettere in atto dei processi che migliorino le capacità organizzative dei sistemi sanitari, la tecnologia e le conoscenze.

#### Stato di avanzamento degli screening al 31 dicembre 2011

screening	Estensione (inviti)	Adesione (test)
Screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella femminile		
Donne 45-49 anni	100% della popolazione target	>70%
Donne 50-69 anni	100% della popolazione target	75%
Donne 70-74 anni	100% della popolazione target	>70%
Screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina	95% della popolazione target	Superiore al 60%
Screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto	95% della popolazione target	Superiore al 50%

#### Screening dei tumori della cervice uterina

Coinvolge le donne nella fascia di età 25-64 anni. Nel mese di settembre 2011 è terminato il quinto round triennale organizzativo e da ottobre è iniziato il 6° round. La popolazione interessata ogni anno è di circa 33.500 donne; nell'anno 2011 sono state invitate con lettera con appuntamento personalizzato ad eseguire il test di screening (pap test) 34.460 donne residenti e domiciliate. Le donne non rispondenti all'invito, in accordo alle procedure stabilite, sono richiamate con sollecito a distanza di sei mesi dall'invito. La percentuale di risposta allo screening è stata del 62%. Le nuove tecniche per la citodiagnostica (strato sottile, lettura assistita, sonda HPV-DNA) garantiscono una migliore predittività del test di primo livello. Un nuovo programma per la gestione dello screening è stato avviato nel dicembre 2010 per garantire un miglior servizio alle donne.

#### Screening dei tumori della mammella

Nell'anno 2011 è proseguita l'offerta del test di screening (mammografia) alle donne, residenti e domiciliate dai 45 ai 74 anni, tramite invito personalizzato e, secondo le modalità procedurali, il richiamo tramite sollecito alle non rispondenti (invio al 100% delle non rispondenti). L'estensione del programma di screening mammografico (che prima era rivolto a circa 50.000 donne dai 50 ai 69 anni) alla popolazione femminile 45-49 anni (circa 14.000 donne che ripetono la mammografia con cadenza annuale) e 70-74 anni (circa 12.000 donne che ripetono la mammografia con cadenza biennale) ha comportato un raddoppio delle attività. Nell'anno 2011 sono state invitate 45.976 donne, con una percentuale di risposta allo screening pari al 71% (adesione del 74,15 % per le 50-69enni). Anche il programma di gestione dello screening del tumore della mammella è stato integrato con l'anagrafe sanitaria provinciale per garantire un miglior servizio.

### Screening dei tumori del colon retto

Il 21 marzo 2011 è iniziato il 4° round biennale, che terminerà nel marzo 2013. La popolazione target è composta da circa 50.000 donne e uomini, pari alla somma di residenti e domiciliati in fascia di età compresa tra 50 e 69 anni. Le persone interessate sono invitate mediante lettera. La distribuzione del kit per il test di primo livello (ricerca del sangue occulto nelle feci) è affidata alle Farmacie. La riconsegna del test avviene in 23 "punti" di raccolta, elencati nella lettera di invito. Nel 2011 sono state invitate 46.505 persone e i non rispondenti all'invito sono stati richiamati con sollecito dopo tre mesi. La percentuale di risposta allo screening è stata pari al 50%.

### Qualità degli screening

Gli screening di sanità pubblica devono garantire il massimo livello di qualità in tutte le fasi e in ogni coinvolgimento di un cittadino. Tutti i programmi di screening aderiscono alle iniziative di controllo di qualità messe a punto a livello regionale. Durante il 2011 sono stati fatti più incontri con il personale delle due aziende coinvolte per esaminare i diversi aspetti del percorso di screening.

#### Indicatori di attività - Anni 2007 – 2010

	Screening del collo dell'utero								Screening della mammella							
	% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**				% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
FERRARA	96,3	93,4	96,3	99,4	63,4	66,7	65,8	64,2	100,6	108,0	96,5	101,6	73,1	75,4	77,9	76,7
TOT REGIONE	101,1	105,4	101,2	106,4	57,2	60,9	61,9	60,0	97,8	99,2	102,6	90,4	73,5	72,4	73,2	72,9

\* % 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 pregressi.

Per l'anno 2010 si riportano gli indicatori di attività dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella calcolati per le nuove fasce di età della popolazione 45-49 anni e 70-74 anni. Le donne di 45-49 anni sono invitate ad eseguire una mammografia annuale e non biennale come per le 50-74 enni.

#### Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella - Indicatori di attività - Anno 2010

Aziende USL	% avanzamento del programma*		% adesione all'invito**	
	fascia 45 - 49 anni	fascia 50 - 74 anni	fascia 45 - 49 anni	fascia 50 - 74 anni
FERRARA	99,3	57,4	61,4	68,4
TOTALE REGIONE	66,5	49,0	62,7	65,6

#### Screening per la prevenzione dei tumori del colon-retto

Aziende USL	% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
	FERRARA	105,0	102,7	83,2	115,1	47,6	56,9	44,7
TOTALE REGIONE	92,8	101,0	92,1	102,6	47,6	53,7	51,5	53,1

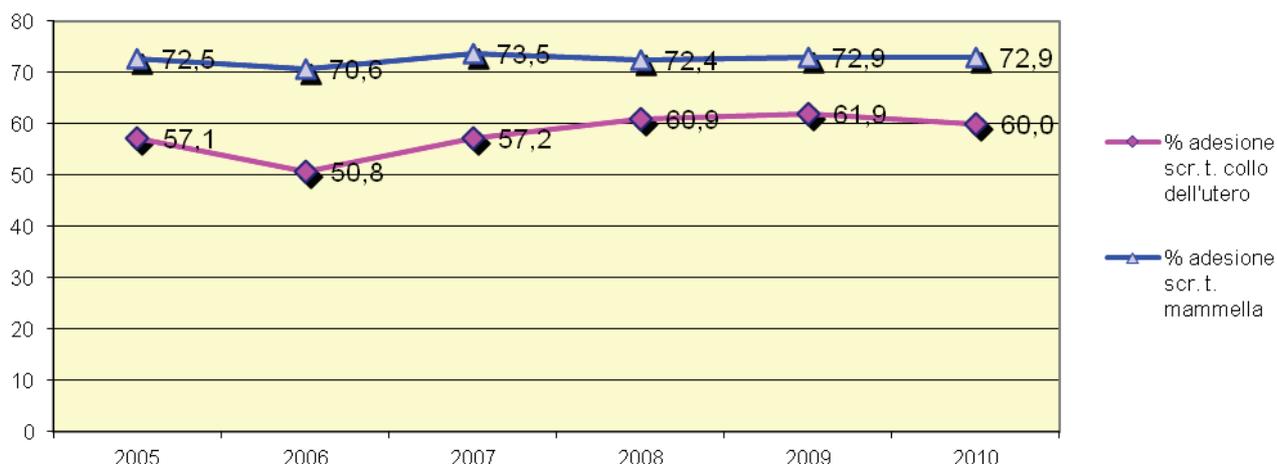
\* % persone invitate / persone da invitare nell'anno;

\*\* % persone esaminate / persone invitate.

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 o alla diversa gestione delle chiamate o al recupero di ritardi pregressi.

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

% Adesione all'invito nella popolazione target per lo screening dei t. dell'utero e della mammella.  
Anni 2005-2010



## Programmi di vaccinazione

### Copertura vaccinale per le vaccinazioni dell'infanzia.

L'attività vaccinale per i minori 0-17 aa. viene svolta presso:

- gli ambulatori della Pediatria di Comunità sia per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate, compresa la vaccinazione antiepatite A e 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",
- per quanto riguarda le vaccinazioni antinfluenzali i Medici di Base e in alcuni casi i Pediatri di Base.

Vaccinazioni previste dal calendario vaccinale per l'infanzia e fortemente raccomandate:

per tutte le vaccinazioni previste al 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 97%; come indicato dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015, è stato raggiunto l'Obiettivo 1: raggiungere una copertura vaccinale >95% per la prima dose di MPR, entro i 24 mesi di vita, a livello nazionale, regionale e in tutte le ASL e >90% in tutti i distretti; la copertura al 13° anno con almeno 1 dose di morbillo e rosolia è >95% a livello aziendale; 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.

La provincia di Ferrara ha nel 2010, per tutte le tipologie di vaccino, coperture vaccinali al di sopra di quelle della media regionale. Dal 2009 al 2011 sono state implementate tutte le iniziative volte al recupero delle vaccinazioni per la prevenzione di rosolia congenita e morbillo; considerando anche l'epidemia che ha coinvolto molte aziende regionali ed altre regioni del nord, sono stati presi contatti con le scuole e ogni altra iniziativa utile al recupero, specie delle donne in età fertile non vaccinate e dei giovani che non avevano ricevuto la 2° dose di MMR.

### Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1997-1999 distinte per Azienda Usi al 30/06/2011

Aziende Usi	Coorti di nascita					
	1997		1998		1999	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con dosi (coperture vaccinali)
Ferrara	82,0	77,9	80,1	73,3	77,7	28,3
<b>Regione Emilia-Romagna</b>	<b>77,9</b>	<b>74,5</b>	<b>76,3</b>	<b>71,9</b>	<b>72,0</b>	<b>52,4</b>

\*Coorte di nascita con offerta gratuita su presentazione spontanea

Aziende USL	Polio al 24° mese*				Morbillo al 24° mese**				Hib al 24° mese*				Pertosse al 24° mese*			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
FERRARA	98,7	99,4	98,8	97,2	96,0	96,7	97,0	95,3	98,2	99,1	98,3	97,0	98,5	99,3	98,7	97,2
<b>RER</b>	<b>97,6</b>	<b>97,4</b>	<b>97,3</b>	<b>96,7</b>	<b>93,5</b>	<b>93,6</b>	<b>93,7</b>	<b>92,9</b>	<b>96,7</b>	<b>96,5</b>	<b>96,5</b>	<b>96,0</b>	<b>97,3</b>	<b>97,1</b>	<b>97,1</b>	<b>96,4</b>

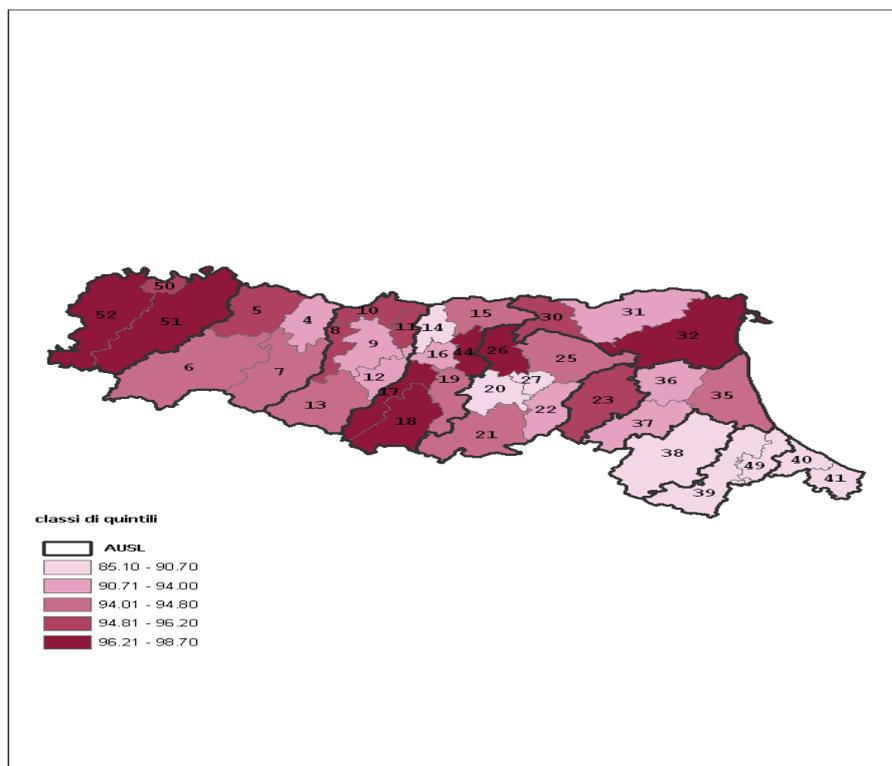
\* bambini che sono stati vaccinati con almeno 3 dosi di vaccino

\*\* bambini che sono stati vaccinati con almeno 1 dose di vaccino

Fonte - Servizio Sanità Pubblica

Anche per la vaccinazione contro il morbillo a 24 mesi di età è stato raggiunto l'obiettivo di copertura aziendale di almeno il 95% con alcune differenze a livello distrettuale; maggiore nei Distretti Sud est e Ovest e minore nel Centro Nord.

Distribuzione percentuale di vaccinati contro il morbillo a 24 mesi di età sulla popolazione target per classi quintili. Distretti delle Aziende Usi dell'Emilia-Romagna, 2010.



### Copertura vaccinale meningococco

	Copertura vaccinale al 24°Mese		Copertura vaccinale a 16 anni	
	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2009	Anno 2010
FERRARA	96,5%	94,9%	89,0%	87,6%
<b>Totale Regione</b>	<b>93,2%</b>	<b>92,3%</b>	<b>74,8%</b>	<b>76,3%</b>

### Copertura vaccinale pneumococco

	Copertura vaccinale al 12° mese	
	Anno 2009	Anno 2010
FERRARA	98,2%	97,4%
<b>Totale Regione</b>	<b>95,9%</b>	<b>95,5%</b>

La campagna per la vaccinazione antinfluenzale del 2009 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 vaccinazione pandemica. Le dosi di vaccino antinfluenzale effettuate ai bambini a rischio per patologia sono state 1197 per la pandemica e 1603 per la stagionale. Le dosi di vaccino antinfluenzale trivalente effettuate nel 2010 a questa stessa categoria sono state 1094; nel 2011 la caduta della adesione è stata ancora più evidente (751 dosi). Si può ipotizzare un effetto a lungo termine della reazione della popolazione alle polemiche sulla gestione della pandemia del 2009, ma anche una minor sensibilizzazione delle famiglie dei bambini affetti da patologie croniche da parte dei medici che li hanno in cura.

Per quanto riguarda la campagna di vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), l'Azienda USL di Ferrara 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 2011 la coorte delle nate nel 2000: 1262 ragazze),
- esecuzione della vaccinazione a tutte le altre coorti fino al compimento del 18° anno, su richiesta della famiglia e con pagamento di ticket.

Le vaccinazioni sono state eseguite prevalentemente presso gli ambulatori della Pediatria di Comunità. La Campagna ha preso avvio nel maggio 2008 con la spedizione degli inviti alle nate nel 1997: sono state dedicate sedute mattutine e pomeridiane, nel Distretto Centro Nord per le seconde-terze organizzate prevalentemente in sedute vaccinali a gestione autonoma da parte degli operatori non medici, 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, la compilazione, quando previsto, delle schede ADR ministeriali (schede per la segnalazione delle reazioni avverse).

## HPV - Azienda USL di Ferrara

Dati da inizio campagna al 31/12/2011

	n° residenti	n° 1° dosi somministrate	n° 2° dosi somministrate	n° 3° dosi somministrate	totale dosi somministrate	Chi vaccina		% vaccinate con 1 dose	% vaccinate con 2 dosi	% vaccinate con 3 dosi
						Pediatria di Comunità	Igiene e Sanità Pubblica			
Coorte di nascita 2006	1262	571	443	156	1170	X		46,2%	36,1%	12,4%
Coorte di nascita 1999	1191	960	924	702	2586	X		80,6%	77,6%	66,9%
Coorte di nascita 1998	1188	957	952	913	2822	X		80,6%	80,1%	76,9%
Coorte di nascita 1997	1188	952	960	904	2806	X		80,1%	80,0%	76,1%
Coorte di nascita 1996	1173	854	823	795	2472	X		72,8%	70,2%	67,6%
Coorte di nascita 1995	1179	320	313	260	913	X		27,1%	26,6%	23,7%
Coorte di nascita 1994	1157	240	236	231	709	X		20,7%	20,6%	20,0%
Coorte di nascita 1993	1221	226	219	213	658	X		18,6%	17,9%	17,4%
Coorte di nascita 1992	1229	164	154	147	465		X	13,3%	12,6%	12,0%
Coorte di nascita 1991	1320	93	88	79	260		X	7,0%	6,7%	6,0%
Coorte di nascita 1990	1278	26	23	17	66		X	2,0%	1,8%	1,3%

## HPV – Distretto CENTRO NORD

Dati da inizio campagna al 31/12/2011

	n° residenti	n° 1° dosi somministrate	n° 2° dosi somministrate	n° 3° dosi somministrate	totale dosi somministrate	Chi vaccina		% vaccinate con 1 dose	% vaccinate con 2 dosi	% vaccinate con 3 dosi
						Pediatria di Comunità	Igiene e Sanità Pubblica			
Coorte di nascita 2006	662	387	299	97	783	X		58,5%	46,2%	14,7%
Coorte di nascita 1999	642	479	475	446	1400	X		74,6%	74,0%	69,5%
Coorte di nascita 1998	636	479	479	455	1413	X		75,4%	75,4%	71,7%
Coorte di nascita 1997	595	452	451	437	1340	X		76,0%	75,8%	73,4%
Coorte di nascita 1996	604	471	460	443	1374	X		78,0%	76,2%	73,3%
Coorte di nascita 1995	651	187	183	176	546	X		28,7%	26,1%	27,0%
Coorte di nascita 1994	616	133	132	126	391	X		21,6%	21,4%	20,5%
Coorte di nascita 1993	639	130	124	120	374	X		20,3%	19,4%	19,8%
Coorte di nascita 1992	664	104	97	94	295		X	15,7%	14,6%	14,2%
Coorte di nascita 1991	721	56	52	46	154		X	7,8%	7,2%	6,4%
Coorte di nascita 1990	678	17	15	11	43		X	2,5%	2,2%	1,6%

## HPV – Distretto OVEST

Dati da inizio campagna al 31/12/2011

	n° residenti	n° 1° dosi somministrate	n° 2° dosi somministrate	n° 3° dosi somministrate	totale dosi somministrate	Chi vaccina		% vaccinate con 1 dose	% vaccinate con 2 dosi	% vaccinate con 3 dosi
						Fedeltà di Comunità	Igiene e Sanità Pubblica			
Coorte di nascita 2000	234	4	4	2	10	X		1,7%	1,7%	0,9%
Coorte di nascita 1999	230	197	193	40	430	X		85,7%	83,9%	17,4%
Coorte di nascita 1998	218	188	186	180	554	X		86,2%	85,3%	82,6%
Coorte di nascita 1997	243	210	209	208	624	X		86,4%	86,0%	84,4%
Coorte di nascita 1996	229	194	191	188	573	X		84,7%	83,4%	82,1%
Coorte di nascita 1995	217	52	52	39	143	X		24,0%	24,0%	18,0%
Coorte di nascita 1994	238	60	59	58	177	X		25,6%	25,1%	24,7%
Coorte di nascita 1993	238	50	49	47	146	X		21,0%	20,6%	19,7%
Coorte di nascita 1992	222	31	31	30	92		X	14,0%	14,0%	13,5%
Coorte di nascita 1991	234	16	15	14	45		X	6,8%	6,4%	6,0%
Coorte di nascita 1990	208	2	1	1	4		X	1,0%	0,5%	0,5%

## HPV – Distretto SUD EST

Dati da inizio campagna al 31/12/2011

	n° residenti	n° 1° dosi somministrate	n° 2° dosi somministrate	n° 3° dosi somministrate	totale dosi somministrate	Chi vaccina		% vaccinate con 1 dose	% vaccinate con 2 dosi	% vaccinate con 3 dosi
						Fedeltà di Comunità	Igiene e Sanità Pubblica			
Coorte di nascita 2000	366	180	140	57	377	X		49,2%	38,3%	15,6%
Coorte di nascita 1999	320	284	286	216	756	X		88,8%	80,0%	67,5%
Coorte di nascita 1998	335	290	287	278	855	X		86,6%	86,7%	83,0%
Coorte di nascita 1997	350	290	290	262	842	X		82,9%	82,9%	74,9%
Coorte di nascita 1996	340	189	172	164	525	X		55,6%	50,6%	49,2%
Coorte di nascita 1995	311	81	78	65	224	X		26,0%	25,1%	20,9%
Coorte di nascita 1994	347	47	47	47	141	X		13,5%	13,5%	13,5%
Coorte di nascita 1993	328	46	46	46	138	X		14,0%	14,0%	14,0%
Coorte di nascita 1992	343	29	26	23	78		X	8,5%	7,6%	6,7%
Coorte di nascita 1991	365	21	21	19	61		X	5,8%	5,8%	5,2%
Coorte di nascita 1990	392	7	7	5	19		X	1,8%	1,8%	1,3%

### Campagna antinfluenzale 2010/11

La Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2011/12 è stata effettuata secondo le indicazioni della Circolare Regionale n.15/2011:

- ai MMG sono stati forniti, oltre alle dosi di vaccino richieste, gli elenchi degli assistiti, divisi per tipologia (anziani, cronici), relazione sull'utilizzo dei vaccini e indicazioni per l'utilizzo del portale Sole, modulistica per raccolta dati e segnalazione di eventuali reazioni avverse.
- ai pazienti affetti da malattie croniche è stata inviata una lettera di invito con indicazioni sulla vaccinazione e sulle sedi dove vaccinarsi.

Sono stati effettuati alcuni incontri, in tutti i distretti, in centri sociali per sensibilizzare alla vaccinazione le persone anziane. Al personale sanitario, mantenutosi scarsamente compliant nei confronti della vaccinazione, è stato inviato un invito con il sistema utenti posta. Al fine di aumentare la compliance si è scelto di utilizzare il nuovo vaccino split intradermico. Sono state previste sedute vaccinali, in sedi specifiche, destinate a situazioni di emergenza sociale, collaborando con la CRI.

E' stata effettuata, inoltre, una campagna di comunicazione, specifica per enti e associazioni interessate, e una rivolta alla popolazione generale.

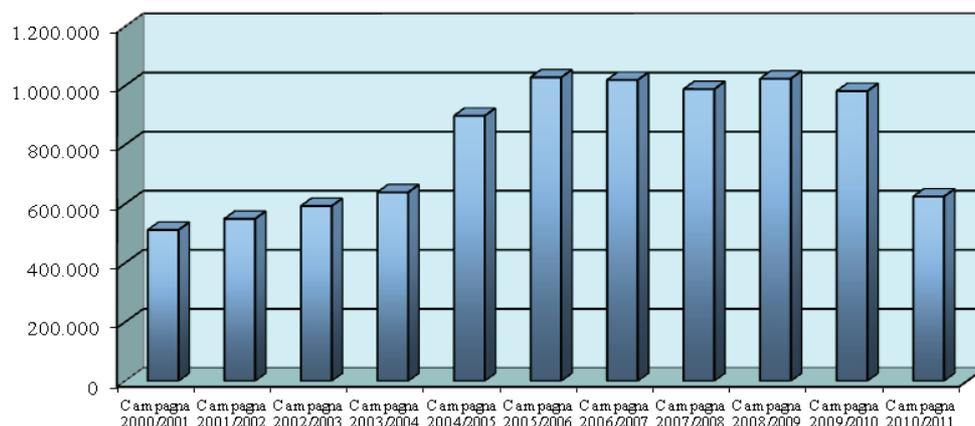
Al fine di valutare l'efficacia della campagna di vaccinazione e monitorare, anche virologicamente, l'influenza, è stata confermata la sorveglianza dell'andamento delle ILI e delle forme gravi. E' continuata, altresì, la sorveglianza delle reazioni avverse alla vaccinazione, seppure in presenza di vaccini consolidati nella realizzazione e nella pratica. In una struttura per anziani, seguita da 3 MMG è stato utilizzato, nei pazienti ospiti, il vaccino intradermico con l'obiettivo di sorvegliare le reazioni avverse e di confrontarle con il vaccino adiuvato, usato per la categoria "anziani": non sono state evidenziate variazioni di rilievo.

#### Copertura vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana – Campagne antinfluenzali Anni 2007 - 2010

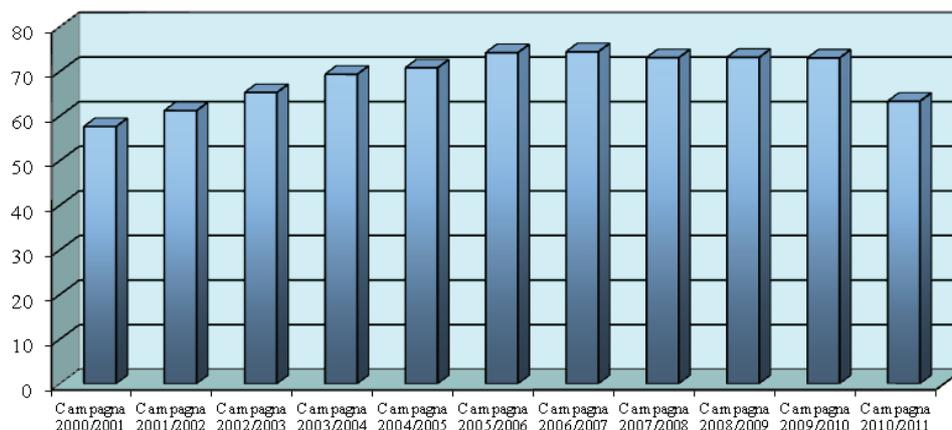
Aziende USL	Numero di soggetti vaccinati				Variazione % dei soggetti vaccinati tra 2010/11 e 2000/01	Tasso di copertura per 100 abitanti di età oltre i 65 anni (%)*			
	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011		2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011
FERRARA	98.455	101.604	99.949	60.864	24,3	74,3	75,3	75,9	66,9
<b>TOTALE RER</b>	<b>988.671</b>	<b>1.024.037</b>	<b>982.035</b>	<b>624.696</b>	<b>22,1</b>	<b>73,1</b>	<b>73,1</b>	<b>73,0</b>	<b>63,3</b>

\* 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 2000-2010



#### Tasso di copertura vaccinale Anni 2000-2010



\*N.B. La Regione non ha ancora inviato le elaborazioni relative alla campagna 2011/2012, pertanto le % delle altre aziende sanitarie sono riferite al 2010; la linea rosa indica la media regionale 2010.  
La percentuale di copertura degli ultrasessantacinquenni nella ASL Ferrara per la campagna 2011/12 è stata del 67,20%.



L'Azienda Usl di Ferrara con riferimento alla Campagna Antinfluenzale 2010/11, risulta fra quelle che, a livello regionale, meglio hanno mantenuto il livello di adesione.

### 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)

	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
FE	3,1	3,3	3,1	3,7	4,3	5,6	5,4
TOTALE RER	3,4	3,4	3,3	4,1	5,3	5,8	5,7

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

	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
FE	19,9	21,7	28,5	19,2	16,4	9,9	15,9
TOTALE RER	23,7	24,2	27,4	23,4	15,4	17,2	15,0

Ferrara	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
N. di aziende esistenti (ISTAT)	29.561	29.420	29.420	29.420	29.420	29.420	29.420
N. di Posizioni Assicurative Territoriali INAIL complessive		24.059	24.059	24.059	23.974	23.974	22788
N. di PAT INAIL con almeno un dipendente	14.817	14.817	16.036	14.817	16.503	16.503	16.503
<b>N. di aziende controllate</b>	<b>904</b>	<b>959</b>	<b>925</b>	<b>1.089</b>	<b>1.251</b>	<b>1.642</b>	<b>1.544</b>
N. di prescrizioni	180	208	264	209	291	162	252

Fonte: Agenzia Sanitaria e Sociale regionale – Controlli sugli ambienti di lavoro.

Negli ultimi tre anni abbiamo assistito ad una progressiva diminuzione delle aziende assicurate Inail nella Provincia di Ferrara, dato certamente da mettere in relazione alla crisi economica che attanaglia l'intera nazione con evidenze particolari in alcuni settori quali l'edilizia, la metalmeccanica e la lavorazione del legno. Se analizziamo l'andamento infortunistico, in particolare riferito agli anni 2009 e 2010 per i quali siamo in possesso dei dati definitivi forniti dall'INAIL, si nota che la Provincia di Ferrara ha registrato in Regione il calo più consistente con una riduzione del -4,1% passando da 6.530 infortuni nel 2009 a 6.264 nel 2010.

Nell'ambito dell'attività di vigilanza, sono state controllate dal SPSAL nel 2011 n°1.544 Unità Locali, con un lieve decremento rispetto al 2010 dovuto ad una ulteriore diminuzione degli operatori in forza al Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro.

L'obiettivo da raggiungere, imposto dalla RER, pari al 9% delle aziende da controllare, è dato dalla frazione al cui denominatore è posto il numero di posizioni assicurative territoriali INAIL (PAT INAIL) con almeno un lavoratore dipendente, che per Ferrara risulta essere pari a 16.503 e al numeratore dal numero di aziende controllate. Nell'anno 2011 sono state controllate 1.544 Unità Locali e pertanto applicando la formula sopra descritta:  $1.544 \text{ ULC} / 16.503 \text{ PAT INAIL} \times 100$  si ottiene un 9,3 % di aziende controllate rispetto alle PAT INAIL con almeno un dipendente.

L'obiettivo del 9% delle aziende da controllare imposto dalla RER per il 2011 è stato raggiunto e lievemente superato (9,3% ULC), nonostante la riduzione delle risorse umane in carico all'U.O. dovuto ad alcuni pensionamenti. Nel 2011 l'attività del Servizio ha riguardato anche il

raggiungimento degli obiettivi previsti nei progetti contenuti nel Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna nel capitolo riguardante Lavoro e Salute. Tutti gli obiettivi assegnati al SPSAL di Ferrara riguardanti questi progetti sono stati raggiunti.

### Sanità Pubblica Veterinaria

Nell'anno 2011 l'Area Dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria (ADSPV), nell'ottica della tutela della salute dell'uomo e degli animali, ha dato continuità ai seguenti macro-obiettivi: sorveglianza sulle malattie trasmissibili degli animali e gestione delle emergenze epidemiche; sorveglianza sull'igiene delle produzioni zootecniche e degli alimenti in allevamento e presso gli stabilimenti del settore, ivi compresa la gestione delle allerta riguardanti alimenti e mangimi; controllo della popolazione canina e felina. Viene confermato l'impegno per la Qualità, consolidando e migliorando gli strumenti della programmazione, verifica ed esecuzione del controllo ufficiale, che rispondono ai requisiti fissati nel Manuale della Qualità dell'ADSPV, conformemente a quanto richiesto dal Servizio Veterinario e Igiene Alimenti con il Progetto regionale "Sviluppo delle competenze valutative sul controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare e benessere degli animali", che dà applicazione ai Regolamenti comunitari del Pacchetto Igiene.

#### Sicurezza alimentare

La "sicurezza alimentare" si fonda su un doppio livello di responsabilità: quella *dell'Operatore del Settore Alimentare (OSA)*, responsabile della salubrità delle proprie produzioni alimentari, e quella *dell'Autorità Competente* addetta al controllo ufficiale dei processi produttivi, che si identifica nell'Area di Sanità Pubblica Veterinaria e nel Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL. Il sistema di garanzia è, quindi, un sistema integrato, fondato sull'analisi del rischio, la rintracciabilità degli animali e degli alimenti e la gestione delle emergenze. Al fine di migliorare la terzietà dei controlli, si è operato anche con strumenti di organizzazione del Personale: è proseguita la rotazione dei veterinari incaricati del controllo degli stabilimenti riconosciuti per produrre alimenti, secondo uno standard della rotazione del 20% degli stabilimenti ogni anno, pari al 100% in 5 anni. Così per il 2011 sono stati effettuati 17 avvicendamenti, su un totale di n. 88 impianti, pari al 19%. Gli obiettivi principali perseguiti dall'Area Veterinaria nel corso del 2011 sono riportati di seguito, con particolare riguardo a quelli tutelati da obiettivi fissati dalla Regione.

#### Sanità Animale

##### ANAGRAFE ZOOTECNICA

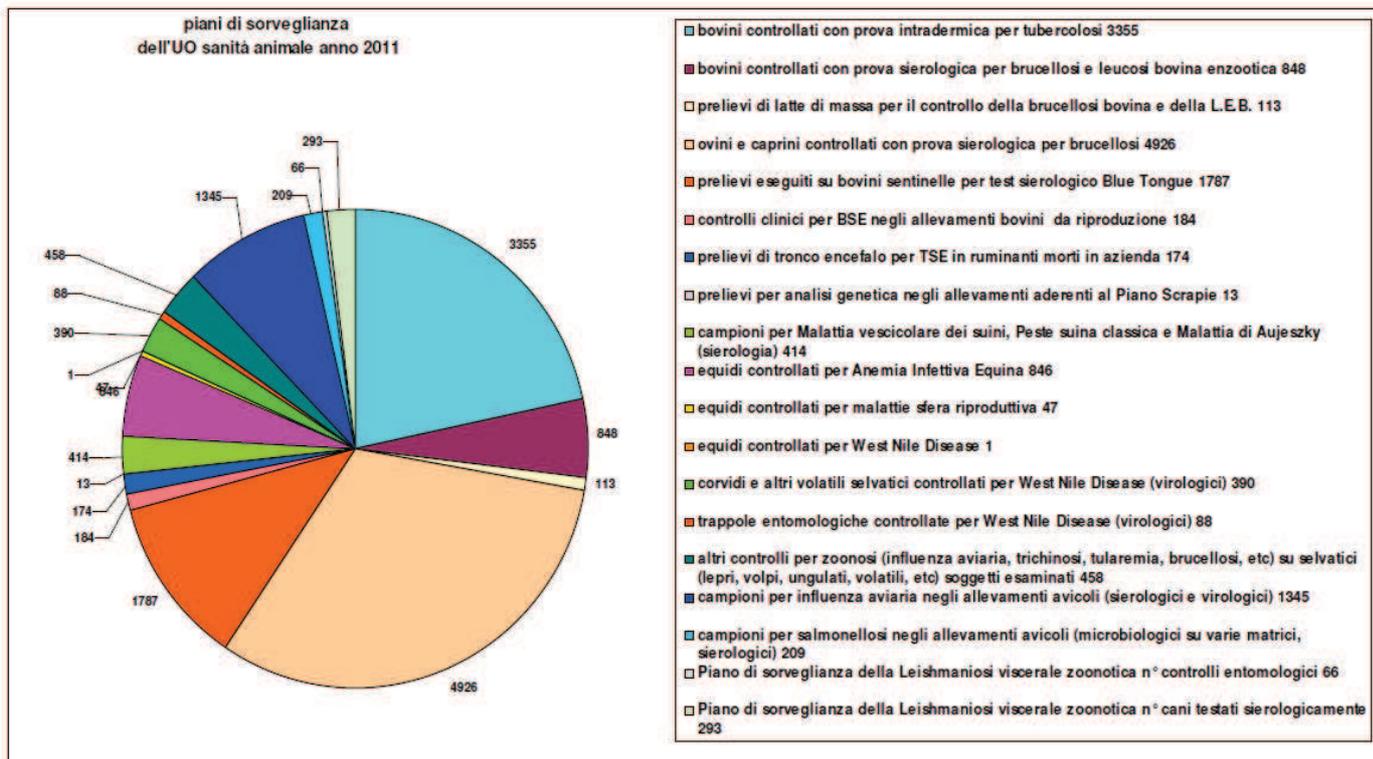
- attuazione dei controlli su almeno il 5% degli allevamenti bovini, il 3% degli allevamenti ovicapri, l'1% degli allevamenti suini e il 5% degli allevamenti di equidi registrati in Banca Dati Nazionale;
- corretta identificazione e registrazione di almeno il 99% degli orientamenti produttivi degli allevamenti registrati in Banca Dati Nazionale;
- registrazione in Banca Dati Nazionale delle coordinate geografiche di almeno il 95% degli allevamenti di bovini, suini, ovi-caprini e avicoli, con esclusione di quelli per l'autoconsumo.

L'attività di controllo svolta presso gli allevamenti è riportata in tabella:

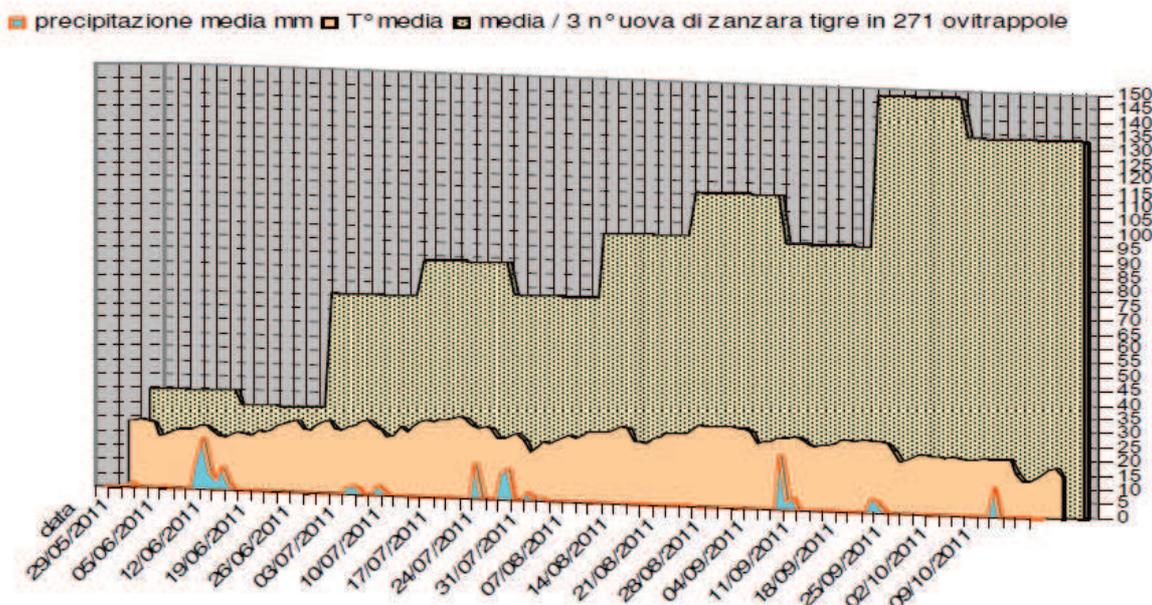
	Allevamenti esistenti	Controlli programmati	Controlli eseguiti	% sugli allevamenti esistenti	Standard
allevamenti bovini	200	11	11	5,50	5%
allevamenti ovicapri	113	4	4	3,54	3%
allevamenti suini	244	3	3	1,23	1%
allevamenti equidi	505	26	26	5,15	5%

##### PIANI DI SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE DEGLI ANIMALI

Si tratta dei controlli in parte programmati all'interno di piani di sorveglianza relativi alle malattie infettive di interesse di sanità pubblica veterinaria, ed in parte legati a emergenze (indagini epidemiologiche, richieste degli utenti, etc). L'attività complessiva svolta è riportata nel seguente grafico:



**SORVEGLIANZA ENTOMOLOGICA NELLA LOTTA ALLA ZANZARA TIGRE:** nell'ambito del "Piano regionale per la lotta alla zanzara tigre e la prevenzione della Chikungunya e della Dengue" si sono coordinate e valutate le attività di sorveglianza entomologica e lotta all'insetto vettore svolte dai Comuni. In tabella sono riportati alcuni dati relativi all'attività di monitoraggio della presenza della zanzara tigre (n. 271 ovitrappole per 10 turni di raccolta):



*Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche*

**IGIENE DELLE PRODUZIONI ANIMALI**

I controlli condotti presso gli allevamenti, i mangimifici, i depositi e le rivendite di mangimi, le ditte di trasporto di animali, che costituiscono la produzione primaria nella filiera degli alimenti di origine animale, sono eseguiti nell'ambito di specifici piani di sorveglianza che prevedono verifiche

ispettive strutturali e gestionali degli impianti e l'esecuzione di interventi di campionamento presso le diverse strutture. Tra le attività ispettive, si riporta quella di farmacovigilanza presso le farmacie (DLgs n. 193/06), che è stata oggetto di un progetto di miglioramento biennale che ha previsto l'inserimento in un data base autoprodotta di alcune migliaia di ricette veterinarie pervenute agli Uffici dell'ADSPV nel biennio 2012-2011, al fine di selezionare le farmacie più significative ed incentrare il controllo su di esse, secondo un criterio di analisi del rischio e coerente impiego delle risorse. Si sono così individuate le 35 farmacie che nel corso del 2010 avevano trattato almeno 1 ricetta veterinaria destinata ad animali produttori di alimenti, pari al 26% del totale. Nel 2011 sono state controllate alcune strutture in più, come sotto riportato:

	Farmacie presenti	Controlli programmati	Controlli effettuati
Cento	18	5	16
Ferrara	53	11	11
Copparo	16	4	4
Codigoro	26	13	13
Portomaggiore	19	2	8
Totale	132	35	52

L'attività svolta nell'ambito dei piani di campionamento è elencata di seguito:

PIANI SORVEGLIANZA	Campioni programmati	Campioni eseguiti	%	Standard	n. campioni irregolari
PNR – PRR (Piano nazionale residui)	84	84	100	95%	2
Piano Micotossine (Aflatossine)	13	20	150	95%	1
PNAA, OGM (mangimi)	95	95	100	95%	1
Piano sorveglianza latte vendita diretta (distributori automatici di latte)	33	33	100	95%	0

Tra i piani di sorveglianza, il Piano Nazionale Residui ha la finalità di monitorare la presenza di sostanze nocive o potenzialmente pericolose per l'uomo e gli animali. Sono stati eseguiti nel 2011 n. 84 campioni su diverse matrici e prodotti di origine animale, campionati presso gli allevamenti (sangue, urina, pelo, latte, uova), impianti di lavorazione (miele) e presso il macello avicolo e ovino del territorio (matrici organiche). A questi vanno aggiunti n. 20 campioni di latte crudo per ricerca micotossine (aflatossine). Sono risultati irregolari n. 1 campione di uova di un allevamento rurale per presenza di diossine oltre i limiti massimi consentiti, 1 campione di acqua di abbeverata per polli per presenza di antibiotici (chinolonici) e n. 1 campione di latte crudo per superamento dei livelli ammessi di aflatossina M1. I campionamenti previsti dal Piano Alimentazione Animale, Piano O.G.M. e Piano Micotossine consentono di valutare il livello igienico sanitario dei mangimi utilizzati presso gli allevamenti di specie destinate al consumo alimentare e i mangimifici, adottando, in caso di allerta, provvedimenti di sequestro e ritiro dei prodotti. Sono stati eseguiti complessivamente n. 95 campioni; di questi, è risultato irregolare n. 1 campione di farina di mais per presenza di soia OGM.

#### BENESSERE ANIMALE

La sorveglianza sul rispetto delle norme in materia di benessere e protezione degli animali da reddito, svolta in base al Piano Nazionale Benessere Animale e altri obiettivi regionali, ha impegnato gli operatori dell'Area Veterinaria nei diversi ambiti: allevamento, trasporto di animali e impianti di macellazione. Controlli eseguiti in allevamento:

Allevamenti	n. aziende esistenti	n. aziende controllabili da PNBA	n. aziende controllate	n. irregolarità
Bovini	191	77	70	6
Allevamenti con vitelli	105	0	51	1
Suini	230	17	13	5
Ovicapriani	137	27	10	4
Equini	500	3	12	6
Galline ovaiole	3	3	3	0
Altri avicoli	30	23	23	2
Conigli	4	4	3	0
Visoni	1	1	1	0

#### Percentuale di sopralluoghi per allevamento

	Anno										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FE	510,2	367,5	379,5	606,9	621,7	574,4	576,8	512,7	228,1	228,2	229,3
Totale RER	392,9	440,7	367,5	457,1	510,9	512,0	486,8	470,6	433,2	436,7	441,2

Le più frequenti irregolarità riscontrate in allevamento hanno riguardato nei bovini l'igiene zootecnica e l'alimentazione degli animali, così come negli equini e negli ovicapriani; nei suini i locali di stabulazione e la mancanza di materiale di arricchimento ambientale, negli avicoli l'illuminazione e il personale.

#### Controlli effettuati durante il trasporto di animali:

Numero delle ispezioni	N. dei mezzi di trasporto ispezionati)	Numero di animali trasportati					
		Bovini	Suini	Ovi-capriani	Equini	Avicoli e conigli	Altre specie
Durante il trasporto stradale	29	-	4449	1300	-	52.500	-
Al luogo di arrivo	60	485	-	-	16	131.798	268

Per quanto riguarda i controlli nel luogo di arrivo, le irregolarità rilevate hanno riguardato n. 2 partite di volatili, per un totale di 4.570 soggetti scaricati al macello avicolo, in cui si è riscontrata eccessiva mortalità in relazione alla durata del viaggio e alla elevata temperatura esterna. Si sono rilevate anche 15 irregolarità documentali. I controlli durante il trasporto, cioè sulla strada, sono stati effettuati in collaborazione con la Polizia Stradale, lungo la statale Romea, in applicazione di un protocollo di attività congiunta. Controlli sulla protezione degli animali al macello: sono stati effettuati presso il macello avicolo e ovino sugli animali allo scarico e sulle corrette procedure di abbattimento degli animali:

Trasporto animali (presso macello avicolo)	Eventi controllabili	Eventi Controllati	Risultato	Standard
Controllo al macello del 10% degli automezzi allo scarico	16	7	44%	10%
Controllo al macello del 3% delle partite di animali in entrata a seguito di lunghi viaggi	0	0		3%
Controllo al macello del 2% delle partite di animali in arrivo per brevi viaggi	909	40	4%	2%
<b>Macellazione (macello avicolo e ovino)</b>	<b>Controllati programmati</b>	<b>Controllati eseguiti</b>	<b>Risultato</b>	<b>Standard</b>
Controllo protezione degli animali durante la macellazione	2	4	200%	100%

## IGIENE URBANA VETERINARIA

L'attività è svolta per la prevenzione delle problematiche di convivenza uomo animale in ambito urbano e riguarda il controllo della popolazione canina e felina, la tutela del benessere degli animali da compagnia, la prevenzione delle zoonosi, la prevenzione delle morsicature provocate dai cani, ivi compresi i soggetti con aggressività non controllata, e gli interventi di sterilizzazione dei gatti delle colonie feline. Il numero di interventi eseguiti per Igiene Urbana veterinaria nel 2011 è riassunto nella tabella seguente:

	Impianti di cura di animali ad compagnia	Canili, gattili colonie feline	Esposti di privati cittadini	Interventi per cani che hanno morso o con aggressività	Interventi di sterilizzazione gatti di colonia	Passaporti per cani, gatti o furetti rilasciati	Rivendite, toelettature, pensioni e allevamenti animali da compagnia
N. interventi di controllo	84	201	533	267	271	266	64

Nell'ambito delle attività rivolte agli animali da compagnia, si riporta il controllo comportamentale dei cani con aggressività non controllata (DGR n. 647/07). L'attività consiste nell'individuare i casi di "cani con aggressività non controllata" mediante una valutazione comportamentale dei cani segnalati come morsicatori, secondo una precisa procedura, e registrare le informazioni nello specifico data base regionale "Gestione Morsicature". Nel 2011 sono stati segnalati all'ADSPV n. 267 cani morsicatori, tutti controllati e registrati nel data base regionale, secondo la seguente distribuzione territoriale:

	Cento	Ferrara	Copparo	Codigoro	Portomaggiore	Totale
N. cani morsicatori controllati e registrati	40	97	38	60	32	267

## Igiene Alimenti di Origine Animale

Stabilimenti riconosciuti di produzione, deposito o lavorazione di alimenti di origine animale: i controlli, eseguiti secondo frequenze calcolate in base alla categoria di rischio di ogni impianto, punteggiata secondo un sistema oggettivo di valutazione e proceduralizzati secondo check-list regionali, hanno previsto verifiche strutturali e gestionali degli impianti, nonché l'esecuzione di campionamenti di prodotti o alimenti finiti presso le sedi di attività degli operatori: macelli, mercati ittici, impianti di deposito, sezionamento, lavorazione di carne o prodotti ittici, centri di depurazione e/o spedizione di molluschi, stabilimenti di trasformazione di prodotti a base di latte, centri di imballaggio uova, ecc., come riportato in tabella:

	Strutture esistenti	Strutture controllate	%	Sopralluoghi eseguiti	Irregolarità riscontrate	Sanzioni	Prescrizioni	Provvedimenti sanitari coattivi	Denunce
Impianti riconosciuti	87	87	100	1710	735	14	606	5	2

Le irregolarità riscontrate più frequentemente riscontrate hanno riguardato il prodotto finito, per etichettatura ed imballaggio, la rintracciabilità, la gestione degli scarti e il piano di autocontrollo. Altre aziende, registrate per la produzione, trasporto, distribuzione, somministrazione di alimenti di origine animale: i controlli eseguiti presso le strutture registrate, quali macellerie, pescherie, laboratori produzione miele, agriturismi, mercati, mense, ristoranti, automezzi trasporto alimenti, ecc. sono sintetizzati nella seguente tabella:

	Strutture esistenti	Strutture controllate	%	Sopralluoghi eseguiti	Irregolarità riscontrate	Sanzioni	Prescrizioni	Provvedimenti sanitari coattivi	Denunce
Strutture registrate	1456	1118	76,8	1552	1043	49	867	6	6

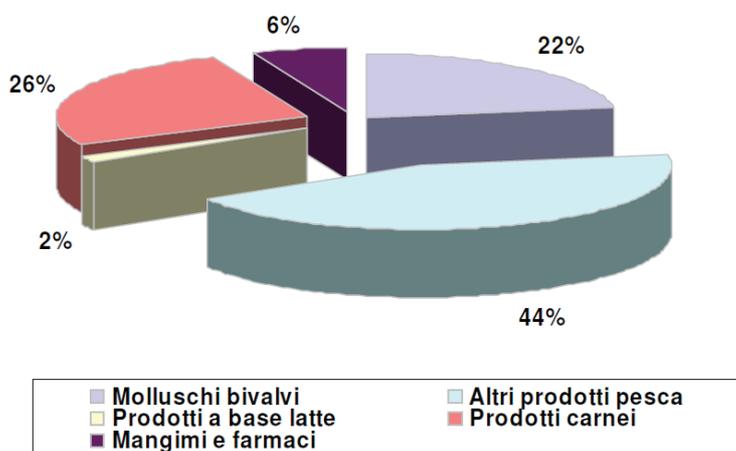
In questo settore, le irregolarità più frequentemente riscontrate hanno riguardato l' idoneità di strutture ed attrezzature, il piano di autocontrollo, l' etichettatura del prodotto finito e la rintracciabilità. In tutte le tipologie di Aziende si è comunque evidenziato un aumento delle irregolarità riscontrate rispetto all' anno precedente, pari a circa un terzo in più nel settore della produzione (735 contro 490) e oltre il doppio nel settore delle aziende registrate (1043 contro 485). Si ritiene di poter attribuire questo dato al fatto che, col nuovo sistema di registrazione dei controlli e dei relativi esiti, sono state rendicontate anche le non conformità minori, a cui non fanno seguito provvedimenti sanzionatori, ma solo prescrittivi, che in effetti sono di numero molto superiore rispetto alle sanzioni o denunce.

#### Aziende alimentari e ristorazione. Percentuale aziende con infrazioni. Anno 2011

	AZIENDE DI TRASFORMAZIONE ALIMENTI			% controllate/ esistenti	% infrazioni/ controllate	AZIENDE DI RISTORAZIONE			% controllate/ esistenti	% infrazioni/ controllate
	esistenti	controllate	con infraz.			esistenti	controllate	con infraz.		
FE	875	482	142	55,1	29,5	2593	1534	422	59,2	27,5
TOTALE RER	10774	3339	1257	31,0	37,6	40242	10623	3647	26,4	34,3

#### SISTEMA DI ALLERTA ALIMENTI E MANGIMI:

l' attivazione del sistema di allerta è prevista per gli alimenti o mangimi che rappresentano un grave rischio per la salute umana e animale, per i quali è richiesto un intervento immediato per escludere l' alimento dal circuito distributivo e dalla disponibilità del consumatore. La gestione dell' allerta è affidata all' Unità di Crisi attivata presso il Dipartimento di Sanità Pubblica, che garantisce l' intervento entro 24 dalla segnalazione. L' intervento consiste nell' individuazione di alimenti pericolosi e nella verifica che l' Operatore del settore alimentare abbia attivato tutti i provvedimenti di rintraccio e ritiro del prodotto oggetto di segnalazione. Nel 2011 sono stati gestiti n. 105 casi di allerta per alimenti di origine animale e n. 7 casi di allerta per mangimi e farmaci veterinari, riportati in tabella:

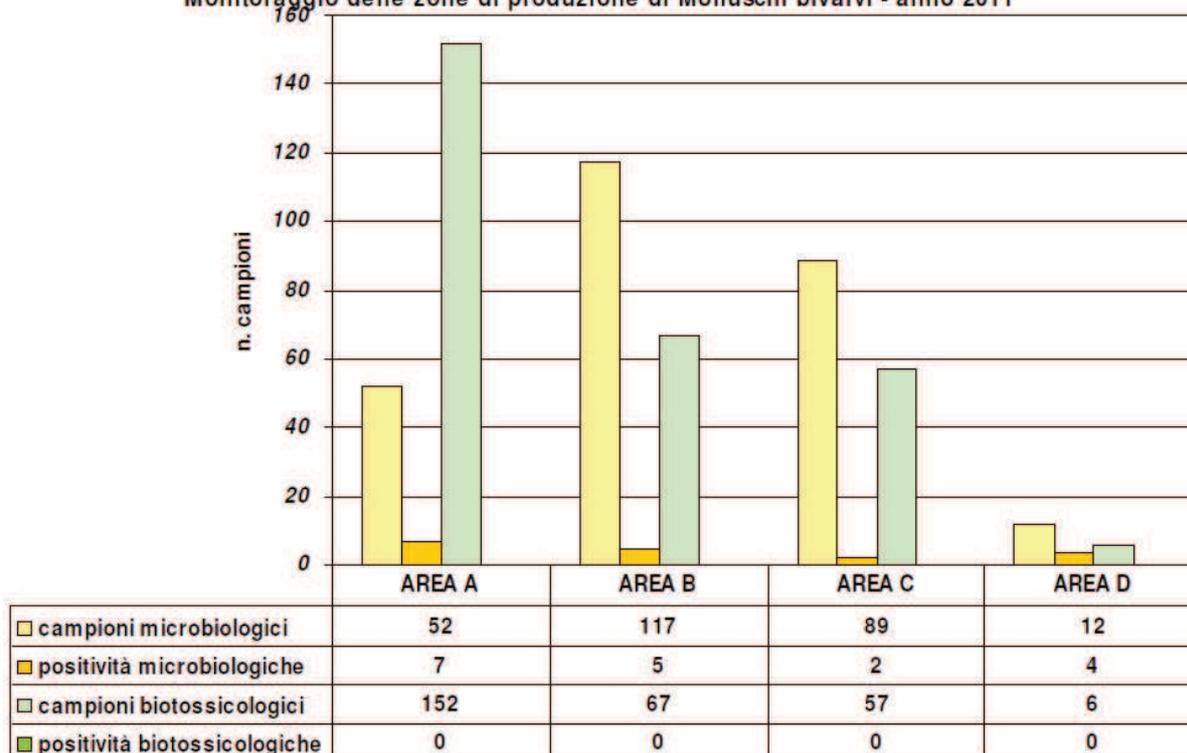


#### MONITORAGGIO ZONE DI PRODUZIONE MOLLUSCHI BIVALVI:

l' attività di sorveglianza sanitaria delle zone di produzione di Molluschi Bivalvi, svolta ai sensi del Reg. 854/2004/CE e di provvedimenti regionali applicativi, riguarda le seguenti aree di produzione:

- **Area A**, zone di allevamento dei mitili in mare aperto, e **Area D**, zone di litorale marino di raccolta di Chamelea gallina, ove è consentita la raccolta per l' immediata commercializzazione per il consumo umano diretto dei bivalvi raccolti
- **Area B**, Canali di Comacchio, e **Area C**, Sacca di Goro, dove si allevano o raccolgono vongole veraci, con obbligo di depurazione dei molluschi raccolti prima della commercializzazione.

Monitoraggio delle zone di produzione di Molluschi bivalvi - anno 2011



Dai risultati del monitoraggio, sintetizzati in tabella, si traggono valutazioni sul rischio microbiologico e biotossicologico delle diverse zone di produzione che, in taluni casi, impongono l'adozione di provvedimenti restrittivi, di chiusura delle zone di raccolta.

Nel 2011 sono stati adottati n. 7 provvedimenti di chiusura temporanea di zone di produzione a seguito di non conformità microbiologiche e n. 8 atti di obbligo di depurazione dei molluschi, mentre non si sono verificate non conformità biotossicologiche.

#### SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ

L'Area Veterinaria è impegnata per garantire la qualità delle prestazioni erogate mediante un sistema di gestione del lavoro che prevede, tra l'altro, i seguenti importanti strumenti:

\_ Qualificazione del Personale addetto ai controlli ufficiali come auditor per la Sicurezza alimentare. La formazione si completa con moduli sul campo, mediante l'esecuzione di audit presso gli Operatori del Settore Alimentare (OSA), che nel 2011 sono stati 16,

\_ Audit interni: le visite ispettive interne si sono svolte presso i cinque Uffici territoriali dell'Area veterinaria,

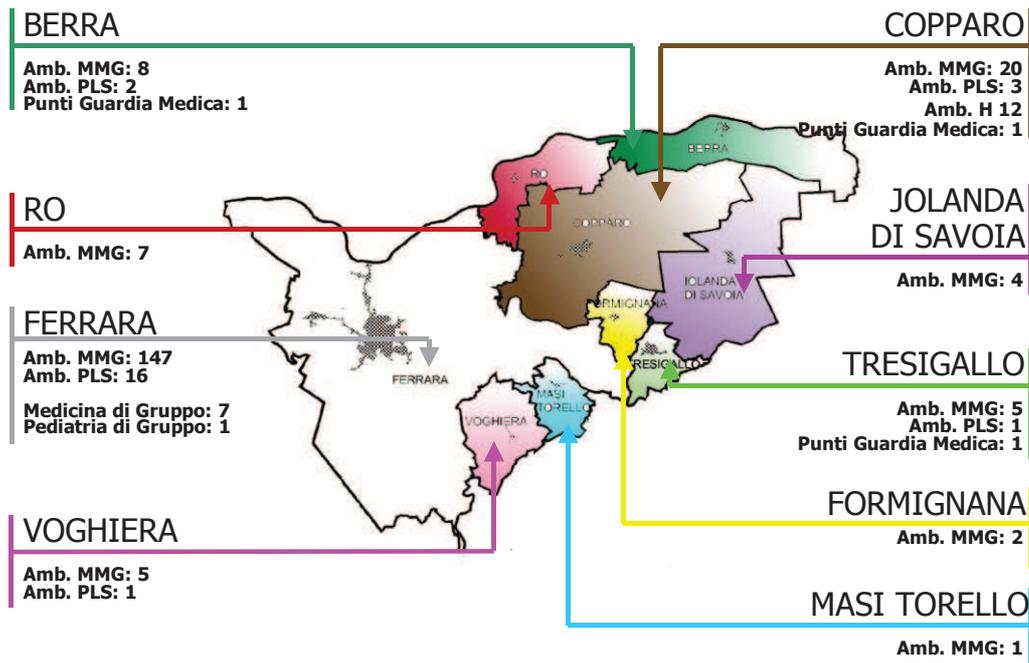
\_ Sistema Informativo: prevede la Registrazione in data base dell'attività di controllo ufficiale, delle non conformità riscontrate e degli esiti dei controlli da parte di tutti gli Operatori, con l'utilizzo di modulistica regionale: "Scheda di Controllo Ufficiale", "Scheda di Non Conformità e Prescrizioni" e Check-list specifiche per ogni tipologia di struttura da controllare. La registrazione dell'esito di ogni controllo permette di costruire le informazioni utili a programmare la frequenza dei controlli per l'anno successivo presso ogni singolo Produttore di alimenti (minimo, standard e rinforzato) dando attuazione a quanto stabilito dal Regolamento n. 882/04/CE che definisce la "ratio" con cui deve essere organizzato ed effettuato il controllo ufficiale, disponendo che "i controlli ufficiali siano eseguiti periodicamente, in base ad una valutazione dei rischi e con frequenza appropriata".

#### Assistenza distrettuale

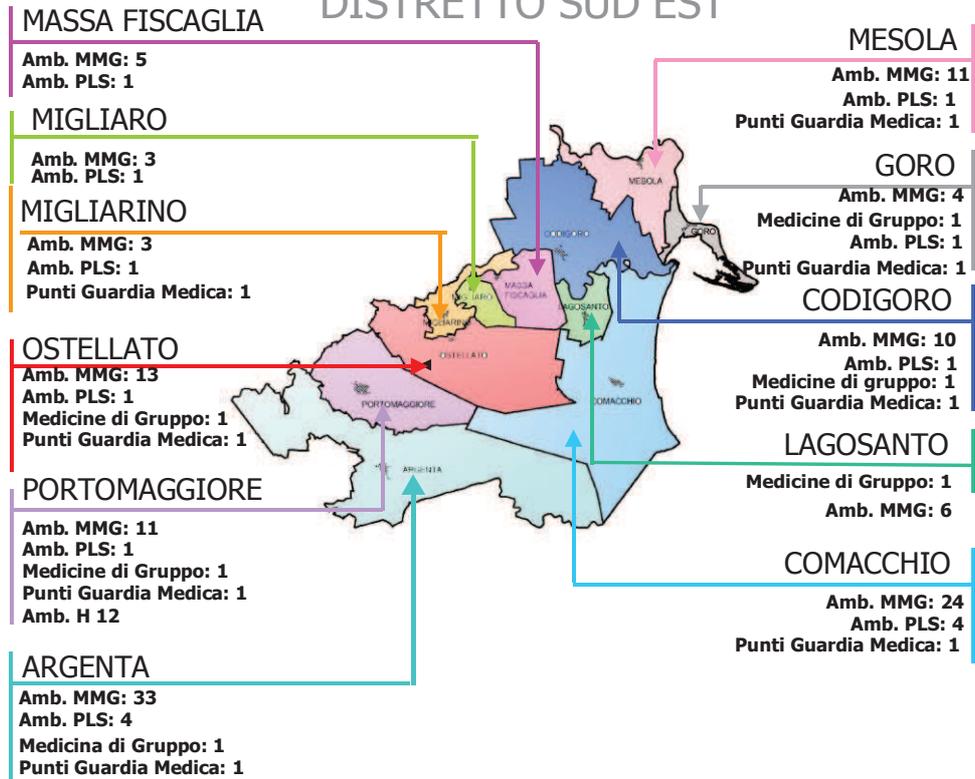
##### Assetto organizzativo dell'assistenza di base

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.

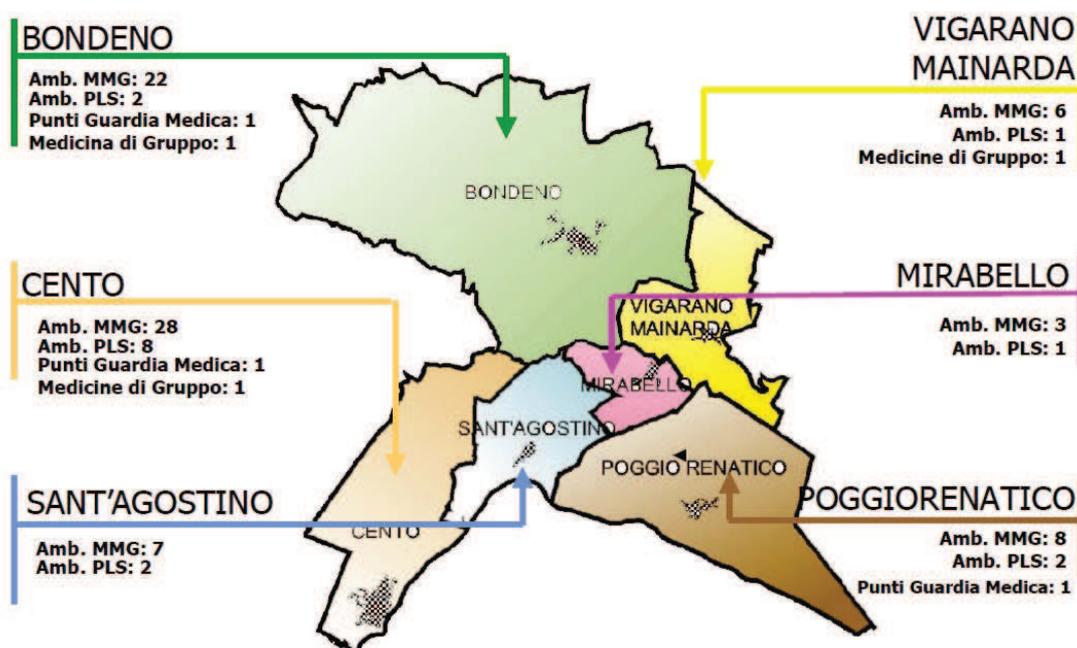
## DISTRETTO CENTRO NORD



## DISTRETTO SUD EST



## DISTRETTO OVEST



### Assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani

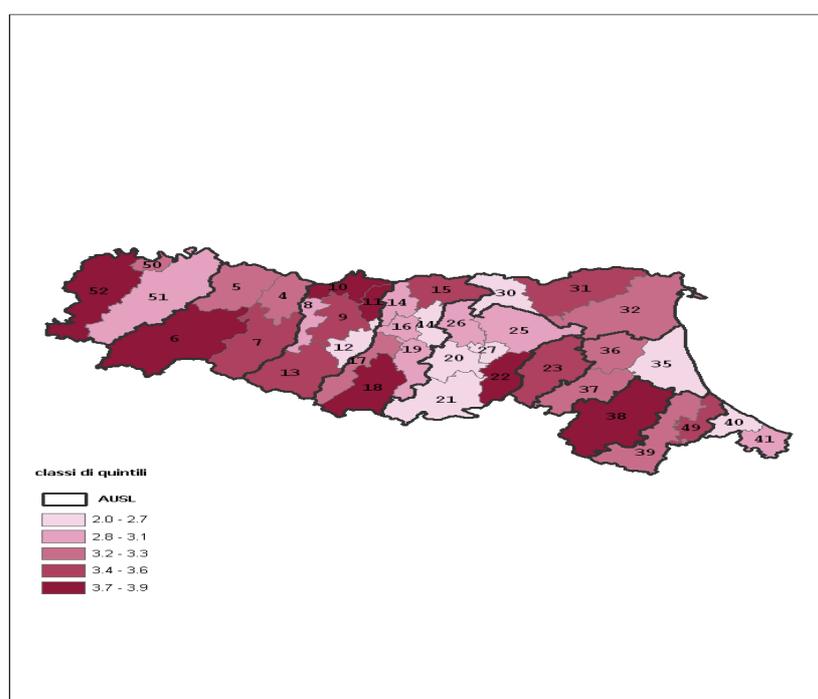
L'assistenza in favore di anziani non autosufficienti erogata a carico del FRNA consiste in inserimenti residenziali e semiresidenziali. Nel corso del 2011 tutte le strutture residenziali (ex case protette e RSA) sono state accreditate transitoriamente o provvisoriamente come CRA. Gli interventi a sostegno del mantenimento a domicilio quali i Centri Diurni e l'assistenza domiciliare, sono stati ugualmente accreditati<sup>3</sup>. L'accREDITAMENTO ha consentito di definire i servizi e le strutture utili per la soddisfazione dei bisogni evidenziati nella programmazione territoriale e ha obbligato i soggetti gestori a dimostrare il possesso dei requisiti di qualità nella gestione e nella fornitura del servizio. Le strutture accreditate hanno inoltre un maggiore livello di omogeneità nell'erogazione dei servizi e negli standard di qualità. La programmazione territoriale dei Comitati di Distretto è da sempre fondamentale strumento di organizzazione e definizione dei servizi da garantire ai cittadini, in relazione alla tipologia e alla quantità, e l'utilizzo delle risorse, comprese quelle del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Nel 2011 l'offerta di posti letto residenziali per anziani ha subito una leggera contrazione a livello di ex RSA.

N. di posti ogni 1000 >74	Posti residenziali convenzionati (CP +RSA)				Posti semi residenziali convenzionati (CD)			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
FERRARA	32,0	31,6	31,9	31,9	2,9	2,8	3,3	2,7
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>30,9</b>	<b>30,7</b>	<b>30,6</b>	<b>30,3</b>	<b>5,7</b>	<b>5,9</b>	<b>5,9</b>	<b>6,0</b>

<sup>3</sup> La realizzazione dell'accREDITAMENTO dei servizi socio-sanitari per anziani ai sensi delle DGR 772\2007, 514/2009, 2109/2009, 2110/2009, fonda le basi del modello di welfare regionale delineato dal Piano Regionale Sociale e Sanitario.

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	1455	130
2009	1.493	155
2010	1.517	130

Distribuzione indice di posti letto disponibili per anziani in strutture residenziali \* 100 anziani (≥ 75 anni) residenti, per classi quintili. Distretti delle Aziende UsI dell'Emilia-Romagna, 2010.



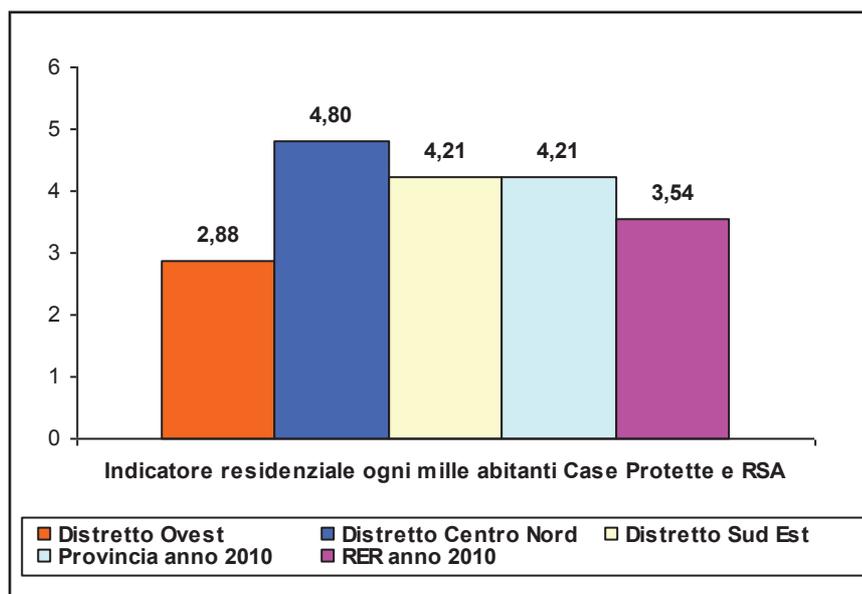
#### Struttura dell'offerta (valori assoluti)

N. di posti Convenzionati	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2010
Residenziale Protetta (RSA e CP)	227	856	434	1.517
Centri Diurni per anziani	21	74	35	130

#### Indicatori di offerta e di utilizzo (anno 2010)

	Centri diurni Tasso di copertura su >74*	Residenzialità protetta e RSA Tasso di copertura >74*
Distretto Ovest	0,27	2,88
Distretto Centro Nord	0,42	4,80
Distretto Sud Est	0,34	4,21
<b>Provincia 2010</b>	<b>0,36</b>	<b>4,21</b>

\* Popolazione al 31/12/2010



### Centri Diurni

Anche le strutture di accoglienza semi residenziale per anziani sono state accreditate completamente. Tuttavia i Centri Diurni per anziani continuano a connotarsi come scelta assistenziale non ancora pienamente utilizzata dagli utenti.

Il servizio di centro diurno necessita di orari adeguati e flessibili e di trasporti efficienti. Al di fuori dell'area urbana, le peculiarità del territorio provinciale (distanze notevoli e dispersione abitativa) comportano costi relativamente alti per i trasporti; le preferenze degli utenti vanno nel senso di soluzioni assistenziali residenziali. Malgrado l'incremento della rete avviato negli anni precedenti la percentuale di copertura provinciale è al di sotto della media regionale (2,7 posti di Centro Diurno ogni 1.000 ab. >74 anni, contro i 5,3 posti a livello regionale).

La programmazione distrettuale ha incrementato leggermente i posti accreditati: 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.

### Assegno di cura

L'assegno di cura per anziani rappresenta un rilevante supporto alla domiciliarità. L'assegno di cura è 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. Viene riconosciuto alle famiglie che prestano cure per contrastare o ritardare il ricorso ai ricoveri in istituti. E' finanziato con fondi del Fondo regionale per la Non Autosufficienza e del Fondo Nazionale. L'assistenza viene erogata a fronte di patologie certificate dall'Unità di valutazione geriatrica possono riguardare sia fattori sociali, relazionali che sanitari ma sempre considerati in maniera integrata. Le valutazioni tengono conto delle situazioni di decadimento psico-fisico e disagio causato da patologie pregresse stabilizzate, da avanzata senilità o da problematiche sociali. Il sostegno è assegnato con riguardo all'intervento di cura della famiglia, per le attività socio-assistenziali a rilievo sanitario e per far fronte alle spese personali del paziente in cura, e in parte anche per l'assistenza privata. Devono essere garantite con particolare attenzione l'igiene e cura della persona, il mantenimento dell'ambiente di vita, le condizioni dell'alimentazione, la vita di relazione e socializzazione. Il beneficio economico è proporzionato alla complessità e alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano, ai suoi bisogni assistenziali ed alle attività socio-assistenziali espletate dalla famiglia, nell'ambito di tre categorie economiche (Livello A, B o C). L'assegno di cura può essere erogato unitamente all'Indennità di accompagnamento, tranne nel caso del contributo di tipo C, ma rappresenta una prestazione con presupposti molto diversi, tenendo conto non solo del livello di non autosufficienza, che alle condizioni economiche dei beneficiari. Va precisato che in caso di concorrenza dell'Assegno di cura con l'Ida, il primo

viene ridotto. Nel corso del 2011 gli assegni di cura erogati nella provincia di Ferrara hanno avuto una leggera riduzione.

### Assistenza residenziale e semi-residenziale per disabili

L'area dei servizi residenziali e semiresidenziali per i disabili adulti è finalizzata all'assistenza in favore persone in condizione di speciale disagio e che non hanno la capacità di orientarsi al mondo del lavoro e necessitano di interventi soprattutto assistenziali ed educativi, ma anche medici, infermieristici e riabilitativi con programmi personalizzati a lungo termine. Anche per l'area dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per utenti disabili il percorso di accreditamento è stato ultimato ed ora tutti i servizi sono remunerati in base a tariffe omogenee. Presso i Centri Semi Residenziali viene garantito il mantenimento dei livelli di autonomia acquisiti e l'equilibrio degli ospiti, favoriscono il conseguimento dell'integrazione sociale degli utenti attraverso contatti con l'esterno (contesti ricreativi e sportive) a tutela di rischi di emarginazione. I Centri Socio Riabilitativi Diurni offrono supporto alla persona e ai care givers, aiutando il lavoro di assistenza, educazione e riabilitazione. L'assistenza erogata presso i Centri socio riabilitativi residenziali è invece rivolta ad utenti in condizioni socio sanitarie maggiormente complesse. La rete dei servizi per disabili è stata fundamentalmente completata, anche se le Unità di Valutazione Multiprofessionale evidenziano una crescente richiesta assistenziale, dovuta, nella maggior parte dei casi, all'invecchiamento dei famigliari.

Numero di Posti Letto destinati a portatori di handicap per 1.000 abitanti (pop. Target tutta)<sup>4</sup>

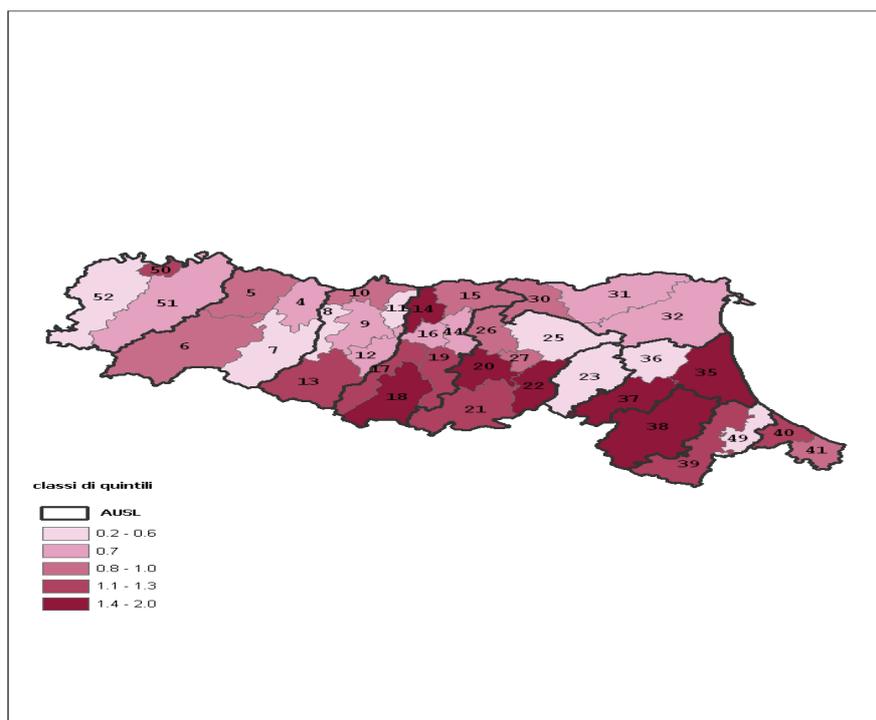
	Residenziali				Semiresidenziali			
	2006	2007	2009	2010	2006	2007	2009	2010
<b>FERRARA</b>	0,48	0,48	0,56	0,56	0,64	0,68	0,64	0,63
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>0,39</b>	<b>0,42</b>	<b>0,44</b>	<b>0,47</b>	<b>0,85</b>	<b>0,88</b>	<b>0,89</b>	<b>0,90</b>

Fonte: Servizio Sistemi Informativi Sanità e Politiche Sociali

Ferrara	Posti residenziali	Posti semiresidenziali
2000	47	181
2001	103	204
2002	103	194
2003	143	243
2004	138	207
2005	168	236
2006	170	225
2007	171	243
2009	202	228
2010	202	228

<sup>4</sup> Manca il dato relativo all'anno 2008 perché l'Istat ha sospeso la rilevazione dei Presidi per quell'anno.

Distribuzione indice di posti letto disponibili per disabili in strutture semiresidenziali \* 1000 residenti, per classi quintili. Distretti delle Aziende Usi dell'Emilia-Romagna, 2010.



## Gravissime disabilità acquisite

Numero di pazienti presi in carico per tipologia di assistenza - Anno 2011

AUSL di presa in carico	TOTALE PAZIENTI IN CARICO	PAZIENTI IN CARICO CON ASSISTENZA DOMICILIARE (*)	PAZIENTI CON ASSEGNO DI CURA	PAZIENTI IN RESIDENZA ASSISTENZIALE
FERRARA	92	52	60	33
<b>TOTALE REGIONALE</b>	<b>1.312</b>	<b>712</b>	<b>587</b>	<b>470</b>

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

Pazienti in carico per classi di età - Anno 2011

AUSL di presa in carico	Classi d'Età										TOTALE PAZIENTI
	0 - 17		18 - 44		45 - 64		65 - 74		75 +		
	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	
FERRARA	1	1,1	23	25	45	49	15	16	8	8,7	92
REGIONE	61	4,6	281	21	542	41	284	22	144	11	1.312
DECEDUTI DURANTE L'ANNO	1	0,6	12	7,4	59	36	50	31	41	25	163

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

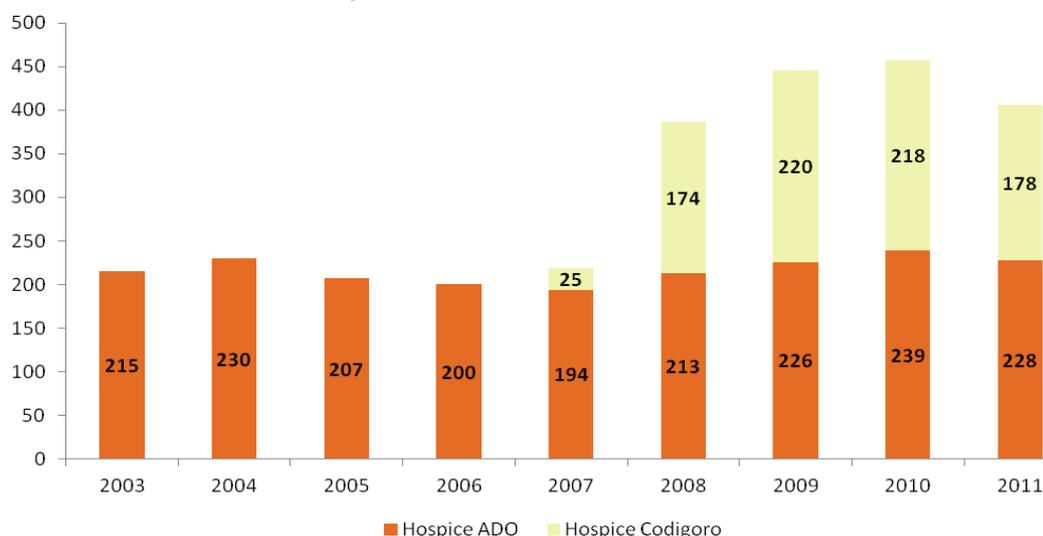
Pazienti in carico per classi di età e distretto - Anno 2011

Distretto di presa in carico	Classi d'Età										Totale Pazienti
	0 -- 17		18 -- 44		45 -- 64		65 -- 74		75 +		
	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	
FERRARA											
OVEST	1	5,9	3	18	7	41	3	18	3	18	17
CENTRO-NORD			10	22	26	58	7	16	2	4,4	45
SUD-EST			10	33	12	40	5	17	3	10	30

## Dimissione dagli Hospice

Relativamente alla produzione riferita a pazienti terminali con prevalente patologia neoplastica il dato per l'Ausl di Ferrara dimostra un incremento costante quale supporto alla domiciliarità fino al 2010 con una lieve contrazione nel 2011. La degenza media è di circa 17 giorni a dimostrazione dell'elevato turn-over trattandosi di pazienti terminali con trattamenti palliativi.

Numero di pazienti dimessi dagli Hospice. Ausl di Ferrara. Trend 2003-2011<sup>5</sup>



## Assistenza odontoiatrica in utenti non vulnerabili

Le DGR 26789/2004 e 374/2008, che definiscono le modalità di assistenza odontoiatrica riservate alla popolazione residente in Regione, hanno anche stabilito che la percentuale dei pazienti che non presentano i requisiti indispensabili per usufruire del servizio, non superi il 30% del totale di utenti che accedono alla visita odontoiatrica. La proporzione di utenti non vulnerabili che hanno ricevuto assistenza odontoiatrica sul totale dei pazienti trattati nel 2011 è pari allo 0,5%, da questo dato si desume un ulteriore abbattimento di tale percentuale rispetto all'anno precedente (2,5%) e di conseguenza è lecito pensare che :

- 1- vi sia stato un maggiore rispetto della normativa Regionale che regola l'accesso e una più puntuale adesione da parte dei professionisti addetti,
- 2- è privilegiata la categoria di pazienti che presentano i requisiti di Vulnerabilità Sociale e/o Sanitaria,
- 3- alla popolazione destinataria del Programma Odontoiatrico, sia arrivato un messaggio efficace per un corretto orientamento alle modalità di accesso alle cure.

## Le "cure domiciliari"

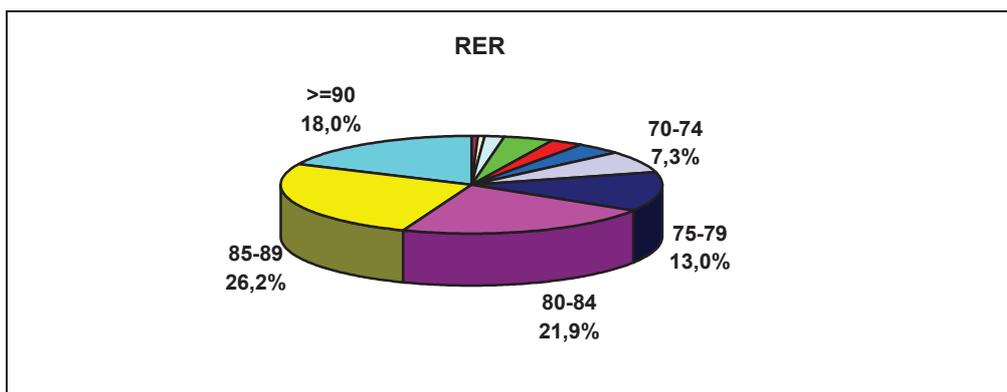
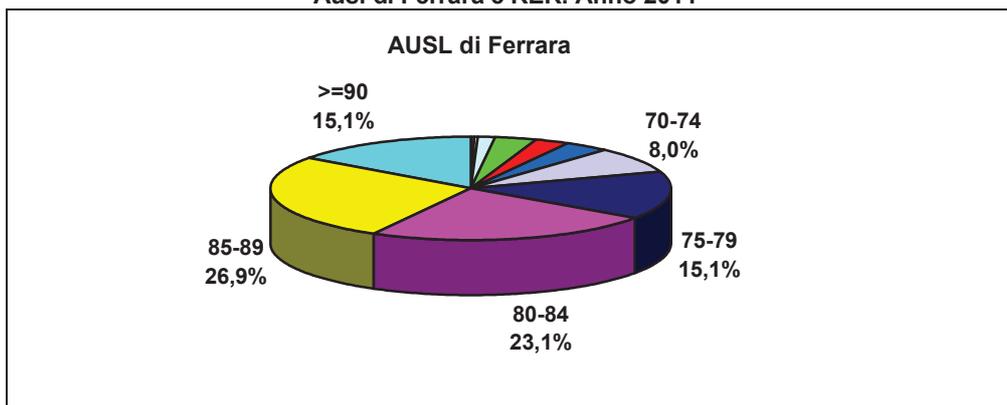
Il servizio di assistenza domiciliare garantisce e fornisce cure domiciliari a persone non autosufficienti o impossibilitate, per gravi motivi di salute, a uscire di casa e che necessitano di un'assistenza personalizzata sanitaria e sociale. È un servizio reso al cittadino e si colloca fra le strutture 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. Le cure domiciliari si caratterizzano per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura e alla complessità dei bisogni a cui rispondono; si connotano per l'unitarietà di intervento basato sul concorso progettuale di apporti professionali sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato; si basano sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie al raggiungimento dei risultati di salute.

<sup>5</sup> L'Hospice di Codigoro è stato aperto il 15/7/07.

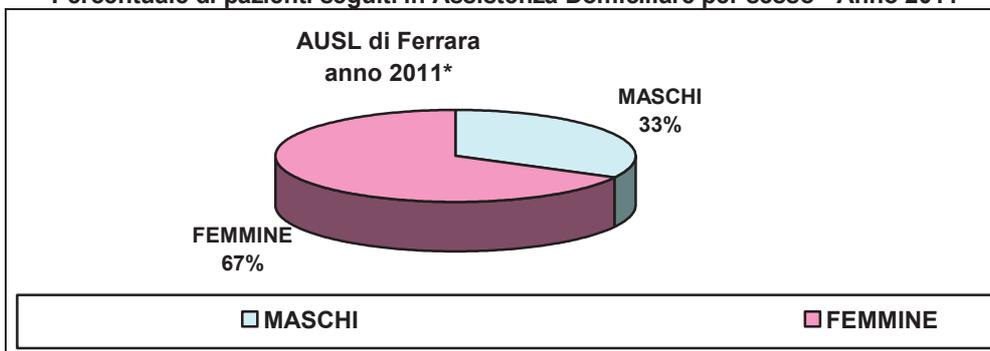
L'assistenza domiciliare è basata sull'integrazione delle figure professionali coinvolte: medici di medicina generale, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, operatori socio-sanitari e membri delle associazioni del volontariato. L'attività si avvale del supporto dei Dipartimenti 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). Il tasso standardizzato dell'assistenza domiciliare per l'anno 2011 mostra per Ferrara un valore inferiore alla media regionale (21,56 vs 25,35).

**Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per classi di età. Ausl di Ferrara e RER. Anno 2011**

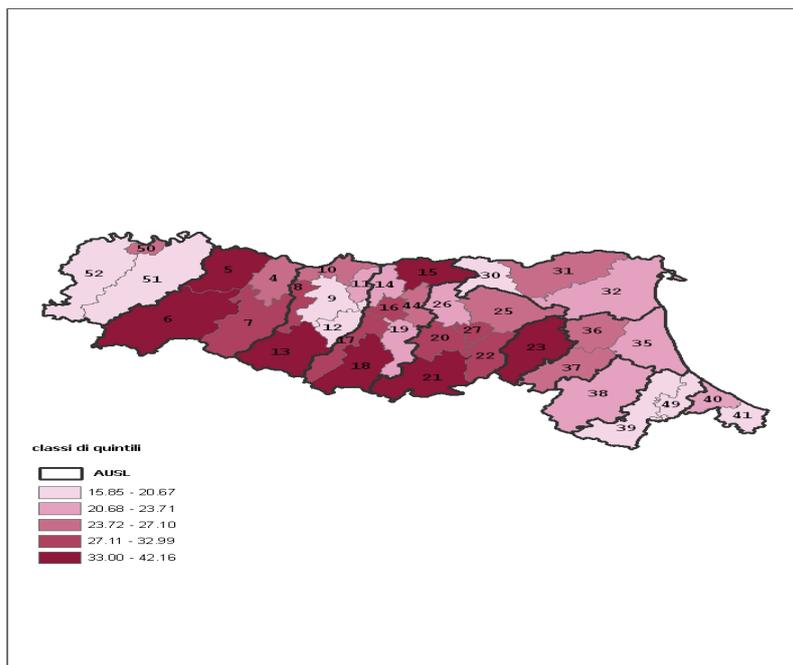


**Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per sesso - Anno 2011**



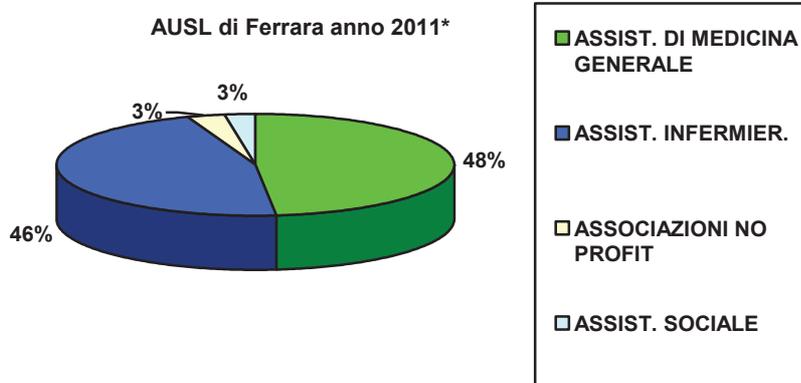
Come negli anni precedenti, l'assistenza domiciliare è stata utilizzata soprattutto da anziani con età a partire dai 75 anni, che costituiscono oltre i 4/5 del totale. Sono nettamente prevalenti le assistite di sesso femminile, che rappresentano i 2/3 dei pazienti seguiti.

Distribuzione del tasso grezzo di persone seguite in assistenza domiciliare integrata \* 1.000 residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2011<sup>6</sup>



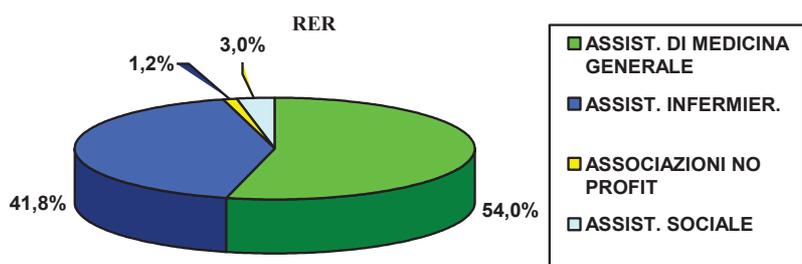
Il tasso grezzo di persone seguite in ADI per la provincia di Ferrara si attesta su valori al di sotto della media regionale. Per il Distretto Ovest, in particolare, si evidenzia un numero di persone seguite tra i più bassi della regione; la motivazione principale è da imputare principalmente alla scelta dei casi e dei livelli di complessità assistenziale a favore di livelli di bassa intensità.

Percentuale di TAD per tipologia di Assistenza Domiciliare - Anno 2011



\*Nei dati riportati sono presenti le prestazioni infermieristiche occasionali

<sup>6</sup> Azienda UsI di Ferrara. Codici distrettuali RER 30=Ovest, 31=Centro-Nord, 32=Sud-Est



A differenza degli anni passati, in provincia di Ferrara, nel 2011, il numero di pazienti per i quali sono state aperte TAD dal Medico di Medicina Generale (ADI 1° 2° e 3° livello e ADP) risulta maggiore rispetto ai pazienti in carico con TAD infermieristica.

#### Composizione per livelli

Assistenza Domiciliare Integrata	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2011	Provincia anno 2010
N° assistiti liv. 1	602	1092	892	<b>2586</b>	<b>2548</b>
N° assistiti liv. 2	186	400	476	<b>1062</b>	<b>967</b>
N° assistiti liv. 3 e volontariato	35+60	197+195	170+46	<b>703</b>	<b>750</b>
<b>TOTALE</b>	<b>883</b>	<b>1884</b>	<b>1584</b>	<b>4351</b>	<b>4265</b>
N. assistiti in Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)	70	382	245	<b>697</b>	<b>675</b>
<b>N° assistiti inferm. Domiciliare*</b>	<b>880</b>	<b>2728</b>	<b>897</b>	<b>4505</b>	<b>4538</b>
<b>N° assistiti TAD sociali**</b>	<b>53</b>	<b>119</b>	<b>84</b>	<b>256</b>	<b>237</b>

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

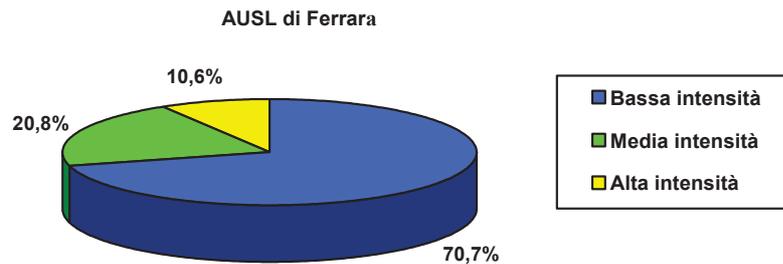
\*\*Tipologia assistenziale costituita dal servizio di assistenza domiciliare sociale(SAD) più gli oneri a rilievo sanitario rimborsati dall'AUSL per un'assistenza di almeno 5 giorni oppure di 6 ore settimanali

N. di assistiti ogni mille abitanti totali	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2011°	Provincia anno 2010
N° assistiti liv. 1	7,64	6,13	8,66	<b>7,18</b>	<b>7,10</b>
N° assistiti liv. 2	2,36	2,24	2,95	<b>2,95</b>	<b>2,69</b>
N° assistiti liv. 3 e Volontariato	1,21	2,20	2,10	<b>1,95</b>	<b>2,09</b>
<b>TOTALE</b>	<b>11,21</b>	<b>10,57</b>	<b>15,38</b>	<b>12,09</b>	<b>11,88</b>
N° assistiti inferm. domiciliare	11,17	15,31	8,71	<b>12,51</b>	<b>12,64</b>

°Popolazione al 01/01/2011

Si evidenzia una certa disomogeneità tra i Distretti, presente in tutti e tre i livelli di intensità; rispetto al 2010 si nota un lieve incremento che riguarda gli assistiti per i quali sono state aperte TAD del Medico di Medicina Generale e del Volontariato. Relativamente agli assistiti in carico solo all'infermiere, questi sono in calo rispetto al 2010 ma, nel Distretto Centro Nord, questa tipologia di assistenza risulta comunque essere la prevalente.

## Percentuale di TAD per livello di Assistenza Domiciliare. Ausl di Ferrara e RER. Anno 2011.



### 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.

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 offerti gratuitamente,
- ambulatorio ostetrico dedicato alle donne straniere con presenza di mediatore culturale,
- puerperio domiciliare,
- ambulatorio di sostegno all'allattamento materno e consulenza telefonica,
- punto di ascolto per sostenere nel primo anno di vita genitori in condizioni di fragilità e per rispondere al bisogno talvolta inespresso di sostegno emotivo post-partum.

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,
- esecuzioni tamponi vaginali e Pap Test ad accesso spontaneo,
- ambulatorio dedicato alla rieducazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria),
- ecografie ginecologiche sia pelviche che trans-vaginali.

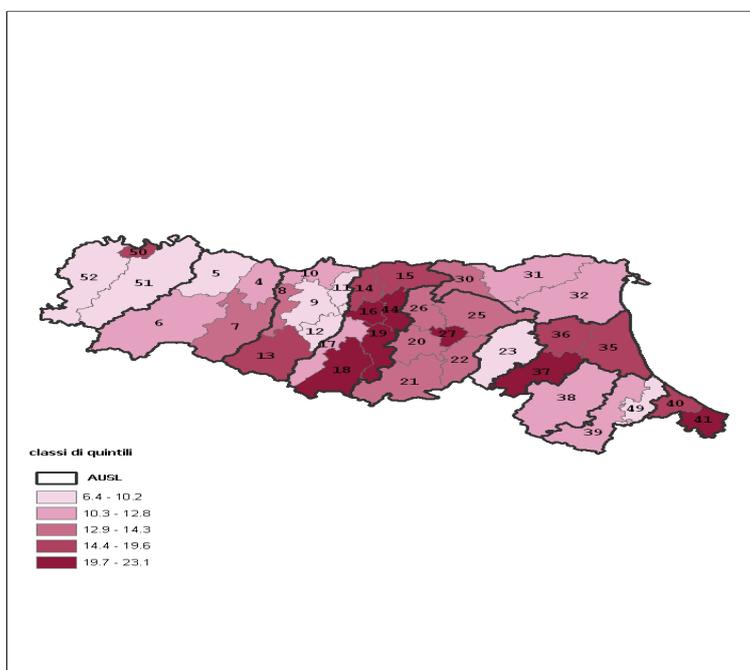
Lo spazio giovani:

- 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. Lo spazio donne immigrate:

è un servizio dedicato alle donne straniere ed ai loro bambini per le problematiche ginecologiche, ostetriche, contraccezione e sostegno genitoriale. Tale spazio è gestito sia con l'ausilio di personale ostetrico con conoscenza linguistica di popolazione proveniente dai paesi dell'Est, sia con mediatori culturali in prevalenza di lingua marocchina e pakistana, con possibilità di usufruire di mediatori di altre lingue su richiesta.

**Distribuzione percentuale di donne seguite dai Consulteri familiari (ostetricia-ginecologia) sulla popolazione target per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2010.**



### UTENTI ED ATTIVITA' 2010

Anno 2010	Distretto Ovest	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Prov. 2010	Prov. 2009	Prov. 2008	R.E.R. 2010
* Numero di donne seguite in gravidanza	368	737	202	1307	1739	1610	21345
% di Donne seguite in gravidanza sul totale dei nati vivi da residenti	44,3%	58,6%	27,4%	46,2%	61,8%	58%	51,0%
Donne immigrate gravide seguite dal servizio	170	283	140	593	820	631	11832
% immigrate incinte su totale donne in gravidanza seguite dal servizio	46,2%	38,4%	69,3%	45,4%	47,2%	39,19%	55,4%
Numero soggetti coinvolti nei corsi di accompagnamento alla nascita	145	836	69	1050	1132	1098	12495
Numero di puerpere seguite	91	413	198	702	738	820	14047
Sostegno allattamento al seno n. di puerpere	245	297	95	637	911	1055	8651
** Donne in carico per settore Ostetricia e Ginecologia	3379	7343	4133	14855	15962	17174	205477
% utenti su pop. Donne 15-64	13,5%	12,7%	12,6%	12,8%	13,9%	14,9%	14,4%
Utenti in carico per settore Psicologia	0	85	25	110	89	107	9437
Numero di donne seguite per problemi connessi alla Menopausa	267	1155	198	1620	2214	2160	12580
% utenti menopausa su pop. Donne 44-59	2,4%	4,1%	1,2%	2,9%	4,1%	5,05%	2%

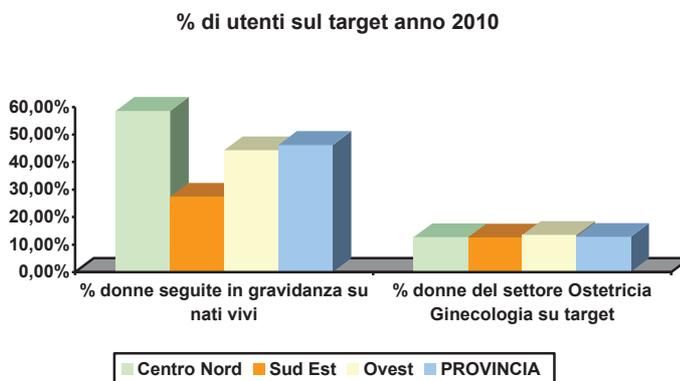
\* Rilevazione Sistema Informativo Regionale: gravidanzae prese in carico nell'anno

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

\*\*\* popolazione al 31/12/2010

Nel valutare il numero di utenti seguiti, sia nell'ambito delle gravidanze che nell'ambito del Settore Ostetrico Ginecologico, non viene rilevata l'attività prestata direttamente dai presidi ospedalieri che svolgono attività ambulatoriale di primo livello, nonché dai medici in libera professione. In entrambe i casi il Distretto Centro Nord presenta valori al di sopra della media provinciale, in quanto

l'Azienda Ospedaliera non svolge attività ambulatoriale di primo livello, ma garantisce il secondo livello ostetrico come previsto nel "percorso nascita". Su un totale di 53.947 prestazioni effettuate dai consultori familiari, 974 (pari all'1,8%) rappresentano prestazioni per IVG (interruzioni volontarie di gravidanza). A livello regionale la medesima percentuale si attesta al 2,4%.



### 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 0-17 anni, allo scopo di mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie (difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, emofilo e pneumococco) per le quali sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dai Piani Sanitari Nazionali, nonché dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie (morbillo, parotite, rosolia, meningococco) per le quali è già stata definita una strategia operativa di base, ma per le quali non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali; implementare iniziative mirate di prevenzione vaccinale in seguito alla recente disponibilità di nuovi vaccini (papillomavirus alle dodicenni dalla coorte del 1996, varicella agli adolescenti suscettibili, epatite A ai bambini che viaggiano) per tutti o per categorie a rischio, secondo il Calendario Regionale;
- particolare attenzione alla formazione del personale, sulla base delle indicazioni regionali, per acquisire e migliorare le competenze per la definizione dei ruoli e delle responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte nell'effettuazione delle vaccinazioni;
- incrementare la sicurezza delle pratiche di immunizzazione; incrementare gli interventi di ordine strutturale, organizzativo, informativo, formativo e comunicativo necessari per consentire la partecipazione consapevole delle famiglie;
- prevenzione della diffusione di malattie infettive ed infestazioni nelle comunità: interventi nelle comunità scolastiche a seguito di notifica di malattie infettive (meningite, scabbia, pediculosi, morbillo, TBC, ecc.) in ottemperanza alle indicazioni ministeriali;
- sorveglianza igienico-sanitaria in comunità che ospitano minori.

Tabella malattie infettive in Comunità anno 2011

	Distretto Ovest	Distretto C/N	Distretto Sud Est	Provincia 2011	Provincia 2010	Provincia 2009	Provincia 2008
N° bambini controllati per malattie infettive in comunità	33	592	437	1062	1686	794	1664
N° interventi in collettività effettuati da Medico e/o ASV	4	26	46	76	276	568	243
<b>% bambini controllati rispetto alla popolazione 0 -17 anni (**)</b>				2,25	3,61	1,73	3,67

Dati di attività-Pediatria di Comunità - Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla Sanità, Servizio Assistenza Distrettuale  
 \*\*Popolazione al 31/12/2011, dati forniti dai Servizi Comunali

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 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, anche quando sia necessaria la somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- sostegno e tutela ai bambini e ragazzi in condizioni di disagio socio sanitario (sospetto di incuria, maltrattamento, abuso; immigrati con difficoltà di integrazione): progetti condivisi con altri Servizi (Servizio Sociale, SMRIA-UONPIA, SERT, Salute Mentale, Salute Donna),
- partecipazione ai gruppi di lavoro interistituzionali provinciali e comunali su tali tematiche,
- partecipazione di una pediatra di comunità al Gruppo di Lavoro Regionale per la definizione di linee guida inerenti la somministrazione di farmaci in contesti extra – famigliari, educativi o scolastici in Emilia –Romagna,
- partecipazione di una pediatra di comunità al Tavolo Tecnico Regionale “ Diabete in età pediatrica”.

**Tabella minori con malattie croniche in carico alla PdC - anno 2011**

	Distretto Ovest	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Provincia 2011	Provincia 2010	Provincia 2009	Provincia 2008
N° tot. bambini con malattie croniche seguiti nel 2011* di cui:					<b>441</b>	<b>320</b>	<b>246</b>
diabete mellito tipo I	21	25	20	66	75	69	68
allergia (alimentare + asma)	21	65	45	131	187	122	98
epilessia	11	20	14	45	34	35	19
celiachia	28	5	17	50	55	51	38
cerebropatie gravi		3	4	7	11	9	5
fibrosi cistica	1		3	3	3	4	
patologie emocoagulative	1	3	2	6	8	6	
Sdr Down							
PCI							
Artrite reumatoide			1	1			
Cardiopatie,malattie cardiovascolari		6		6	10		
Patol. Oncoematologiche,neoplasie		2		2		19	18
altro		11	5	16	22		
PAI / ADI 2.4.4.		1		1			1
N° interventi	<b>141</b>	<b>174</b>	<b>406</b>	<b>721</b>	<b>1019</b>	<b>946</b>	<b>993</b>
<b>N° bambini affetti da malattie croniche ogni 1000 abitanti 0-17 anni * seguiti da PdC</b>				<b>15,3</b>	<b>21,8</b>		

\* Totale bambini seguiti dalla Pediatria di Comunità nel corso dell'anno 2011

° Dati calcolati sulla popolazione del distretto Centro-Nord aggiungendo i Comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda che di fatto vengono seguiti dalla Pediatria di Comunità di questo Distretto pur appartenendo al Distretto Ovest

I dati relativi ai bambini cronici sono relativi alle patologie concordate dalla Pediatria di comunità aziendale ed inviati in Regione attraverso la scheda di rilevazione dei dati di attività del settore pediatria di comunità.

Interventi di controllo, informazione, educazione alla salute: partecipazione ad indagini epidemiologiche in collaborazione con l'Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara attraverso la somministrazione agli adolescenti di un questionario su comportamenti alimentari e immagine corporea durante sedute vaccinali appositamente programmate; prevenzione dell'abitudine al fumo attraverso la somministrazione ai genitori di questionari al momento delle terze dosi vaccinali dei figli; informazione sulla vaccinazione e sull'importanza della prevenzione delle infezioni da papilloma virus. Partecipazione alla rilevazione triennale per il monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno provinciale e coordinamento ed elaborazione del report della indagine regionale.

Sostegno dei genitori nella cura dei figli: progetti di tutela della relazione genitori-bambini in gravidanza e nel primo anno di vita, integrati con i punti nascita, M.O. Salute Donna, Centri per le Famiglie Comunali, Pediatri di libera scelta:

- 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, con servizio di baby-sitteraggio per i piccoli, mentre le madri partecipavano agli incontri;

- una rappresentante della Pediatria di Comunità del Distretto Centro-Nord e due del Distretto Sud-Est hanno inoltre partecipato al gruppo regionale di scambi pedagogici;

- nel Distretto Sud Est continua la collaborazione con il "Punto di Ascolto Psicologico per la Gravidanza e il Post parto" per la realizzazione di una rete distrettuale per l'individuazione precoce di stati di disagio delle mamme nel primo anno di vita dei bambini;

- nel 2011 è proseguito nel Distretto Centro Nord, il progetto "Ben arrivato": progetto di accompagnamento e sostegno di genitori di bambini nel 1° anno di vita attivo dal 2008, in ottemperanza alle indicazioni regionali, che vede la collaborazione di 5 diversi servizi, comunali e sanitari:

- per il COMUNE DI FERRARA sono coinvolti il Centro per le Famiglie e il Centro per Bambini e Genitori Piccola Casa dell'U.O. Politiche Familiari e Genitorialità,

- per l'Ausl la Pediatria di Comunità e il Consultorio Salute Donna del Dipartimento Cure primarie e il Servizio di Psicologia Clinica del Dipartimento di Salute Mentale. Il progetto realizza, 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.

Continua l'offerta delle visite domiciliari post-partum alle madri con problemi, segnalate dal personale della Clinica Ostetrica, previo contatto, in reparto, con il personale del Punto di ascolto (assistente sanitaria e/o psicologa) presente al S. Anna. La visita domiciliare ha il compito di suggerire ed individuare ulteriori forme di accompagnamento e sostegno del puerperio (invio accompagnato al "punto d'ascolto", a servizi materno-infantili e/o sociali, consulenza per l'allattamento al seno, ecc.). Qualora si evidenzino specifiche condizioni di rischio si attiverà nella rete dei servizi quello più idoneo ad effettuare l'intervento.

**Attività del PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO "BEN ARRIVATO" 1 gennaio 2009 - 31 dicembre 2011**

	1° sem 2009	2° sem 2009	Anno 2009	1° sem 2010	2° sem 2010	Anno 2010	1° sem 2011	2° sem 2011	Anno 2011
<b>Colloqui</b> in sede al P d'A	19	35	<b>54</b>	44	45	<b>89</b>	57	65	<b>122</b>
<b>Consulenze telefoniche</b>	3	9	<b>12</b>	26	33	<b>59</b>	17	29	<b>46</b>
<b>Visite Domiciliari di cui:</b>	0	0	<b>0</b>	7	25	<b>32</b>	29	33	<b>62</b>
<b>Primi colloqui</b> al P d'A	10	16	<b>26</b>	22	19	<b>41</b>	22	31	<b>53</b>
<b>Prime consulenze telef.</b>	3	7	<b>10</b>	20	22	<b>42</b>	3	12	<b>15</b>
<b>Prime Visite Domiciliari</b>	0	0	<b>0</b>	7	25	<b>32</b>	1	4	<b>57</b>
<b>Incontri pomeridiani</b>	6	6	<b>12</b>	11	3	<b>14</b>	5	3	<b>8</b>
<b>Totale presenze genitori</b>	70	70	<b>140</b>	130	42	<b>172</b>	40	40	<b>80</b>
<b>Totale presenze bambini</b>	61	46	<b>107</b>	86	33	<b>119</b>	23	26	<b>49</b>

#### Accoglienza delle famiglie straniere e dei loro bambini.

Rappresentanti della Pediatria di Comunità partecipano al “Tavolo Tecnico Interaziendale Mediazione Interculturale”, progetto promosso dall’Azienda Ospedaliera e dall’Azienda USL di Ferrara con lo scopo, tra gli altri, di favorire il miglioramento dell’accesso e dell’uso della rete dei servizi sociali e sanitari da parte dei cittadini stranieri.

#### Integrazione ospedale-territorio tra pediatri ospedalieri e pediatra di comunità del Distretto Ovest.

Dal 2010 l'integrazione del pediatra di comunità e dei 2 pediatri ospedalieri è stata formalizzata in un progetto che ha consentito di sopperire alla mancanza di un pediatra, assicurando l'attività presso gli ambulatori vaccinali e il pediatra di comunità ha prestato attività presso il nido della maternità di Cento (visite, cure e dimissioni dei neonati). I vantaggi dell'integrazione sono stati rilevanti: risparmio economico (un pediatra in meno), miglioramento delle competenze professionali, continuità dell'assistenza ai neonati (ad esempio, presa in carico precoce del neonato a rischio). L'integrazione fra servizi ha portato ad un miglioramento delle competenze professionali, alla continuità dell'assistenza ai neonati (ad esempio presa in carico precoce del neonato a rischio).

#### Partecipazione a gruppi/tavoli di lavoro interistituzionali provinciali/regionali sulla salute e tutela dell'infanzia e adolescenza

Oltre alle attività di integrazione interistituzionali, sono state garantite, in accordi con i Distretti, attività istituzionali, assistenziali e formazione previste.

### **Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze patologiche**

Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISMDP) è la struttura operativa dell’Azienda USL di Ferrara che si configura come l’organizzazione di base per l’aggregazione della Psichiatria Adulti (PA), all’interno della quale è integrata anche la Clinica Psichiatrica Universitaria, della Salute Mentale Riabilitazione Infanzia e Adolescenza (SMRIA-UO Neuropsichiatria Infanzia-Adolescenza) e dei Servizi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle Dipendenze Patologiche (Ser.T, Centri Alcolologici, Centri Antifumo). Il Dipartimento 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, dai minori agli adulti;
- garanzia di interventi in regime d’urgenza e programmati;
- prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da uso, abuso, dipendenza da sostanze psicoattive e del gioco d’azzardo patologico.

Nel 2011 il Dipartimento ha completato l’integrazione dei servizi che offrono trattamenti in acuto e riabilitativi sui disturbi mentali, dalla minore età fino agli anziani in un’ottica di integrazione socio-sanitaria anche in rapporto con l’Università.

#### **PSICHIATRIA ADULTI**

Nel 2011 i pazienti che si sono rivolti ai servizi territoriali della Psichiatria Adulti sono stati 7.365, distribuiti per il 50,4% nel distretto Centro Nord, per il 30,5% nel distretto Sud Est e per il 13,4% nel distretto Ovest. La quota degli utenti non residenti raggiunge il 5,8% del totale. I nuovi ingressi rappresentano il 48% dell’utenza complessiva: si tratta in prevalenza di attività sanitarie ambulatoriali (64%), anche se le consulenze ospedaliere rappresentano il 32%. Gli ingressi in reparto hanno riguardato 161 pazienti, il 5% dei nuovi ingressi. I pazienti in carico sono risultati 4.921, il 67% degli utenti trattati, di questi 1.071 (22%) sono risultati nuovi utenti e 3.850 (78%) già in carico da anni precedenti. Il 68% ha seguito un trattamento psichiatrico, il 10% psicoterapico, il 10% un progetto terapeutico complesso, il 12% un trattamento integrato.

Attività Ambulatoriale							
	Centro Nord	Ovest	Sud Est	Non Resid.	2011	2010	Δ %
<b>Numero Utenti Trattati</b>	<b>3.711</b>	<b>985</b>	<b>2.244</b>	<b>425</b>	<b>7.365</b>	<b>7.278</b>	<b>1,20%</b>
<b>Nuovi ingressi</b>	<b>1.807</b>	<b>414</b>	<b>983</b>	<b>311</b>	<b>3.515</b>	<b>3.578</b>	<b>-1,76%</b>
Ingressi Ambulatoriali	1.124	338	682	97	2.241	2.262	-0,93%
Consulenze Ospedaliere	615	59	250	189	1.113	1.173	-5,12%
Ingressi Reparto	68	17	51	25	161	143	12,59%
<b>Pazienti presi in carico</b>	<b>491</b>	<b>164</b>	<b>382</b>	<b>34</b>	<b>1.071</b>	<b>1.172</b>	<b>-8,62%</b>
<b>Pazienti già in carico</b>	<b>1.904</b>	<b>571</b>	<b>1.261</b>	<b>114</b>	<b>3.850</b>	<b>3.700</b>	<b>4,05%</b>
<b>Pazienti in carico TOTALI</b>	<b>2.395</b>	<b>735</b>	<b>1.643</b>	<b>148</b>	<b>4.921</b>	<b>4.872</b>	<b>1,01%</b>
<b>Trattamenti:</b>							
Trattamento psichiatrico	1.158	410	971	64	2.603	2.546	2,24%
Trattamento psicoterapico	237	45	86	19	387	297	30,30%
Trattamento complesso	235	55	63	30	383	389	-1,54%
Trattamento Integrato	274	61	141	1	477	468	1,92%

Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (reparto di 15 posti letto presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero) e il Servizio Psichiatrico Ospedale del Delta (composto da 15 posti letto di breve degenza psichiatrica ad alta valenza assistenziale) sono servizi ospedalieri h. 24 che garantiscono la presenza di guardia medica notturna. I due Servizi ospedalieri rispondono alle necessità cliniche sia dell'urgenza psichiatrica e delle dipendenze patologiche sia dei ricoveri programmati. Il SPDC può accettare ricoveri in TSO, mentre lo SPOD attua solo ricoveri volontari. Il ricovero ospedaliero medio dura circa due settimane. Le due strutture hanno il compito di garantire l'attività di consulenza psichiatrica e il collegamento con i reparti ospedalieri. All'interno della Struttura Complessa Clinica Psichiatrica Urgenza Emergenza è presente anche un'attività strutturata per interventi integrati di tipo psico-oncologico. Questi due reparti di psichiatria adulti accolgono anche ricoveri urgenti e programmati per pazienti con disturbi da abuso di sostanze, inviati al SerT; il reparto SPOD, che ha le porte aperte, garantisce anche un ricovero programmato per adolescenti con disturbo mentale su invio della Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza. Nel 2011 è stata attivata la gestione coordinata tra lo SPOD e i SERT di un posto letto nel reparto, destinato a pazienti che necessitano di ospedalizzazione programmata, per approfondimenti psichiatrici diagnostici e/o terapeutici, per la gestione della disassuefazione da alcol coordinata dal reparto di gastroenterologia e il distacco ambientale.

Ricoveri ospedalieri							
	Centro Nord	Ovest	Sud Est	Non Resid.	2011	2010	Δ %
<b>Ricoveri Ospedalieri SPDC/SPOD (Dipartimentali)</b>							
Numero Ricoveri	466	99	322	61	948	924	2,60%
GG Degenza	5.783	1.479	3.338	212	10.812	11.111	-2,67%
Pazienti ricoverati	287	64	191	41	583	575	-0,30%
<b>Ricoveri Ospedalieri SPOI (nelle Case di Cura Accreditate)</b>							
Numero Ricoveri	6	6	3	0	15	13	15,38%
GG Degenza	115	83	61	0	259	250	3,60%
Pazienti ricoverati	6	6	3	0	15	13	15,38%

Il DAISMDP gestisce due residenze psichiatriche a trattamento intensivo (RTI): La "Luna" (a Ferrara) e la "Franco Basaglia" (a Portomaggiore), che dispongono di 16 posti letto ciascuna; sono in relazione sia con le due strutture ospedaliere (dalle quali possono ricevere pazienti), sia con le strutture territoriali, per i ricoveri programmati. Le residenze rispondono alla necessità clinica di stabilizzare il quadro clinico acuto psicopatologico e di iniziare percorsi riabilitativi con approccio

bio-psico-sociale. Il ricovero medio presso queste residenze ha la durata di circa 45 giorni. La Residenza a Trattamento Protratto (RTP) "Il Convento" (a Ferrara), dispone di 30 posti letto, fornisce trattamenti riabilitativi prolungati (6-36 mesi) a pazienti affetti da disturbi psichiatrici gravi in fase sub acuta e/o cronica, con lunga storia di malattia e di ricoveri psichiatrici. I pazienti presenti nelle strutture residenziali dipartimentali nel 2011 sono risultati 176, il 4% in meno rispetto all'anno precedente, con una media di 132 giornate di degenza. Le strutture residenziali del Dipartimento a gestione diretta non soddisfano completamente i bisogni assistenziali della popolazione, pertanto il DAI SM DP utilizza altri posti letto esterni con pagamento della retta. In particolare l'area Psichiatria Adulti e l'area della Salute Mentale Infanzia Adolescenza utilizzano alcune strutture socio-riabilitative ed assistenziali gestite dal privato sociale. Per l'assistenza residenziale psichiatrica intensiva e/o protratta il Dipartimento si avvale delle convenzioni con le Case di Cura accreditate. Le strutture ospedaliere-residenziali del Dipartimento dispongono in totale di 92 posti letto (a gestione diretta) e sono in rete tra loro; un "gruppo di lavoro e di regia" dipartimentale analizza costantemente i volumi dei ricoveri annuali, studia i percorsi dei ricoveri, la loro appropriatezza ed aggiorna protocolli, procedure ed istruzioni operative. Nel 2011 sono stati inseriti nelle Case di Cura accreditate 72 pazienti, il 5% in meno rispetto al 2010, con una media di 31 giornate di assistenza.

Ricoveri residenziali							
	Centro Nord	Ovest	Sud Est	Non Resid.	2011	2010	Δ %
<b>Ricoveri Residenziali - (Dipartimentali: Residenze Luna, Basaglia e Convento)</b>							
Numero Ricoveri	163	35	78	0	276	269	-2,60%
GG Degenza	14.348	3.528	5.279	0	23.155	23.000	0,77%
Pazienti ricoverati	107	27	42	0	176	188	-3,72%
<b>Ricoveri Residenziali (RTI-RTP-RTISP nelle Case di Cura Accreditate)</b>							
Numero Ricoveri	33	20	30	0	83	91	-6,59%
GG Degenza	873	624	762	0	2.259	2.731	-15,82%
Pazienti ricoverati	32	17	23	0	72	78	-5,13%

Consulenze ospedaliere							
	Centro Nord	Ovest	Sud Est	Non Resid.	2011	2010	Δ %
<b>Consulenze Az. Osp. Ferrara</b>	1.280	170	607	332	2.389	2.472	-3,36%
<b>Consulenze in altri ospedali</b>	15	33	77	21	146	171	-14,62%

Ricoveri in retta			
	2011	2010	Δ %
<b>Ricoveri in Retta - non O.P.</b>			
Numero Ricoveri	115	110	4,55%
GG Degenza	33.200	28.512	16,44%
<b>Ricoveri in Retta - ex O.P.</b>			
Numero Ricoveri	135	143	-5,59%
GG Degenza	48.171	50.431	-4,48%

Di seguito vengono elencati alcuni progetti che il Dipartimento sta realizzando seguendo le Linee di indirizzo regionali.

Programma salute mentale nell'istituto penitenziario: come previsto dalla normativa vigente, continua l'attività nell'ambito della Sanità Penitenziaria afferita al Dipartimento di Cure Primarie del Distretto Centro Nord. Le attività curative che il Dipartimento di Salute Mentale svolge all'interno del carcere sono inerenti ai cittadini con diagnosi psichiatriche, a quelli con disturbi da abuso e nel corso del 2011 anche a quei detenuti per reati sessuali causati da problemi psicopatologici.

Questa attività dipartimentale di salute mentale viene attuata in stretta collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie. Una delle attività specialistiche ambulatoriali è garantita quindi dal DAI SM DP (con psichiatri, psicologi e medici SerT, assieme alle altre specialistiche: Cardiologia, Otorinolaringoiatria, Dermatologia, Pneumologia). Un altro progetto è quello che riguarda l'accoglienza presso le Comunità Terapeutica per i detenuti con problematiche di tossicodipendenza (SerT) che possono usufruire dei benefici della legge sugli arresti domiciliari. Infine il Progetto Nuovi Giunti, progetto di "qualità" del sistema penitenziario, è rivolto ai detenuti nel loro primo accesso all'istituzione e prevede: colloqui con lo psicologo, valutazione medico SIAS, discussione del caso in équipe con il Direttore del carcere, generi di conforto.

Riorganizzazione Gruppi Appartamento e Unità Abitative supportate: La Psichiatria Adulti mette in atto diagnosi e trattamenti precoci nei riguardi dei disturbi psichiatrici utilizzando in particolar modo percorsi curativi riabilitativi di tipo ambulatoriale e semiresidenziale. Una quota di questi disturbi ha una evoluzione sfavorevole nei soggetti portatori, determinando una riduzione delle abilità psicosociali competenti per l'autonomia individuale nelle nicchie relazionali. Per questo motivo in provincia di Ferrara nel corso degli anni è aumentato il numero di cittadini che necessitano di un trattamento terapeutico-riabilitativo prolungato nel tempo a causa di gravi disturbi della personalità e/o dello spettro schizofrenico. Questo trend richiede notevoli risorse specialistiche sull'asse riabilitativo delle Residenze psichiatriche, sull'asse del binomio casa-lavoro e della riabilitazione "in vivo" nel territorio, con un comprensibile aggravio economico (mobilità passiva, posti letto in Residenza psichiatrica, borse lavoro e sussidi di supporto, gruppi appartamento, unità abitative supportate, ecc.). In questi pazienti il carico emotivo familiare, soggettivo ed oggettivo, risulta particolarmente gravoso, con un aumento delle richieste sia di "aiuto ed affido" dalla famiglia, sia di collaborazione con il Servizio.

Nel 2010 sono stati implementati 3 nuove Unità Abitative nei quartieri di Ferrara, sull'asse della prevenzione al ricovero ospedaliero e residenziale. Nel corso del 2011 sono state realizzate altre 2 Unità abitative, supportate da operatori, per rispondere con maggior efficacia ed efficienza a questi problemi riabilitativi.

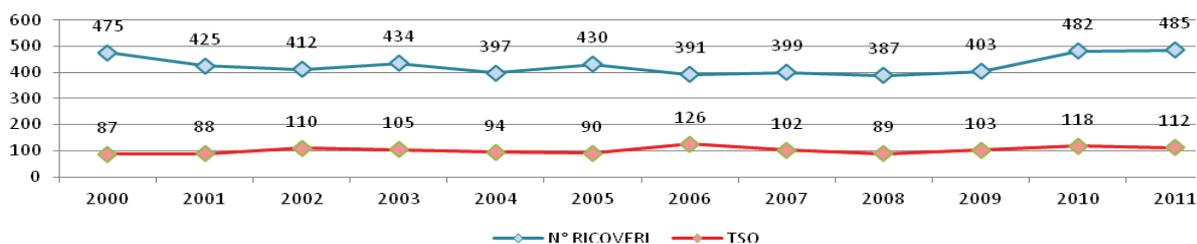
Procedure di gestione del Rischio Clinico: Nel 2011 si è proceduto al consolidamento delle procedure di gestione del rischio clinico, con particolare riguardo all'alimentazione del data base regionale dell'Incident Reporting e alla corretta tenuta della documentazione sanitaria. Se gli eventi avversi hanno le caratteristiche di gravità da diventare "eventi sentinella" vengono attuate Root Cause Analysis (RCA): si tratta di una analisi effettuata da un gruppo di specialisti su "come e perché" quel tipo di evento si è verificato e come sarà possibile cercarlo di evitarlo in futuro.

Comitato Utenti Famiglie Operatori (CUFO): Continua l'attività del Comitato Utenti Famiglie Operatori (CUFO) che nel corso del 2011 ha effettuato incontri per affrontare i problemi che i percorsi curativi e riabilitativi possono incontrare: qualità dei prodotti erogati, percorsi organizzativi, soddisfazione di famigliari-utenti e operatori, sicurezza di utenti e operatori. Questi incontri sono stati anche l'occasione per l'attivazione di alcuni progetti di cura condivisi e co-gestiti tra famigliari, pazienti e operatori psichiatrici.

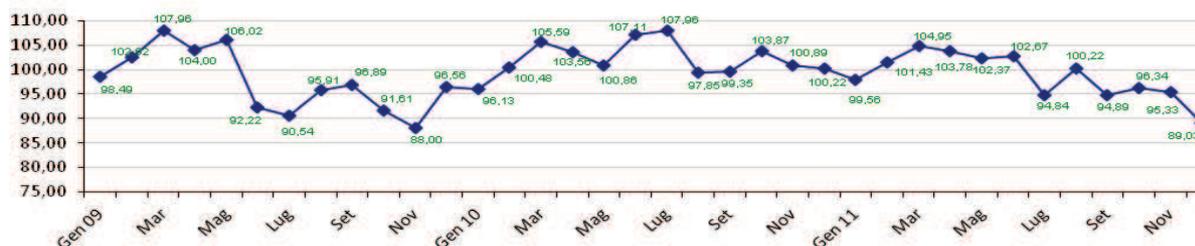
#### Servizio psichiatrico Diagnosi e Cura

L'applicazione del nuovo protocollo del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) condiviso con diversi "soggetti" (Psichiatria adulti, Servizi del 118, Polizia Municipale e Forze dell'Ordine), mira alla prevenzione di eventi critici maggiori. Nel protocollo di esecuzione del TSO è stata inserita una scheda di valutazione del rischio clinico (Historical Clinical Risk Management) che valuta il paziente in base al rischio di comportamenti violenti. Nel corso del 2011 sono continuati gli incontri del gruppo di regia e controllo dei ricoveri psichiatrici, a gestione diretta o in retta composto da operatori del SPDC, dello SPOD, delle Residenze a trattamento intensivo e di SPT, al fine di migliorare l'integrazione intradipartimentale e rispondere in maniera efficiente ai ricoveri in urgenza, oltre che a quelli programmati. Gli incontri del gruppo di regia si pongono l'obiettivo di ammodernare le procedure tra le varie strutture, di controllare l'appropriatezza e il numero di eventi avversi.

### S.P.D.C. Ferrara - Andamento Ricoveri/TSO - Periodo 2000-2011



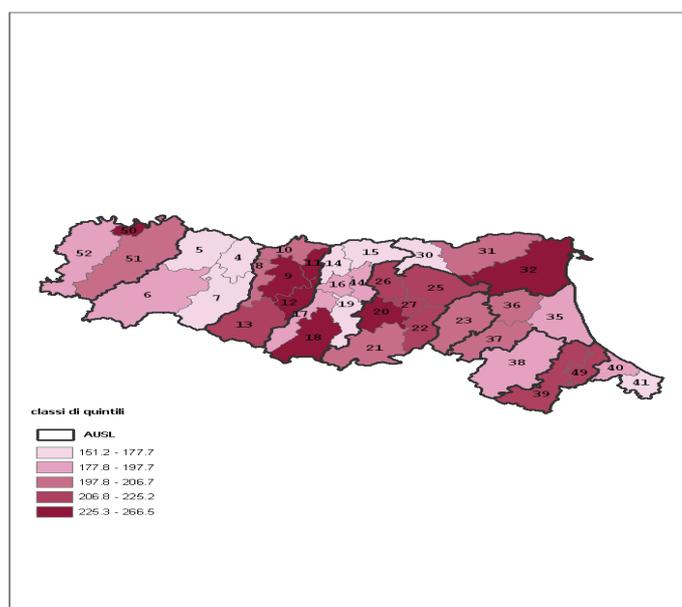
### S.P.D.C. Ferrara - Occupazione posti letto - Periodo 2009-2011



### S.P.D.C. Ferrara - Presenza media giornaliera - Periodo 2009-2011



Distribuzione del tasso grezzo di persone trattate dai Dipartimenti di salute mentale \* 10.000 abitanti per classi quintili. Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, 2011<sup>7</sup>.



<sup>7</sup> Fonte: Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. Codici distrettuali dell'Ausl di Ferrara: 30=Ovest, 31=Centro-Nord, 32=Sud-Est.

La prevalenza degli utenti trattati si posiziona al primo quintile inferiore nel Distretto Ovest, mentre quella maggiore è nel Distretto Sud-Est. Le motivazioni possono essere ricercate nel primo caso nella favorevole condizione socio-economica e nella collocazione geografica del Distretto, che rende possibile rivolgersi a strutture di altre province; nel secondo caso, nelle sfavorevoli condizioni socio-economiche e nell'elevata percentuale di anziani.

## SERVIZI PER LA PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il trattamento e la riabilitazione della dipendenza da sostanze legali ed illegali sono assicurate dal Servizio Sanitario Regionale attraverso i competenti servizi delle Aziende USL (SerT) e le strutture gestite dagli Enti del privato sociale accreditato. Le prestazioni erogate rientrano nei livelli essenziali dell'assistenza socio-sanitaria ad alta integrazione sanitaria (LEA).

### Il Servizio Tossicodipendenze

Il SerT svolge attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da uso/abuso, dipendenza da sostanze psicoattive, legali e illegali (droghe, alcol, tabacco). Su tutto il territorio provinciale è attivo anche 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.

All'interno del SerT opera un'équipe multidisciplinare, composta da professionisti di differenti competenze (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, assistenti sanitari), per garantire una presa in carico globale ed unitaria che valorizza la centralità della persona, occupandosi dei suoi problemi con un approccio biopsicosociale.

Particolare attenzione è rivolta alla prevenzione delle malattie infettive, alle patologie croniche correlate all'abuso di sostanze, alla qualità della vita e all'integrazione sociale della persona.

Utenti SERT	Ovest	Centro Nord	Sud Est	Totale 2011	Totale 2010
<b>Utenti totali:</b>	<b>282</b>	<b>1.392</b>	<b>772</b>	<b>2.446</b>	<b>2.503</b>
Utenti con programma terapeutico in corso	186	980	448	1.614	1.694
Utenti in appoggio da SerT extra territoriali	39	113	107	259	244
Utenti con prestazioni nell'anno	57	299	217	573	565
<b>Utenti con programma terapeutico in corso distinti per area problematica:</b>					
Droghe	133	578	268	979	1.039
Alcol	52	251	152	455	467
Tabacco	0	102	22	124	144
Gioco d'azzardo	1	49	6	56	44

Nel 2011 i servizi per le dipendenze patologiche hanno risposto alla domanda proveniente da 2.446 utenti, 1.614 (66%) hanno seguito un programma terapeutico individuale, 259 (10,6%) si sono rivolti al servizio per la prosecuzione della terapia farmacologica nei periodi di allontanamento dal territorio di residenza (appoggio da SerT extra territoriali), 573 (23,4%) hanno ricevuto prestazioni in fase di osservazione e diagnosi o in fase di post dimissione o consulenza.

I soggetti in trattamento terapeutico per il 52,3% (n. 979) presentano un consumo problematico o una dipendenza da sostanze psicoattive, droghe assunte singolarmente o in concomitanza ad altre (poliabuso), il 24,3% (n. 455) ha problemi correlati al consumo di alcol, il 6,6% (n. 124) ha seguito un corso per smettere di fumare e il 3% (n. 56) è stato trattato per problemi legati al gioco d'azzardo patologico. I SerT del distretto Centro Nord (Ferrara e Copparo) hanno seguito con programma terapeutico 980 pazienti, di cui 578 con problemi legati al consumo o dipendenza da droga (60%), 251 alcolisti (25,6%), 102 tabagisti (10,9%), 49 con gioco d'azzardo patologico (5%). Gli utenti provenienti da SerT extraprovinciali sono stati 113 con un rapporto di 1 ogni 9 pazienti in carico. I SerT del distretto Sud Est (Codigoro e Portomaggiore) hanno seguito 448 utenti, di cui 268 dipendenti da sostanze illegali (59,8%), 152 alcolisti (33,9%), 22 tabagisti (4,9%), 6 giocatori (1,3%). Gli utenti in appoggio provenienti da SerT extraprovinciali per continuità terapeutica sono stati 107 con un rapporto di 1 ogni 4 pazienti in carico.

Il SerT del distretto Ovest (Cento) ha risposto alla domanda di trattamento di 186 pazienti, di cui 133 tossicodipendenti (71,5%), 52 alcolisti (27,9%). Al servizio sono transitati 39 soggetti provenienti da altri SerT fuori provincia (1:3).

Accesso differenziato per Adolescenti e Giovani al SerT: Per facilitare gli accessi al sistema di cura, in risposta all'aumento del consumo di sostanze tra la popolazione giovanile, i servizi hanno attivato percorsi di presa in carico specifici diretti agli adolescenti attivando un'équipe multidisciplinare dedicata al fine di agire precocemente, in una fase di uso non stabilizzato di sostanze psicoattive. Il percorso è rivolto a tutti i giovani di età compresa tra i 14 e i 24 anni che a vario titolo si rivolgono al SerT.

Nel 2011 il SerT di Ferrara ha effettuato l'accoglienza di 18 adolescenti (fascia di età 14-24 anni) e ha avuto in carico nel corso dell'anno 41 utenti nella stessa fascia di età: 5 di questi ultimi risultavano ancora minorenni. Esclusi i casi provenienti dalla Prefettura, che costituiscono circa il 15% degli invii, la maggior parte degli adolescenti che afferiscono al SerT arriva autonomamente e solo in piccola percentuale inviata da altri servizi (SMRIA, Servizio Sociale, Psichiatria, Ospedale, Medico Curante, Carcere). La maggioranza di loro si presenta da solo, mentre i minori arrivano accompagnati da uno o entrambi i genitori. L'età di prima assunzione delle sostanze riferita dalla maggior parte degli adolescenti si colloca perlopiù tra i 16 e i 18 anni; la sostanza primaria d'abuso è l'eroina fumata, la cocaina e cannabinoidi sono le principali sostanze d'abuso secondarie. In generale gli adolescenti riferiscono di avere sperimentato molte sostanze e di proseguire nel tempo nel poliabuso delle stesse.

Nel SerT di Copparo nel corso del 2011 sono stati seguiti 38 giovani inviati dalla Prefettura (per gli articoli 121 e 75) e dalle altre agenzie del territorio, 14 di questi sono entrati nel Gruppo Giovani (2 ragazze e 12 ragazzi). Il primo stadio di lavoro con i ragazzi consiste in un sostegno individuale di tipo psico-educazionale. Nei SerT di Codigoro e di Portomaggiore nel corso dell'anno 2011 sono stati 51 i nuovi utenti nella fascia d'età 14-24 anni che hanno preso contatto (spontaneamente o su invio di altri Servizi o Prefettura) con gli operatori; ulteriori 9 pazienti già conosciuti ai Servizi hanno ripreso contatti nel corso del 2011. In totale sono 39 le persone che i Servizi hanno avuto in carico nell'anno per il range anagrafico rilevato. Per i pazienti in questa fascia d'età, l'équipe cerca di coinvolgere attivamente la famiglia, considerandola una risorsa possibile all'interno del percorso terapeutico e clinico del giovane.

Percorsi terapeutici: oltre ai percorsi terapeutici strutturati negli anni, i SerT offrono trattamenti per la disassuefazione dal fumo e programmi terapeutici per la dipendenza dal gioco d'azzardo. L'associazione di questi trattamenti può perseguire obiettivi diversi, che vanno dal superamento della dipendenza, alla riduzione del problema e delle recidive, alla tutela della salute, fino all'integrazione sociale e lavorativa dell'utente. Nell'ultimo anno gli utenti dei SerT hanno seguito in prevalenza trattamenti farmacologici (24,6%) e sanitari (30,9%), associati ad interventi socio-educativi (19,4%) o di sostegno psicologico (15,3%); il 9,8% ha seguito un trattamento trasversale a tutte le offerte del servizio.

Utenti in carico distinti per trattamento	Ovest	Centro Nord	Sud Est	2011		2010	
Trattamento farmacologico	120	579	188	<b>887</b>	24,6%	<b>909</b>	23,9%
Trattamento sanitario	141	576	398	<b>1.115</b>	30,9%	<b>1.192</b>	31,4%
Trattamento psicologico-psicoterapico	38	339	173	<b>550</b>	15,3%	<b>610</b>	16,1%
Trattamento socio-educativo	85	302	314	<b>701</b>	19,4%	<b>716</b>	18,8%
Trattamento trasversale	17	248	88	<b>353</b>	9,8%	<b>372</b>	9,8%

Monitoraggio della salute e delle malattie infettive: lo screening per il monitoraggio prevede, ad ogni accesso o riammissione di utenza identificata, un percorso di valutazione sanitaria e monitoraggio dello stato di salute, che comprende routine degli esami ematochimici e routine HIV, HBV, HCV, HAV. Ai pazienti in trattamento con metadone cloridrato con dosaggi maggiori o uguali a mg 100 pro/die viene proposta una visita cardiologica e un elettrocardiogramma. Ai pazienti con

diagnosi ICD 10 <sup>8</sup>in F14, eventuale valutazione ORL, elettrocardiogramma (Rx-Torace 2P più eventuale prova da sforzo) e visita cardiologia. La routine di base è ripetuta annualmente.

Monitoraggio dello stato di salute	% Nuova utenza sottoposta a screening	% Utenza già in carico sottoposta a screening
Centro Nord	81,9%	48%
Ovest	92,8%	49%
Sud Est	80,7%	57%
<b>Totale</b>	<b>82,0%</b>	<b>51%</b>

Percorsi Residenziali e Semiresidenziali: sul territorio provinciale le strutture accreditate per il trattamento dei soggetti dipendenti da sostanze d'abuso offrono sia i tradizionali percorsi terapeutici e pedagogici (3 Strutture residenziali a tipologia terapeutico-riabilitativo; 1 Struttura residenziale a tipologia pedagogico-riabilitativo), sia trattamenti specialistici che rispondono a particolari bisogni assistenziali e di cura legati alla tipologia dei soggetti: una Struttura madre-bambino che accoglie donne tossicodipendenti con figli minori e un Centro di Osservazione e Diagnosi per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica. L'accesso alle strutture avviene tramite l'invio dal SerT che sulla base dei criteri di eleggibilità definiti dalla struttura individua il percorso più appropriato per i bisogni di salute specifici del paziente. In casi particolari gli invii possono essere effettuati anche da Enti Locali e dal Ministero di Giustizia (per i soggetti in carcere). L'onere della prestazione è a carico dell'AUSL (SerT) che definisce, di concerto con la struttura, il piano terapeutico del paziente e le modalità per la verifica dei risultati raggiunti (indicatori e standard di prodotto).

Inserimenti di pazienti SerT in strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali	2011	2010
<b>Inserimenti presso Enti Accreditati Regionali</b>		
Soggetti inseriti	91	99
Numero di ricoveri	105	117
Giornate totali	11.451	13.073
<b>Inserimenti presso Altri Enti</b>		
Soggetti inseriti	13	16
Numero di ricoveri	13	17
Giornate totali	2.565	2.922
<b>Inserimenti di soggetti agli arresti domiciliari</b>		
Soggetti inseriti	12	6
Numero di ricoveri	14	6
Giornate totali	2.269	978

Il nuovo programma regionale dipendenze patologiche (DGR n. 999/2011) orienta i Programmi Aziendali verso la programmazione congiunta con le strutture residenziali.

Il Programma Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Ferrara nell'Accordo economico con gli Enti Ausiliari Accreditati ha definito il fabbisogno dei percorsi clinico-terapeutici degli utenti; ha stipulato gli accordi di fornitura e ne ha predisposto il loro monitoraggio; ha definito un piano di garanzia dell'appropriatezza dei percorsi terapeutici in struttura; ha pianificato la formazione degli operatori SerT-Strutture congiunta.

Assistenza alle persone detenute: a livello aziendale è operativa un'équipe carcere che garantisce la continuità della cura dei soggetti con dipendenza da sostanze già in carico al servizio nel periodo di carcerazione.

<sup>8</sup> Capitolo V, gruppo F10-19, sindromi e disturbi comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive, codici F10, F11, F12, F13, F14, F16, F18, F19.

UTENTI CON TRATTAMENTO IN CARCERE	2011
<b>Totale soggetti con dipendenza in trattamento in carcere</b>	<b>67</b>
Trattamento farmacologico	5
Trattamento con sostitutivo	16
Solo trattamento psicosociale	47
Trattamento farmacologico e psicosociale	15
Trattamento con sostitutivo integrato	14

### Interventi di Promozione della Salute, Prevenzione, Integrazione Socio-Sanitaria

Nel corso degli anni scolastici 2010-2011, 2011/2012 le attività di *prevenzione e promozione della salute* nella comunità locale hanno riguardato lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione sui comportamenti a rischio e la promozione di stili di vita sani, il coordinamento di una rete istituzionale al fine di programmare e realizzare interventi in contesti strutturati (scuole), la formazione rivolta a soggetti attivi nell'ambito del territorio, l'implementazione di spazi di ascolto rivolti ai giovani a livello territoriale, le attività rivolte ai genitori con progetti/programmi di incontri informativi/formativi e di consulenza.

Nei contesti scolastici laddove sono rilevabili segni e sintomi predittivi tali da dover considerare alto il rischio per quanto riguarda lo sviluppo futuro di un disturbo sono attivati *interventi preventivi selettivi*. Si tratta di interventi che rivolgono lo sguardo al ruolo attivo che i singoli e la comunità possono avere nell'influenzare gli stili di vita, riconoscendo e sostenendo le risorse che possono funzionare da "fattori protettivi".

1. Punto di vista: l'operatore a scuola: il progetto "Punto di vista", coordinato da Promeco per i territori del distretto Centro Nord e Ovest, ha garantito negli anni scolastici 2010/2011 e 2011/2012 la presenza di un operatore (psicologo scolastico, educatore professionale, pedagogista), all'interno delle scuole secondarie di I e II grado con compiti di supporto agli insegnanti, alla direzione didattica, agli studenti e ai genitori. Per il distretto Sud Est l'attività di prevenzione è stata promossa dal SerT territoriale in collaborazione con i Comuni del territorio, attraverso azioni di prevenzione universale previste dai Programmi di Prevenzione regionali specifici sulle sostanze e la presenza nelle scuole di II grado di uno psicologo per la consulenza individuale con studenti, docenti e genitori. Tutte le azioni di prevenzione sono integrate con gli Spazi Giovani presenti nei tre distretti. Nell'ottica della trasversalità delle problematiche adolescenziali gli interventi di prevenzione si sono potenziati nel tempo su problematiche relative alle relazioni tra pari (prevaricazioni, violenze), all'affettività e sessualità e all'abbandono scolastico. Nello specifico nel distretto Centro Nord grazie alla convenzione con il Comune di Ferrara e l'Amministrazione provinciale di Ferrara sono stati finanziati progetti specifici che hanno coinvolto la maggior parte degli istituti del territorio.
2. Progetto Essere genitori di adolescenti: spazio di consulenza: il servizio offre consulenza educativa ai genitori di ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 18 anni che nel percorso di crescita incontrano difficoltà a livello relazionale, comportamentale e motivazionale. Il servizio di consulenza per famiglie lavora strettamente in contatto con altri progetti di Promeco (Punto di Vista) e con tutte quelle agenzie del territorio che possono essere a contatto con genitori di ragazzi adolescenti (Centro Famiglie del Comune di Ferrara, Spazio Giovani, MMG e Pediatri di Comunità). Nell'anno 2011 sono state organizzate anche tre conferenze per famiglie di un Istituto Comprensivo della città coinvolgendo circa 480 persone su tematiche riguardanti il rapporto tra adulto, scuola e adolescente.
3. Progetto Asterix: Interventi Precoci in Adolescenza: offre interventi precoci in adolescenza integrati tra Spazio Giovani, SerT, Promeco e i servizi di prossimità. Il progetto utilizza una metodologia di lavoro che integra parola, corpo, mente ed emozioni, secondo l'approccio biosistemico.
4. Servizi di Prossimità  
Con le Unità di strada 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.
5. Interventi di prevenzione dei comportamenti a rischio nei luoghi del divertimento: 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. A tal proposito sono stati realizzati diversi progetti educativi sul tema (*Progetto "Mondo della notte, Progetto Chill-out, "Ai lidi col camper - Passa la Chiave a Bob"*).
  6. Interventi di prevenzione secondaria/selettiva nei contesti di aggregazione giovanile, nelle scuole e autoscuole: di fronte al tendenziale aumento del consumo di tabacco che coinvolge sempre più le fasce giovanili della popolazione, l'Unità di strada del distretto Centro Nord ha predisposto una serie di interventi volti ad informare e sensibilizzare le giovani generazioni sui danni legati alla dipendenza da tabacco (*Progetto "picometro", Progetto "don't drink and drive", Progetto Zeroalcolmenosedici, Interventi educativi in Scuole professionali, Interventi educativi in Scuole private*).
  7. Interventi di riduzione del danno negli spazi pubblici con marginalità sociale: prevedono il monitoraggio dei luoghi del territorio considerati più a rischio per utilizzo e spaccio di sostanze, il contenimento dei problemi più rilevanti di chi è già in una situazione di dipendenza, la riduzione dei rischi di infezione e di malattie nei soggetti che fanno uso di sostanze (*Progetto Piazzale Castellina*).
  8. Interventi diretti agli utenti in carico al SerT: nel corso del 2011 sono state strutturate progettualità specifiche di supporto e accompagnamento rivolte a 3 utenti donne in carico al Servizio per problematiche riguardanti la dipendenza da alcol e sostanze.

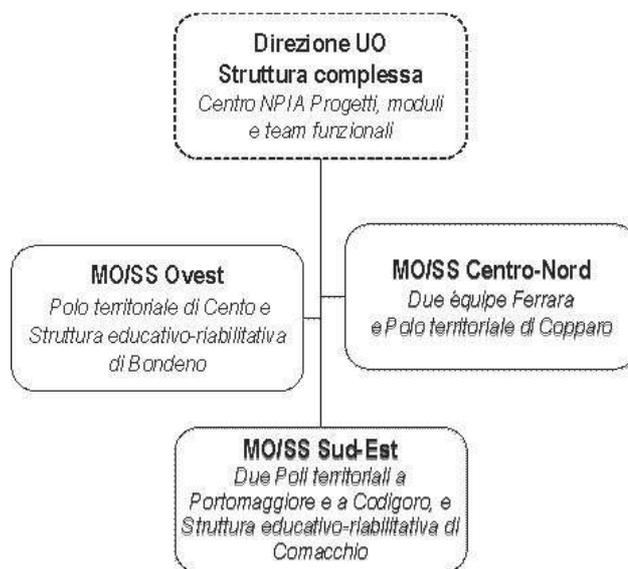
## SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE INFANZIA E ADOLESCENZA

Nella provincia di Ferrara l'attività di neuropsichiatria e psicologia clinica dell'infanzia-adolescenza è denominata Salute Mentale e Riabilitazione Infanzia-Adolescenza ed è erogata dall'Ausl tramite una Struttura Complessa del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

L'organizzazione di SMRIA integra l'articolazione in aree distrettuali gruppi professionali e team funzionali in una configurazione compatibile con l'accreditamento regionale. Le strutture comprendono il Centro di NPIA Messidoro, quattro Poli di erogazione territoriale a Copparo, Codigoro, Porto maggiore e Cento, e due Strutture per l'erogazione di trattamenti educativo-riabilitativi a Comacchio e Bondeno

I problemi trattati dalle équipe territoriali multidisciplinari possono essere discussi e affrontati a un livello maggiormente specialistico a livello di team funzionale. La tabella elenca i sei raggruppamenti in cui si suddividono in modo non rigido le competenze relative alle disabilità neuromotorie, psichiche e sensoriali, le patologie neurologiche, i disturbi specifici dell'apprendimento, i disturbi specifici della comunicazione e del linguaggio, i disturbi della sfera affettiva, emozionale e relazionale del bambino e dell'adolescente, anche all'interno del suo nucleo familiare. Nei team funzionali trovano realizzazione i progetti speciali regionali riguardanti la disattenzione-iperattività (ADHD), lo spettro autistico, i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), i disturbi del comportamento alimentare (DCA) gli interventi relativi all'applicazione della Legge 104/92 per la tutela e l'integrazione degli alunni portatori di

### Smria Uonpia 2012



disabilità e le consulenze specialistiche per il Tribunale dei Minori, varie Istituzioni Sanitarie, Educative e altre Agenzie Sociali.

Team funzionale	Aree tematiche
Neuroscienze cliniche	Disordini specifici motori, sensoriali e del linguaggio. Consulenze 2° livello neuromotorio e neurosensoriale, interfaccia con l'associazionismo volontario specifico
Sviluppo neuropsichico	Disabilità intellettiva e autistica. Disordini dello spettro autistico, ovvero pervasivi dello sviluppo, Programma regionale autismo (livello spoke nella terminologia regionale). Disabilità intellettive (ritardo mentale)
Scuola	Percorso legge 104/92; Disordini specifici dell'apprendimento (DSA = dislessia, discalculia, disordine della coordinazione motoria); ADHD, Disattenzione/ipertattività; interfaccia con gli istituti scolastici
Liaison ospedale-territorio	Consulenze ospedaliere programmate; Disordini del comportamento alimentare e altri disordini a forte componente psicosomatica. Continuità ospedale-territorio nel settore della psicopatologia (TIN, DCA, consulenze programmate alle pediatrie, pronto soccorso, discussione sulle urgenze-emergenze, collaborazione con strutture non-pubbliche)
Tutela e rischio clinico	Percorsi abuso, affidamento, adozioni; Questioni medico-legali. Maltrattamento (sia abuso, sia negligenza), Genitorialità biologica, affidataria e adottiva, Rischio clinico
Adolescenza e continuità con i servizi per adulti	Disagio teenage; esordio psicotico precoce; psicofarmacologia. Adolescenti, Interventi manualizzati (psicoterapie, farmacoterapia, gruppi), Rapporti con le agenzie di filtro della psicopatologia giovanile (consultorio giovani, scuole superiori, SerT, medicina di base, ecc.)

In sintesi, l'obiettivo dell'UO comprende la prevenzione delle conseguenze sociali e sanitarie in età adulta del disagio e della disabilità riscontrate nell'infanzia-adolescenza. Interventi tempestivi possono infatti mitigare i fattori genetici e ambientali alla base delle condizioni e complicazioni patologiche future.

#### Percorsi di accoglienza, valutazione e trattamento di Smria

L'accesso tempestivo al servizio infanzia-adolescenza quando si sospetta un disagio psichico o una diversità neurologica è il modo più efficace di affrontare il problema delle loro eventuali conseguenze. Ai genitori che si rivolgono a Smria-Uonpia è offerto un colloquio informativo di accesso da parte di un dirigente medico o psicologo liberamente prenotabile presso tutte le sedi CUP o telefonicamente. Dopo la prima valutazione d'équipe territoriale, i casi e i percorsi più complessi vengono portati al livello di approfondimento dei *team funzionali*: adolescenza, liaison ospedale-territorio, neuroscienze cliniche, scuola, sviluppo, tutela-rischio. Nelle équipe territoriali e nei team funzionali sono rappresentati tutti i *gruppi professionali* dell'UO: medici neuropsichiatri, psicologi, terapisti della riabilitazione, logopedisti, fisioterapisti ed educatori professionali. Sono anche presenti figure con funzioni di supporto amministrativo non clinico.

Ogni mese accedono a Smria 100-120 nuovi utenti, incluse le urgenze sanitarie e i percorsi sociali. Le figure 1 e 2 mostrano i giorni di attesa per il colloquio informativo di accesso. A ogni linea corrisponde una particolare "agenda CUP", ovvero un'équipe territoriale. Si osserva che l'attesa è maggiore nei primi mesi dell'anno e inferiore nei mesi estivi. Vi è un aumento nel valore mediano da 28 giorni nel 2010 a 53 giorni nel 2011.

Fig. 1 - Giorni di attesa per il colloquio informativo di accesso nel 2010 (mediana delle rilevazioni 28 giorni)

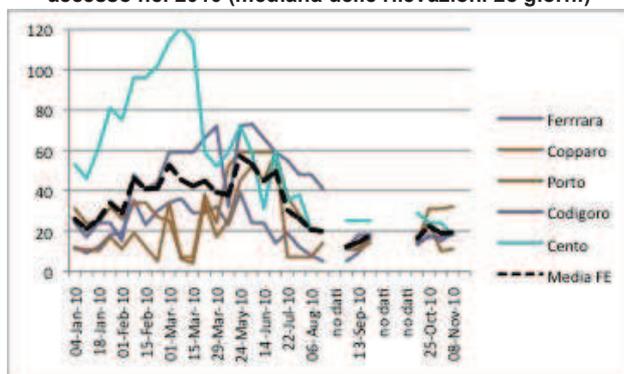


Fig. 2 - Giorni di attesa per il colloquio informativo di accesso nel 2011 (mediana delle rilevazioni 53 giorni)

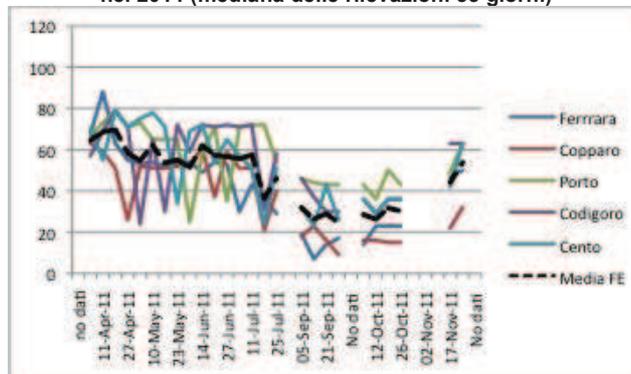
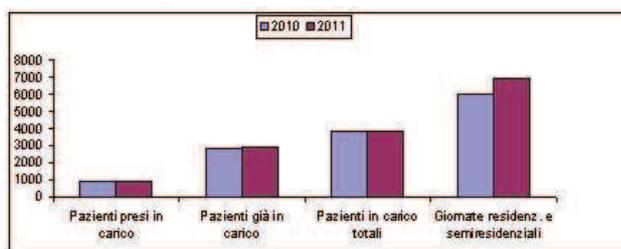


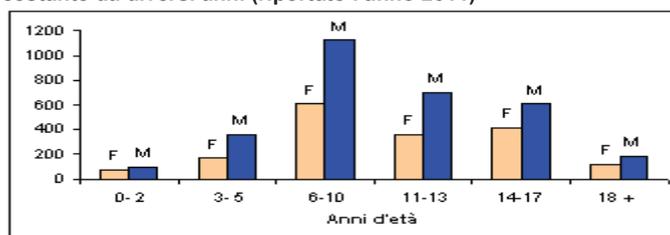
Fig. 3 – A parità di pazienti, rispetto al 2010, nel 2011 vi è incremento nei giorni residenziali e semiresidenziali



La figura 3 indica una sostanziale costanza nel numero di pazienti nuovi, vecchi e totali, seguiti dall'UO. Vi è invece incremento nel numero di giornate residenziali e semiresidenziali a fronte di una diminuzione delle prestazioni totali erogate (v. tabella successiva).

La figura 4 riporta quella che è la tipica distribuzione per età e sesso dell'utenza basandosi sul numero di "trattamenti" erogati nell'anno 2011. Tale numero è 4857. Invece il numero di pazienti totali in carico è 3856, in quanto più trattamenti possono essere erogati allo stesso paziente:

Fig. 4. La distribuzione per età e sesso dei pazienti in trattamento è costante da diversi anni (riportato l'anno 2011)



Smria-Uonpia	2010	2011
Pazienti presi in carico	954	977
Pazienti già in carico	2858	2879
Pazienti in carico totali	3.867	3.856
Prestazioni complessive	57.773	51.686
Consulenze ospedaliere	50	100
Pazienti Residenziali e Semi-Residenziali	32	27
Giornate complessive	6.000	6.918

Il passaggio dalla valutazione al trattamento alla dimissione si basa, quando possibile, su decisioni multiprofessionali. Altre decisioni condivise dall'équipe comprendono la dimissione dal servizio e la transizione ad altre strutture o ai servizi dell'età adulta. I vari passaggi sono marcati da incontri di pianificazione a cui sono invitati operatori delle strutture sanitarie e delle istituzioni territoriali, nonché i familiari o i tutori legali del soggetto. Scuole, servizi sociali e altri operatori sociosanitari possono discutere con gli operatori del servizio infanzia-adolescenza l'opportunità di procedere a un invio. Tali segnalazioni sono utili per accelerare o precisare la gestione clinica dopo il colloquio informativo di accesso.

La tabella che segue, ricavata dal sistema informativo Elea, indica il numero di trattamenti erogati ai pazienti divisi per età e sesso:

Trattamenti anno 2011	F0-2	M0-2	F3-5	M3-5	F6-10	M6-10	F11-13	M11-13	F14-17	M14-17	F18+	M18+	Femmine	Maschi	Totale
L.104 Percorso diagnostico integrato	2	1	18	41	109	231	120	214	135	234	51	92	435	813	1248
Trattamento neuropsichiatrico	31	43	47	75	91	130	43	99	52	68	16	32	280	447	727
Trattamento logopedico			17	77	138	275	43	93	21	43	1	3	220	491	711
Trattamento psicologico		3	8	34	78	185	53	129	68	109	11	12	218	472	690
Tutela/presa in carico	7	3	27	26	80	85	39	40	58	53	17	13	228	220	448
Trattamento psicoeducativo	1		7	40	49	130	30	73	24	55	3	9	114	307	421
Trattamento fisioterapico	36	54	34	49	37	59	19	27	17	19	6	10	149	218	367
Trattamento psicoterapeutico				7	3	6	1	7	11	6	9	3	24	29	53
Trattamenti farmacologici					2	2	3	10	10	8	5	3	20	23	43
Inserimento in residenza	1		2		2	5	5	5	11	4	2	4	23	18	41
Trattamento psicomotorio			6	8	8	10	2	1		1			16	20	36
Consulenza			2	2	5	3	2	3	3	2	2		14	10	24
Prest. ex Sinp			2	2	5	1	3	4	2	3	1		13	10	23
Trattamento abuso					2	1	1	2	5		1		9	3	12
Interventi socio sanitari			1		1	1		1	1	2			3	4	7
Inserimento in semiresidenza					1					2		3	1	5	6

L'ordinamento della tabella permette di osservare che i percorsi di trattamento più frequenti sono quelli relativi alla certificazione di disabilità, seguiti dai trattamenti neuropsichiatrici, logopedici, psicologici, di tutela, psicoeducativi, fisioterapici e via dicendo.

(Si nota che gli inserimenti in semiresidenza registrati in Elea risultano una sottostima rispetto ad altre fonti.)

### Programma regionale integrato Autismo (PRIA)

L'UO Smria-Uonpia partecipa al PriA negli incontri di livello regionale, di Area Vasta e del sistema hub & spoke delineato dalla RER per mezzo del team funzionale sviluppo. L'assunzione a termine di operatori dell'area comparto consente di potenziare l'offerta al fine mantenere il livello clinico raggiunto nella prima età scolare, consolidare le conoscenze sull'autismo che riguardano l'adolescenza e rinforzare le procedure di dimissione protetta dal servizio infanzia-adolescenza tramite la rete di servizi per giovani adulti con disabilità. Nel 2011 si è proceduto all'adozione del protocollo diagnostico e la predisposizione di requisiti specifici per l'utenza di età 0-6 anni. Dalla fine del 2011 si sperimenta una forma di attività psicoeducativa mediante la sperimentazione l'integrazione di educatrici professionali nel team funzionale provinciale dedicato alle tematiche dello spettro autistico. Il numero di portatori di questa sindrome minori di 18 anni nel 2010-11 è 120.

### Programma Disturbi del comportamento alimentare (DCA)

L'UO Smria-Uonpia contribuisce alla definizione del percorso Disturbi del Comportamento Alimentare con i settori adulti del DAISMDP adulti e il Dipartimento Sanità Pubblica Igiene e Sicurezza degli alimenti. Nel corso del 2011 si sono stabiliti contatti importanti partecipando agli incontri previsti del tavolo regionale e di quello provinciale formalmente convocati. Nel 2011 si è concluso il percorso clinico assistenziale interno per i pazienti con diagnosi DCA. È stato predisposto un protocollo di collaborazione con il Centro DCA dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Anna sull'invio all'UO dei minori d'età, la dimissione/passaggio a rete a 18 anni e le forme di collaborazione per i casi a particolare complessità. Infine è prevista la collaborazione con il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (Sian) per l'utilizzo delle dietiste territoriali.

In particolare il team funzionale liaison ha sviluppato i necessari documenti d'interfaccia reperibili nel sistema DocWeb dell'Ausl. In questo contesto si ricorda anche la procedura di passaggio alla maggior età, sviluppata dal team funzionale adolescenza, che interessa anche altre tipologie di pazienti con necessità di proseguire nella cura presso il Dipartimento di Salute Mentale.

### Offerta formativa e contributo alla ricerca

L'UO Smria-Uonpia mette a disposizione le proprie competenze professionali ed accademiche nell'ambito dell'integrazione con l'Università di Ferrara. L'offerta formativa si articola nelle aree tematiche dei team funzionali: Neuroscienze cliniche, Sviluppo neuropsichico, Scuola, Liaison ospedale-territorio, Tutela e rischio clinico, Adolescenza e continuità con i servizi per adulti.

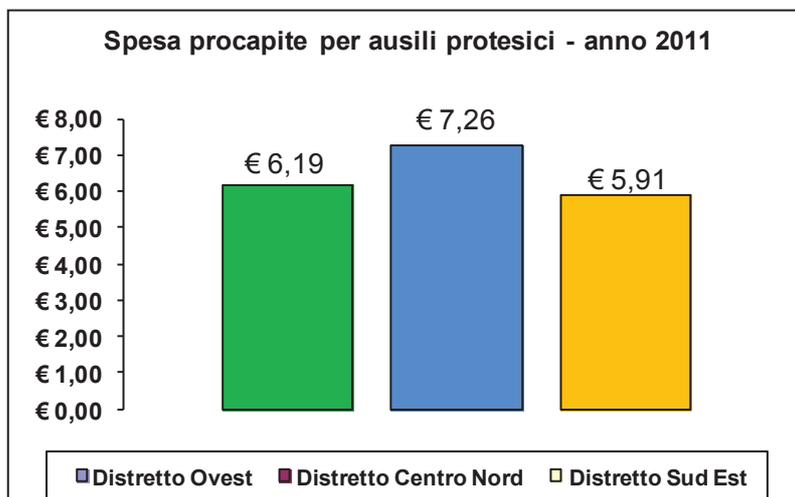
### **Assistenza integrativa e protesica**

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 la spesa procapite per ausili protesici di ciascuna Area Distrettuale, calcolata tenendo conto del valore dell'autorizzato.

In particolare il grafico sottostante riporta la spesa procapite per ausili (con esclusione dei presidi ad assorbimento, della terapia respiratoria) evidenziando un comportamento che è sostanzialmente allineato per i distretti Sud Est e Ovest, mentre si conferma al di sopra della media il Distretto Centro Nord.



### Assistenza Farmaceutica Provinciale

Nell'anno 2011 l'Assistenza Farmaceutica Convenzionata e Territoriale nella Provincia di Ferrara, rispetto all'anno precedente, è stata complessivamente caratterizzata da un decremento di spesa Netta Convenzionata (-7,96%) inferiore al valore della RER (-8,69%), ed un decremento della Territoriale (-6,03%) inferiore al valore della RER (-6,24%).

Tale decremento deriva principalmente dalle scadenze di brevetto e dalla riduzione di costo di farmaci ad elevato impatto prescrittivo come esomeprazolo e atorvastatina, nonché dall'abbassamento dei prezzi dei farmaci generici per adeguamento alla media europea.

Nell'ultimo quadrimestre dell'anno si è registrato inoltre un calo delle prescrizioni e della spesa determinato dall'applicazione a livello regionale del ticket sulla Farmaceutica (DGR 1190/2011).

Nel 2011 sono proseguiti gli interventi di promozione dell'uso dei farmaci generici e a brevetto scaduto e di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, in particolare relativamente ai farmaci oggetto di obiettivi Regionali (PPI, ACE-Inibitori/Sartani, Statine, SSRI).

Relativamente alla promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto, Ferrara al novembre 2011 registra dopo Parma la più elevata percentuale di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (59,3%) rispetto alla media RER (58,1%). Tale dato va letto in maniera estremamente positiva in quanto sta a dimostrare che nella nota Provincia viene dato prevalenza nella prescrizione farmaci di uso consolidato, di provata efficacia e con un conosciuto profilo di rischio.

Tra i principali interventi:

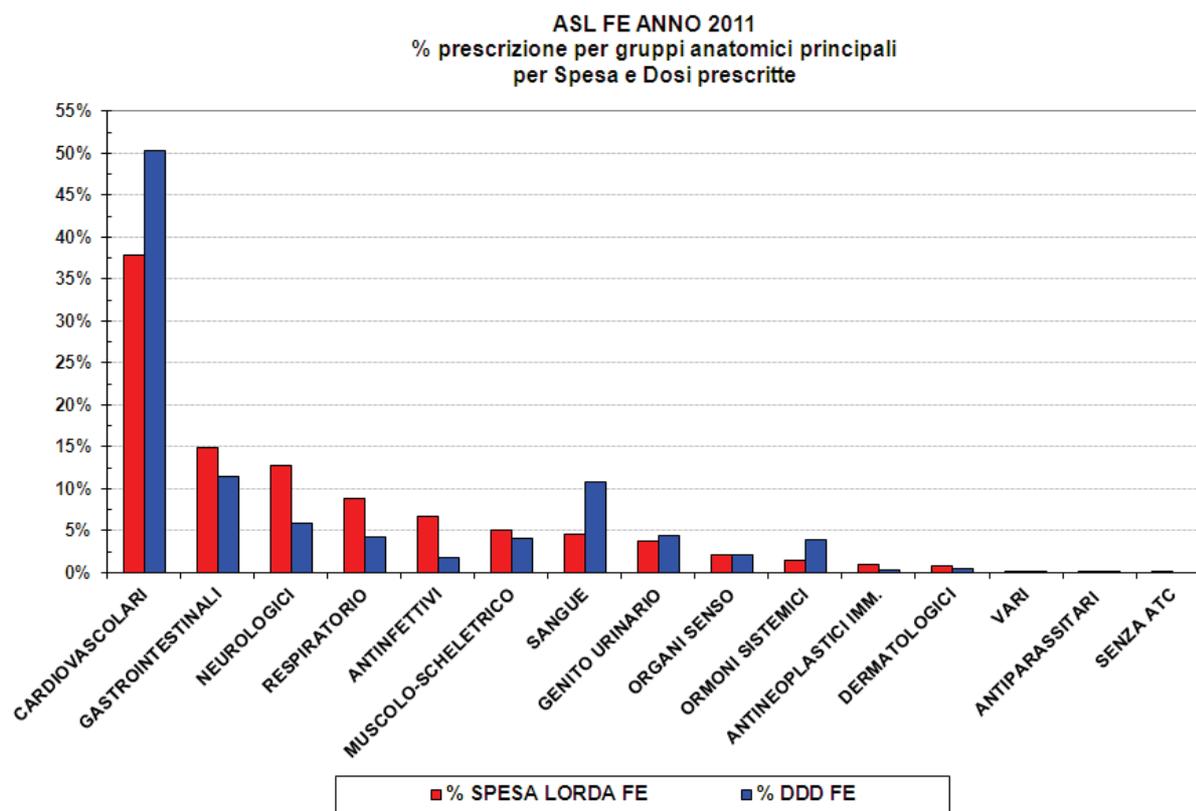
- elaborazione di tabelle costo-terapia per classi omogenee di farmaci ad elevato impatto prescrittivo in cui sia presente almeno un farmaco a brevetto scaduto, come ipotensivanti (ace-inibitori, sartani), statine, antidepressivi, farmaci per la terapia dell'osteoporosi. Le stesse, costantemente riviste ed aggiornate, vengono diffuse ai prescrittori tramite i siti aziendali del dipartimento farmaceutico e della medicina generale, nonché presentate in specifici incontri formativi;
- monitoraggio trimestrale della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto-generici e delle classi terapeutiche a maggiore impatto prescrittivo, fino al dettaglio del singolo MMG, con confronti con nucleo di appartenenza ed insieme dei nuclei della ASL, nonché per le principali classi fino al dettaglio sul singolo nucleo. Queste ultime valutazioni vengono diffuse anche tramite relazioni trimestrali;
- diffusione mensile alle farmacie convenzionate, ai MMG ed alle unità operative interne delle informative RER in merito alla scadenza di brevetto;
- attribuzione alle Unità Operative Ospedaliere e Territoriali di specifici obiettivi favorenti la prescrizione di molecole con brevetto scaduto nell'ambito della categoria di riferimento (farmaci ipotensivanti (Ace-inibitori e sartani), ipolipemizzanti (statine), e di appropriatezza prescrittiva nell'uso di antiulcera (Inibitori pompa protonica), farmaci per le patologie ossee (stronzio ranelato), farmaci antidepressivi (escitalopram);
- rivalutazione da parte della commissione terapeutica provinciale di un'intera classe terapeutica all'uscita sul mercato di un farmaco equivalente (generico) appartenente alla stessa al fine di favorire l'impiego del generico.

## ANALISI PRESCRIZIONE FARMACEUTICA PROVINCIALE

Relativamente alla nostra provincia nel grafico sotto riportato vengono rappresentati i gruppi Anatomici principali per maggiore importo di spesa, con relative dosi prescritte(DDD), espresse in percentuale rispetto alla spesa ed alla prescrizione totale.

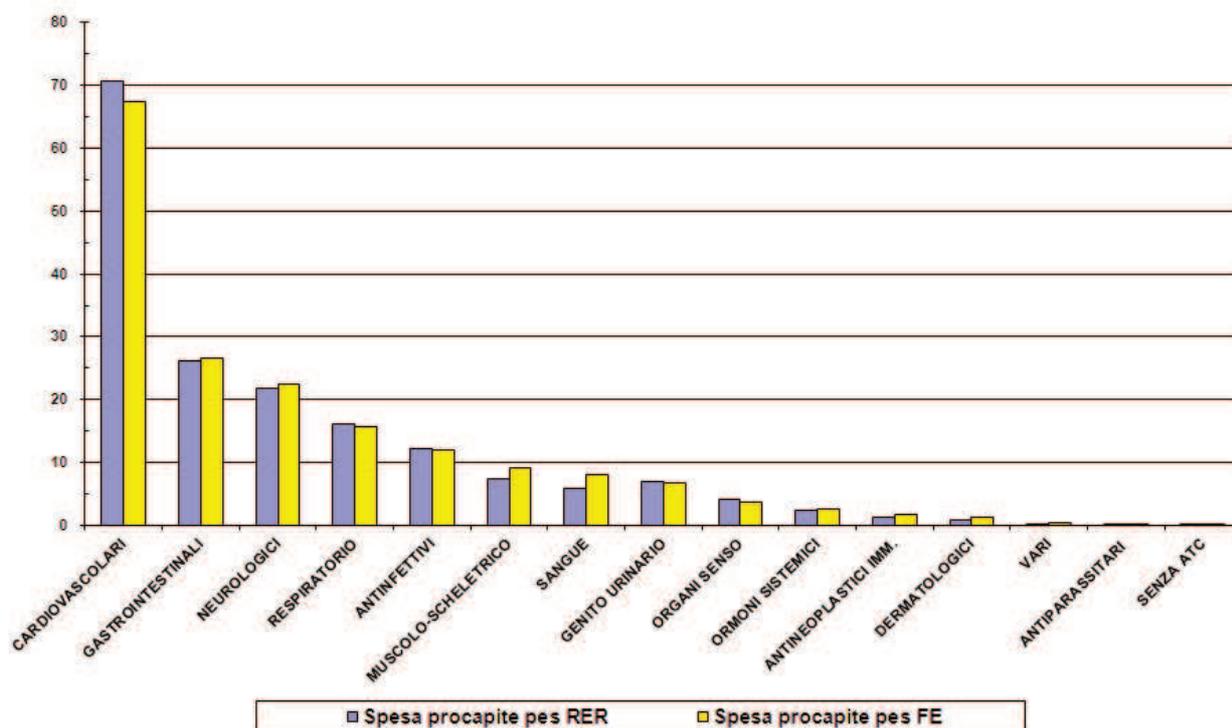
I farmaci cardiovascolari superano il 50% in termini di dosi prescritte, mentre la spesa si ferma al 40%, in tale gruppo infatti è cospicuo ed in continuo incremento il numero di molecole a brevetto scaduto, con un prezzo più vantaggioso rispetto ai nuovi farmaci "di marca", "branded". Seguono per percentuale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

E' da notare che i farmaci del Sangue, al settimo posto in termini di spesa, sono invece al 3° posto per percentuale di prescrizione.



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, antinfettivi, genito-urinari, organi di senso ed antiparassitari; la spesa è superiore alla media RER per gruppi come farmaci gastrointestinali, determinato principalmente dall'elevato utilizzo di farmaci antiacidi-antiulcera, neurologici (in particolare anti-depressivi di nuova generazione: escitalopram, duloxetina, reboxetina), farmaci per il sistema muscolo-scheletrico (elevato utilizzo di farmaci per la terapia dell'osteoporosi), farmaci del sangue (elevato utilizzo di Eparine).

PRESCRIZIONE FARMACEUTICA CONVENZIONATA ANNO 2011  
 SPESA PROCAPITE 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.

PRIMI 25 GRUPPI A MAGGIORE IMPATTO DI PRESCRIZIONE FERRARA ANNO 2011 VS 2010

ATC 2	Descrizione	FERRARA ANNO 2011						FE D% 2011 VS 2010			
		Spesa Lorda (€) anno 11	Spesa proc. Pes. 11	n. DDD anno 11	DDD/1000 ab pes die 11	Costo DDD 11	% vs Spesa proc. Pes. tot.	% vs DDD/1000 ab pes die tot.	Spesa proc. Pes.	DDD/1000 ab pes die	Costo DDD
C09	SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	11.274.819	28,72	35.649.999	248,78	0,32	16,15	24,15	-4,88	0,46	-5,12
C10	SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	7.773.497	19,80	9.008.755	62,86	0,66	11,14	6,10	-3,17	9,41	-19,54
A02	FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	6.414.688	16,34	9.772.605	68,19	0,66	9,19	6,62	-14,85	5,37	-19,20
R03	FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI DELLE VIE RESPIRATORIE	5.657.272	14,41	4.880.611	34,08	1,16	8,10	3,31	0,06	-1,51	1,40
J01	ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	4.036.912	10,26	2.508.529	17,50	1,61	5,78	1,70	-8,13	-0,23	-7,92
N06	PSICOANALITICI	3.890.478	9,91	6.034.327	42,11	0,64	5,57	4,09	0,58	2,39	-1,17
B01	ANTITROMBOTICI	2.824.736	7,19	13.763.069	98,04	0,21	4,05	9,32	7,29	1,89	5,30
C08	CALCIO-ANTAGONISTI	2.526.529	6,43	9.077.679	63,34	0,28	3,62	6,15	-19,73	-2,99	-14,45
M05	FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE DELLE OSSA	2.073.358	5,26	2.089.053	14,58	0,99	2,97	1,42	-14,09	-2,44	-11,94
N02	ANALGESICI	1.956.691	4,98	716.884	5,00	2,73	2,80	0,49	12,54	8,24	3,97
N03	ANTIEPILETTICI	1.947.611	4,96	1.155.528	8,06	1,69	2,79	0,78	8,65	2,14	6,37
G07	BETABLOCCANTI	1.877.507	4,78	7.351.067	51,30	0,26	2,69	4,98	-19,33	0,94	-11,16
G04	UROLOGICI	1.822.183	4,64	4.125.979	28,79	0,44	2,61	2,80	-4,41	2,09	-6,37
A07	ANTIDIARROICI, ANTINFIAMMATORI / ANTIMICROBICI INTEST.	1.550.161	3,95	1.112.195	7,76	1,39	2,22	0,75	-4,44	2,03	-6,34
S01	OFTALMOLOGICI	1.457.475	3,71	3.196.426	22,30	0,46	2,09	2,17	-8,15	-3,40	-4,83
M01	FARMACI ANTINFIAMMATORI ED ANTIREUMATICI	1.309.773	3,34	2.865.931	20,00	0,46	1,88	1,94	-6,82	-7,73	2,07
C01	TERAPIA CARDIACA	1.175.509	2,99	4.002.945	27,93	0,29	1,68	2,71	-6,05	-7,77	1,87
C03	DIURETICI	971.493	2,47	7.592.130	52,98	0,13	1,39	5,14	-8,52	-1,82	1,53
A10	FARMACI USATI NEL DIABETE	956.069	2,44	3.836.297	26,77	0,25	1,37	2,60	-1,28	5,38	-6,32
N04	ANTIPARKINSONIANI	884.850	2,25	559.805	3,91	1,58	1,27	0,38	-17,71	4,98	-21,61
C02	ANTIPERTENSIVI	857.003	2,18	1.671.535	11,68	0,51	1,23	1,13	-19,31	-0,51	-8,88
G03	ORMONI SESSUALI E MODULATORI DEL SISTEMA GENITALE	773.458	1,97	2.449.653	17,09	0,32	1,11	1,66	-4,89	-5,92	1,10
A11	VITAMINE	762.622	1,94	524.284	3,66	1,45	1,09	0,36	33,09	11,09	19,80
H02	CORTICOSTEROIDI SISTEMICI	496.357	1,26	1.749.045	12,20	0,26	0,71	1,16	2,90	-1,89	4,88
R06	ANTISTAMINICI PER USO SISTEMICO	491.645	1,25	1.330.530	9,28	0,37	0,70	0,90	2,96	3,72	-8,74
	TOT. 25 GRUPPI > IMPORTO	65.764.697	167,50	137.024.839	956	0,48	94,21	92,82	-4,88	0,78	-5,42
	TOTALE	69.810.021,83	177,80	147.619.377,61	1.030,08	0,47	100,00	100,00	-4,54	0,74	-5,16

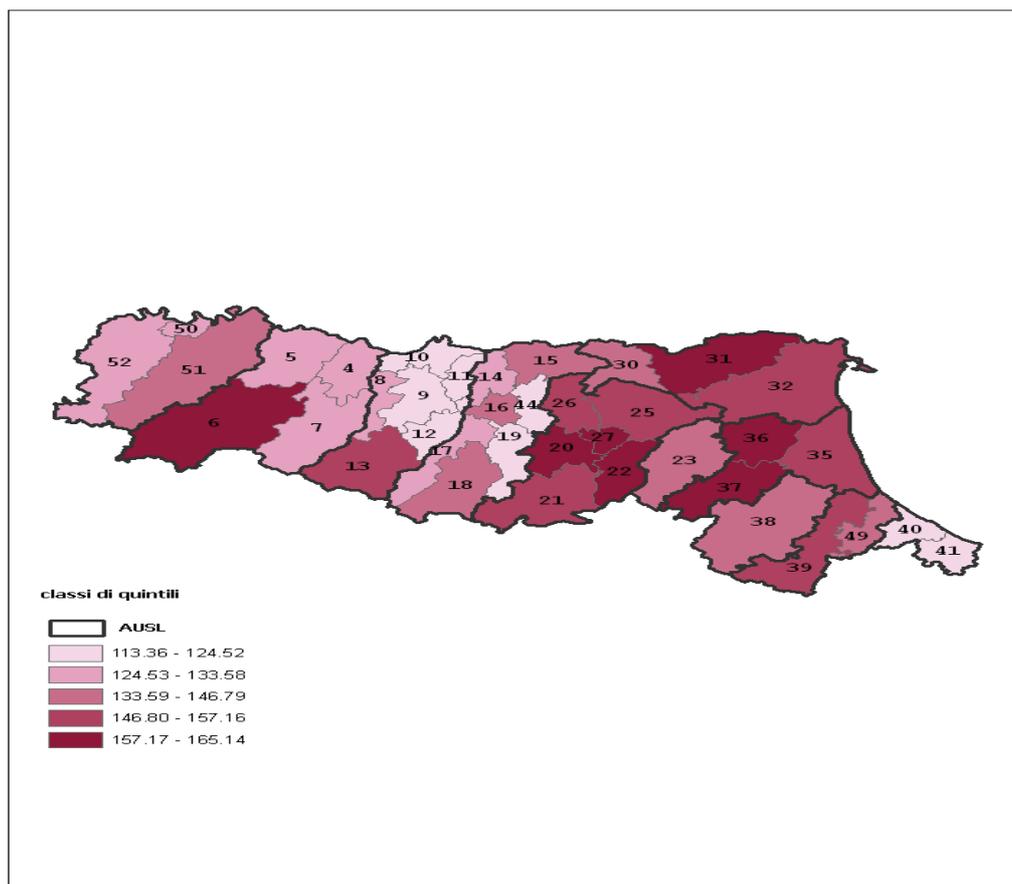
Relativamente al confronto con l'anno precedente possiamo notare un accentuato calo del costo DDD per la quasi totalità dei gruppi, dovuto principalmente ai fattori già riportati in premessa.

E' da notare come questo calo di costi abbia determinato un quasi equivalente calo della spesa, in quanto si è registrato un contenuto incremento dei consumi (+1%).

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 respiratori, antimicrobici per l'uso sistemico, principalmente antibiotici per uso orale ed iniettabile, psicoanalitici, prevalentemente antidepressivi, antitrombotici, urologici, farmaci per il metabolismo osseo.

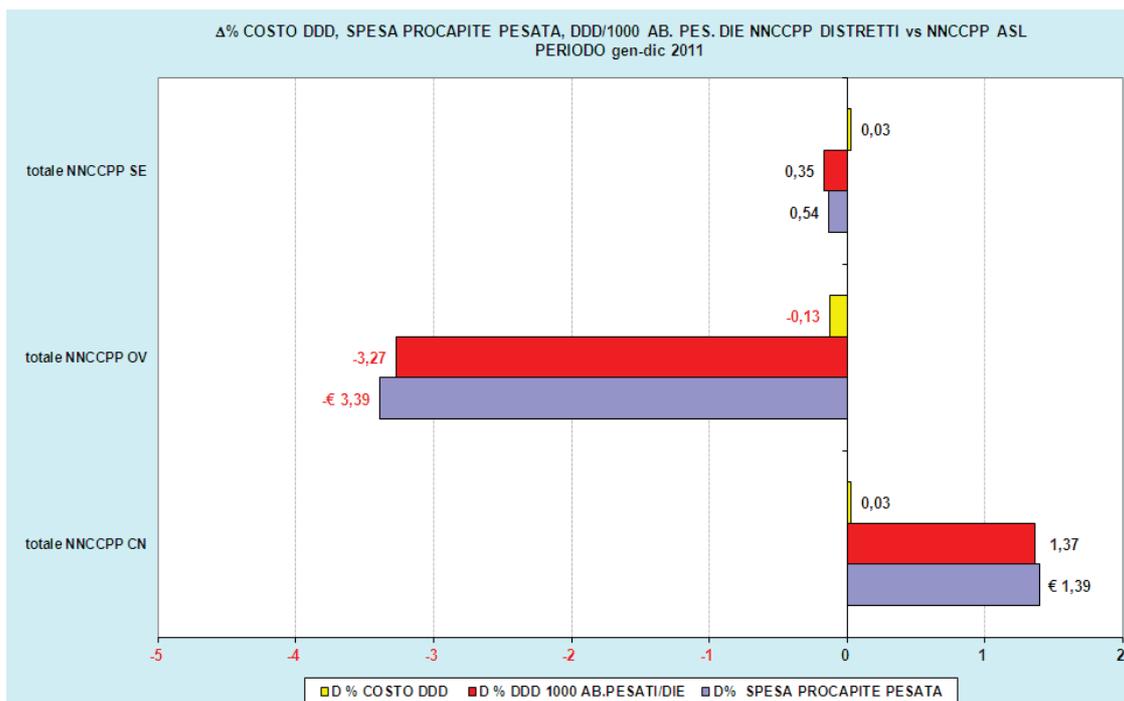
Distribuzione della spesa per residente (euro) relativa all'assistenza farmaceutica convenzionata, per i farmaci destinati al trattamento delle principali patologie. Distretti delle AUSl dell'Emilia-Romagna, 2011.



#### 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 1000 ab. pes./die e costo DDD. L'andamento prescrittivo dei NNCCPP Distrettuali, anno 2011, è di seguito riportato, sia in valore assoluto di spesa e di DDD prescritte, che per i tre principali indicatori di prescrizione nonché per scostamento percentuale degli stessi rispetto alla media Aziendale dei Nuclei.

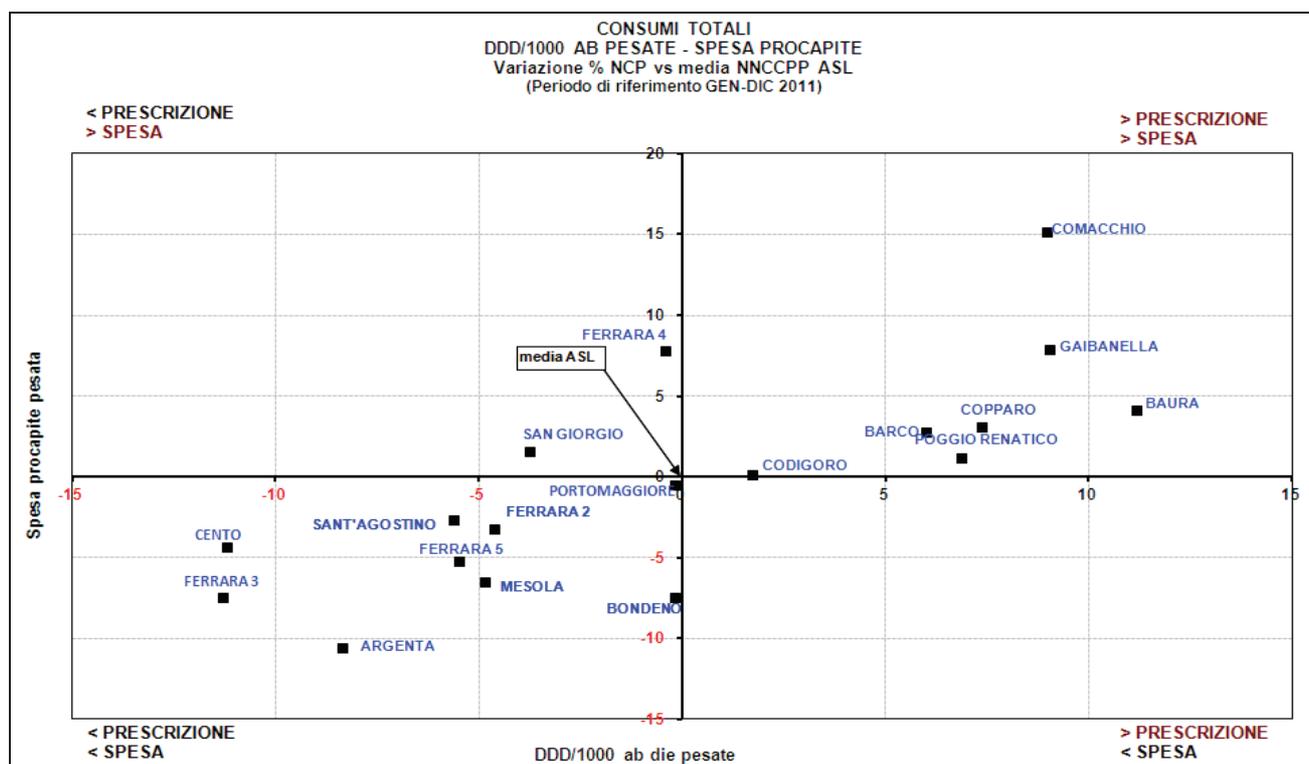
PRESCRIZIONI NNCCPP ASL FE - PERIODO: ANNO 2011								
Distretto	Importo Lordo	DDDTotale	SPESA PROCAPITE PESATA	DDD/1000 AB. PESATI DIE	Costo DDD	SCOST vs NNCCPP ASL		
						D% SPESA PROCAPITE PESATA	D % DDD/1000 AB.PES.DIE	D % COSTO DDD
totale NNCCPP CN	€ 34.028.939,84	73.501.701,30	163,82	969,47	€ 0,46	1,39	1,37	0,03
totale NNCCPP OV	€ 12.616.497,86	27.293.637,91	156,09	925,16	€ 0,46	-3,39	-3,27	-0,13
totale NNCCPP SE	€ 18.884.785,40	40.789.360,64	161,36	954,83	€ 0,46	-0,13	-0,17	0,03
totale NNCCPP ASL	€ 65.530.223,10	141.584.699,86	161,57	956,42	€ 0,46	0,00	0,00	0,00



(\*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.

I Nuclei C.P. del Distretto CN presentano complessivamente una spesa procapite pesata superiore alla media Aziendale dovuta principalmente ad una maggiore prescrizione (DDD/1000 ab pes die), mentre i Nuclei del Distretto OVEST presentano valori inferiori alla media Aziendale di prescrizione e di conseguenza di spesa. Il Distretto SE ha valori sovrapponibili alla media Aziendale. Per avere una visione dell'andamento prescrittivo di tutti i Nuclei Aziendali nel grafico successivo sono riportati i singoli scostamenti di prescrizione (DDD/1000 ab pes die), in ascissa, e di spesa procapite pesata, in ordinata, per ciascuno dei NCP rispetto ai valori medi dei NNCCPP ASL.

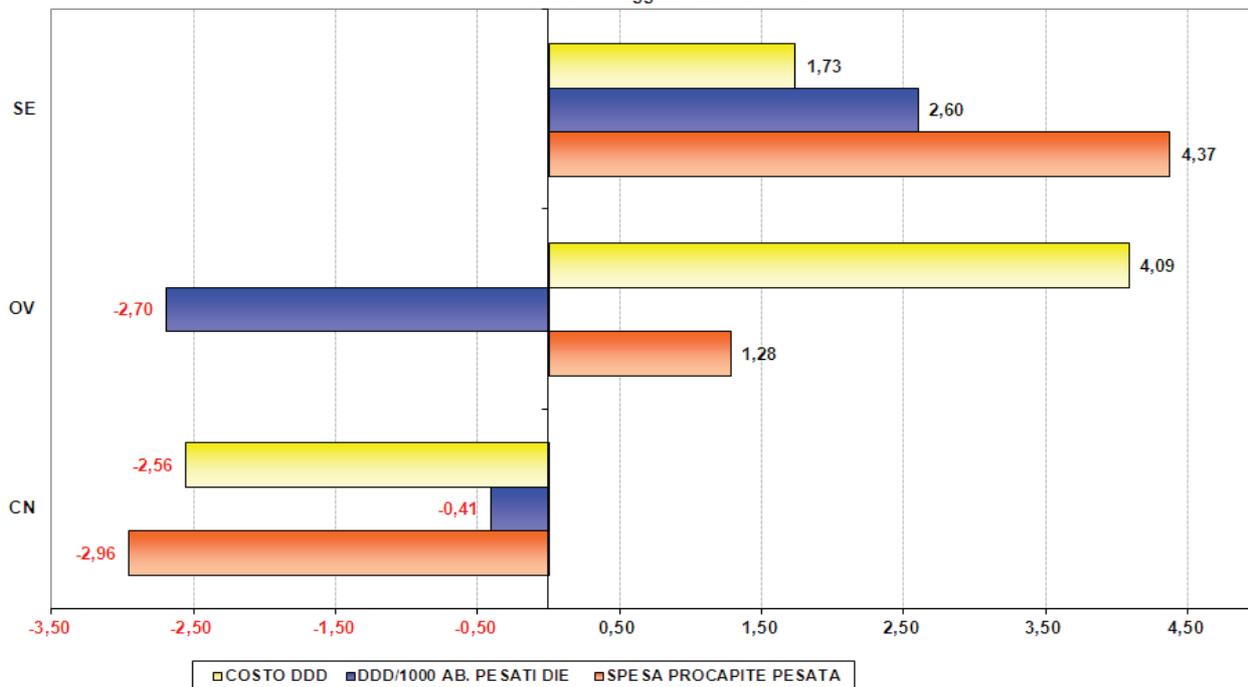


## PRESCRIZIONE DISTRETTUALE PER GRUPPI TERAPEUTICI

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.

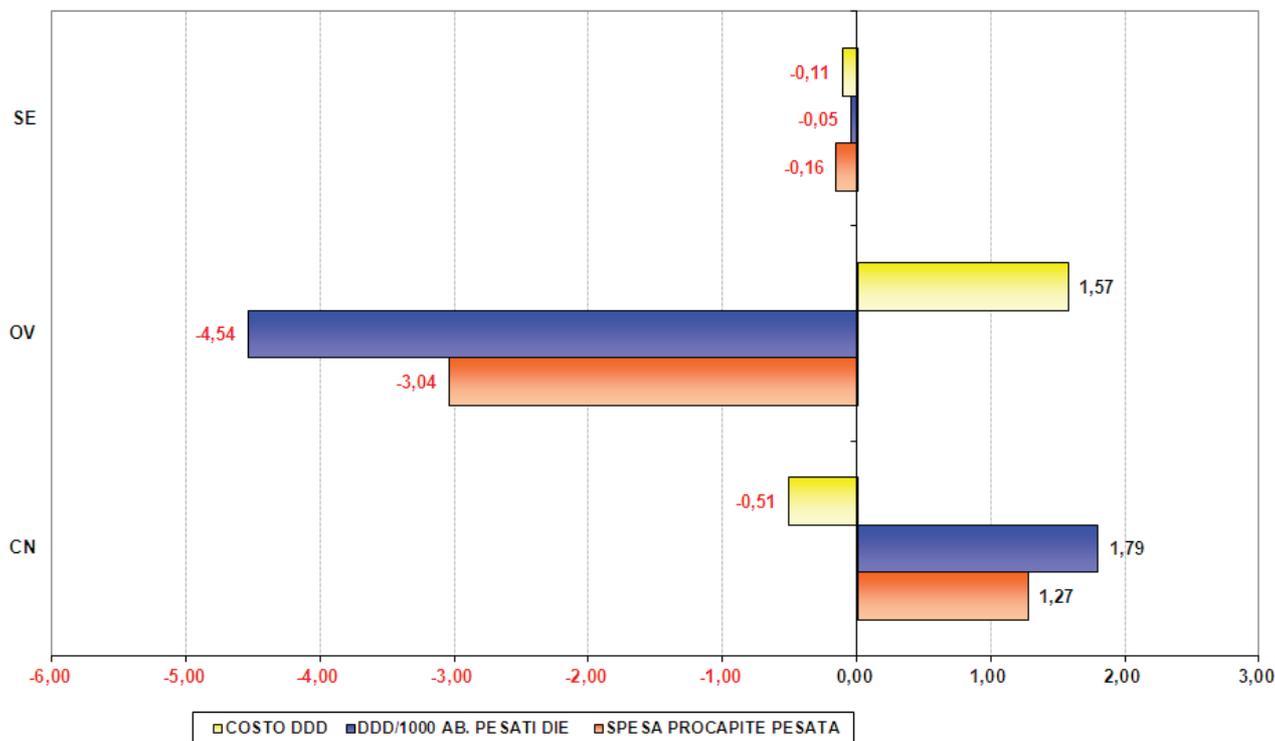
### CARDIOVASCOLARI: FARMACI PER LA TERAPIA DELL'IPERTENSIONE

FARMACI IPOTENSIVANTI (C02,C03, C07, C08, C09)\*  
 SPESA PROCAPITE PESATA, DDD/ 1000AB.PESATI/DIE,COSTO DDD NNCCPP DISTRETTI vs NNCCPP ASL ANNO 2011  
 \*molecole oggetto accordi MMG



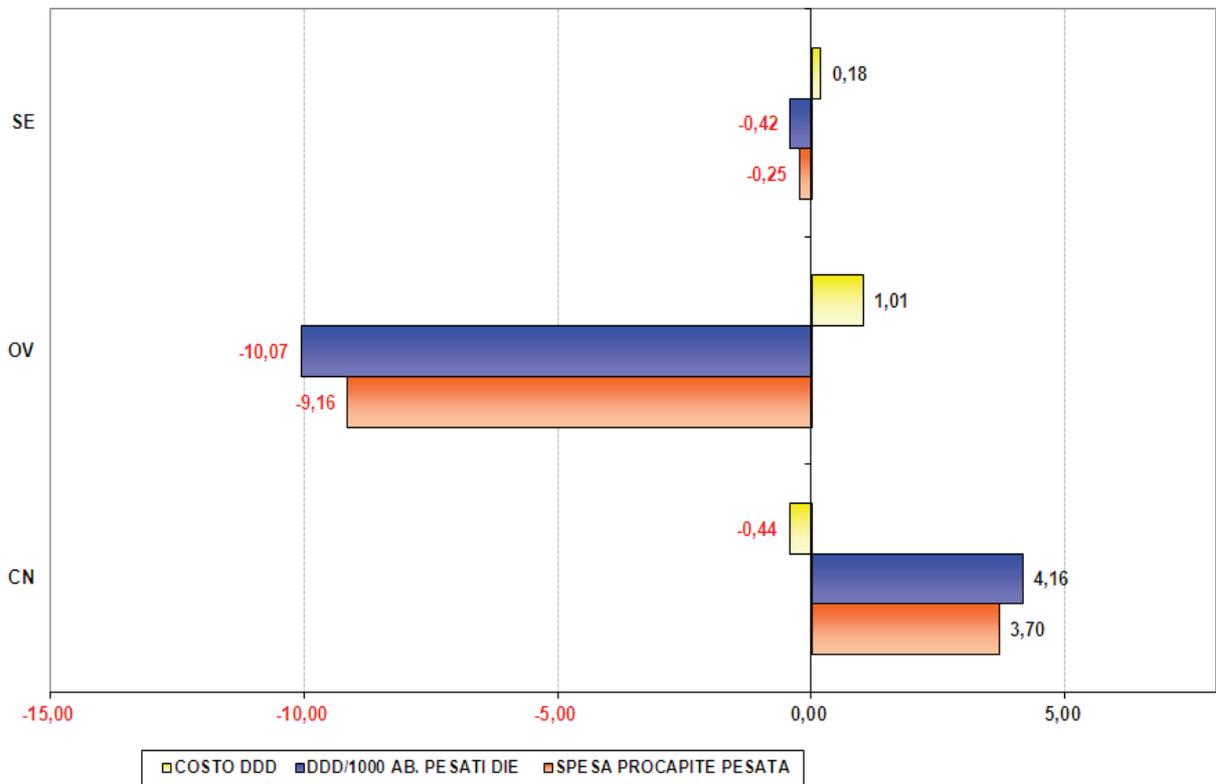
### CARDIOVASCOLARI: FARMACI IPOLIPEMIZZANTI

STATINE + STATINE ASSOCIATE  
 SPESA PROCAPITE PESATA, DDD/ 1000AB.PESATI/DIE, COSTO DDD NNCCPP DISTRETTI vs NNCCPP ASL ANNO 2011



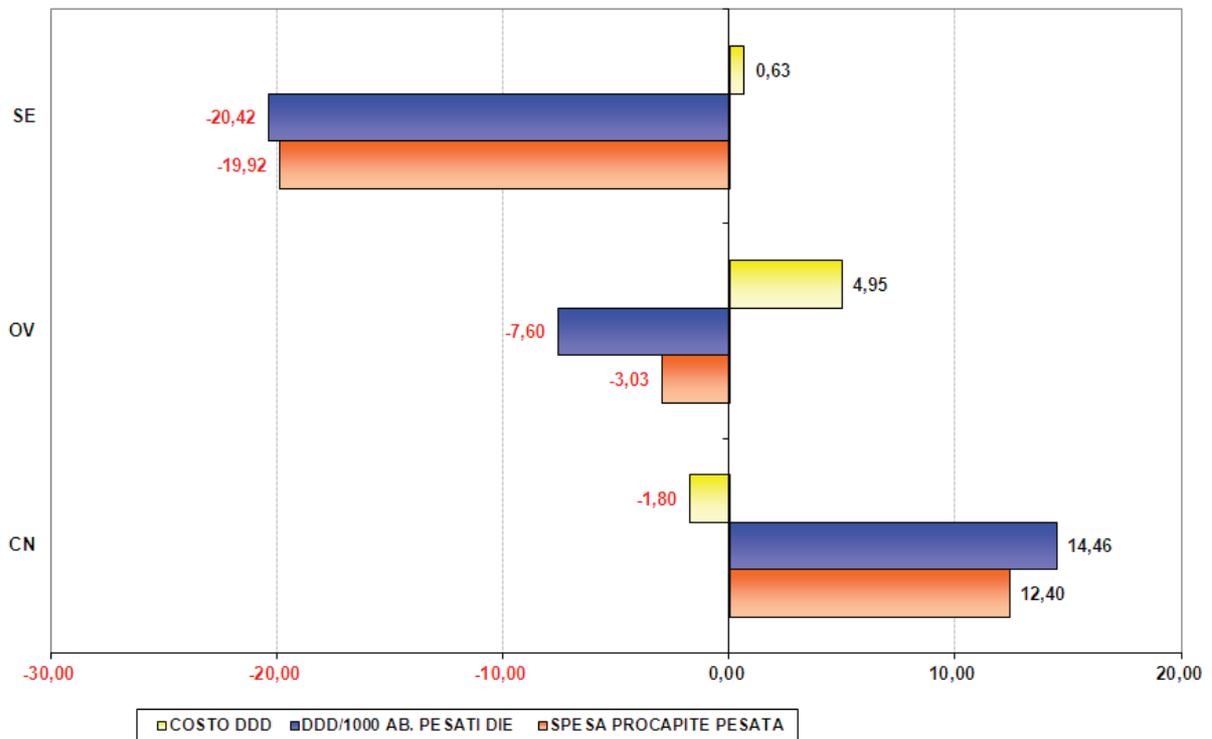
## GASTROINTESTINALI: FARMACI ANTIULCERA- INIBITORI POMPA PROTONICA

FARMACI INIBITORI DELLA POMPA PROTONICA  
 SPESA PROCAPITE PESATA, DDD/ 1000AB.PESATI/DIE, COSTO DDD NNCCPP DISTRETTI vs NNCCPP ASL ANNO 2011



## FARMACI METABOLISMO OSSEO: FARMACI PER OSTEOPOROSI

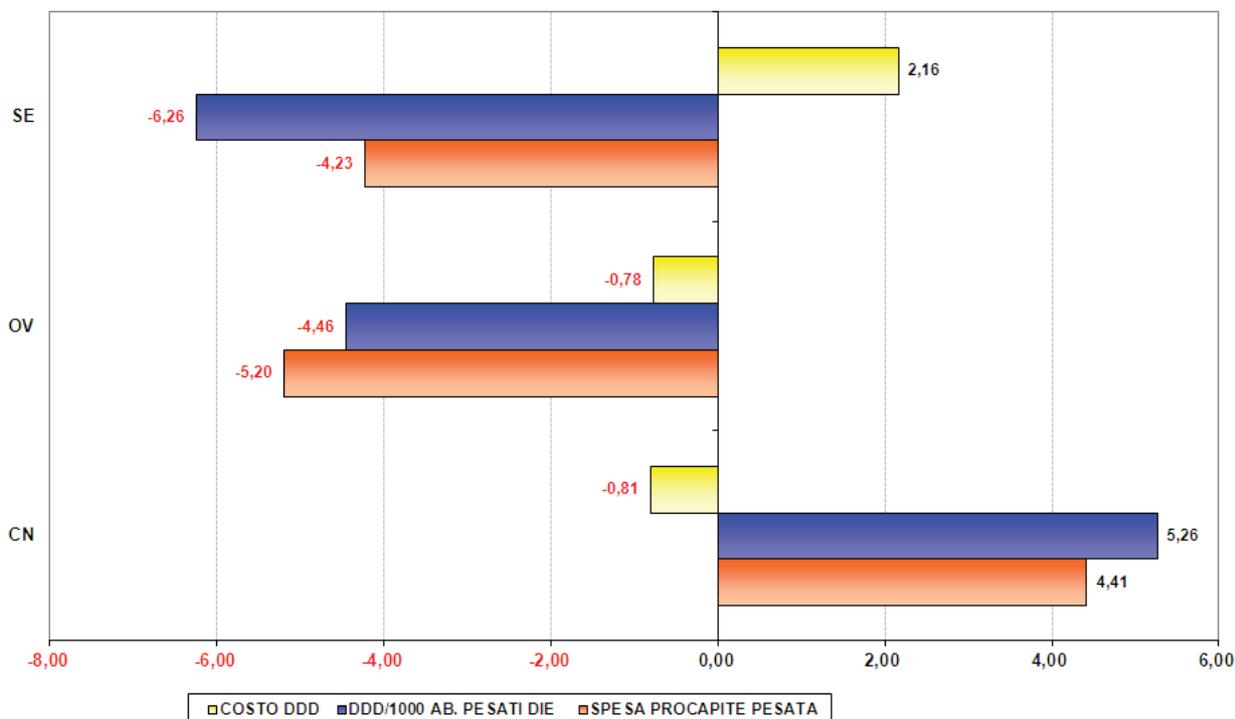
FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE OSSEEE (M05B)  
 SPESA PROCAPITE PESATA, DDD/ 1000AB.PESATI/DIE, COSTO DDD NNCCPP DISTRETTI vs NNCCPP ASL ANNO 2011



## NEUROLOGICI: FARMACI PSICOANALETTICI(ANTIDEPRESSIVI, ANTIDEMENZA ...)

PSICOANALETTICI (N06)

SPESA PROCAPITE PESATA, DDD/ 1000AB.PESATI/DIE, COSTO DDD NNCCPP DISTRETTI vs NNCCPP ASL ANNO 2011



### Assistenza specialistica

#### Il consumo

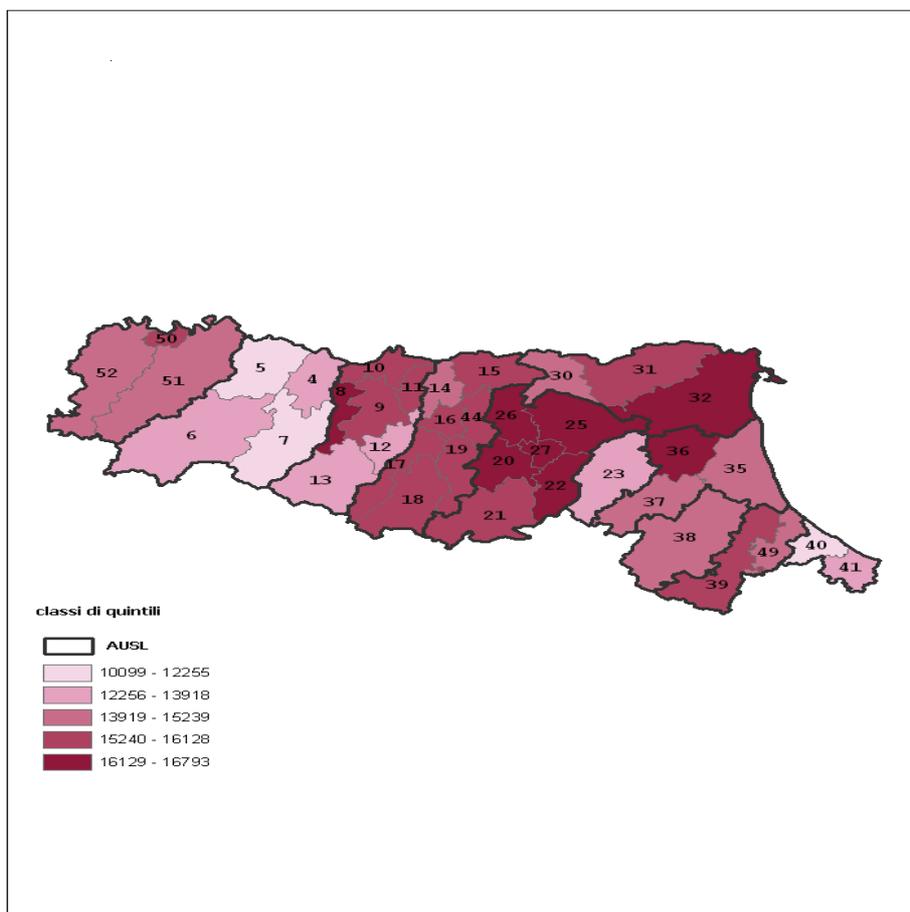
##### INDICI DI CONSUMO

##### PRESTAZIONI SPECIALISTICHE CON ESCLUSIONE DEL LABORATORIO E DEL PRONTO SOCCORSO - ANNO 2010

COMUNE	AUSLFE	Privato FE	AOSPFE	Mobilità Infra	Mobilità Extra	Totale Mobilità	Totale Prestazioni	IC Prov. x 1000 ab.	IC Mob.x 1000 ab.	IC Complesivo x 1000 ab.
CENTO	73.450	8.050	18.053	25.640	2.957	28.597	128.150	2.797,85	803,69	3.601,54
SANT'AGOSTINO	12.098	4.669	5.563	2.679	785	3.464	25.794	3.142,41	487,48	3.629,89
MIRABELLO	6.793	2.333	6.335	741	700	1.441	16.902	4.366,28	406,95	4.773,23
BONDENO	29.277	2.087	18.413	2.606	6.829	9.435	59.212	3.232,06	612,62	3.844,69
VIGARANO MAINARDA	9.691	2.380	18.980	893	1.663	2.556	33.607	4.129,12	339,89	4.469,02
POGGIO RENATICO	10.449	2.462	18.622	4.516	1.787	6.303	37.836	3.273,10	654,25	3.927,34
FERRARA	118.733	48.939	476.157	15.105	44.318	59.423	703.252	4.756,10	438,97	5.195,07
MASI TORELLO	4.080	422	5.785	333	365	698	10.985	4.311,40	292,54	4.603,94
VOGHIERA	8.326	1.046	7.550	314	622	936	17.858	4.319,04	238,90	4.557,94
COPPARO	42.770	1.903	23.397	1.718	9.880	11.598	79.668	3.947,23	672,54	4.619,77
RO	6.688	359	3.892	165	3.900	4.065	15.004	3.161,56	1.174,86	4.336,42
BERRA	11.553	1.163	5.766	418	5.302	5.720	24.202	3.481,91	1.077,62	4.559,53
JOLANDA DI SAVOIA	7.317	388	3.732	503	1.878	2.381	13.818	3.702,49	770,80	4.473,29
FORMIGNANA	7.185	316	3.871	360	922	1.282	12.654	4.046,98	456,23	4.503,20
TRESIGALLO	12.550	628	6.613	298	943	1.241	21.032	4.286,55	268,79	4.555,34
ARGENTA	51.718	1.407	19.356	17.072	2.017	19.089	91.570	3.210,68	845,58	4.056,26
PORTOMAGGIORE	38.999	1.401	15.109	2.076	1.479	3.555	59.064	4.460,35	285,66	4.746,00
OSTELLATO	19.381	859	8.698	574	1.333	1.907	30.845	4.412,63	290,79	4.703,42
COMACCHIO	61.202	3.356	15.217	6.378	6.989	13.367	93.142	3.450,18	578,11	4.028,28
MIGLIARINO	8.600	367	4.360	632	1.003	1.635	14.962	3.564,32	437,28	4.001,60
MIGLIARO	6.676	302	3.407	91	495	586	10.971	4.638,23	261,72	4.899,96
MASSA FISCAGLIA	10.422	743	4.547	372	746	1.118	16.830	4.339,13	308,75	4.647,89
LAGOSANTO	14.396	977	2.699	627	1.610	2.237	20.309	3.672,42	454,58	4.127,01
CODIGORO	30.137	4.393	8.663	1.072	9.505	10.577	53.770	3.413,66	835,93	4.249,59
MESOLA	11.176	6.811	3.603	360	11.509	11.869	33.459	3.002,78	1.650,76	4.653,55
GORO	5.884	1.419	2.159	213	4.952	5.165	14.627	2.398,48	1.309,25	3.707,73
<b>PROVINCIA DI FERRARA</b>	<b>619.551</b>	<b>99.180</b>	<b>710.547</b>	<b>85.756</b>	<b>124.489</b>	<b>210.245</b>	<b>1.639.523</b>	<b>3.970,28</b>	<b>584,02</b>	<b>4.554,31</b>
<b>DISTRETTO OVEST</b>	<b>141.758</b>	<b>21.981</b>	<b>85.966</b>	<b>37.075</b>	<b>14.721</b>	<b>51.796</b>	<b>301.501</b>	<b>3.169,49</b>	<b>657,44</b>	<b>3.826,93</b>
<b>DISTRETTO CENTRO-NORD</b>	<b>219.202</b>	<b>55.164</b>	<b>536.763</b>	<b>19.214</b>	<b>68.130</b>	<b>87.344</b>	<b>898.473</b>	<b>4.551,74</b>	<b>490,14</b>	<b>5.041,88</b>
<b>DISTRETTO SUD-EST</b>	<b>258.591</b>	<b>22.035</b>	<b>87.818</b>	<b>29.467</b>	<b>41.638</b>	<b>71.105</b>	<b>439.549</b>	<b>3.576,85</b>	<b>690,29</b>	<b>4.267,13</b>

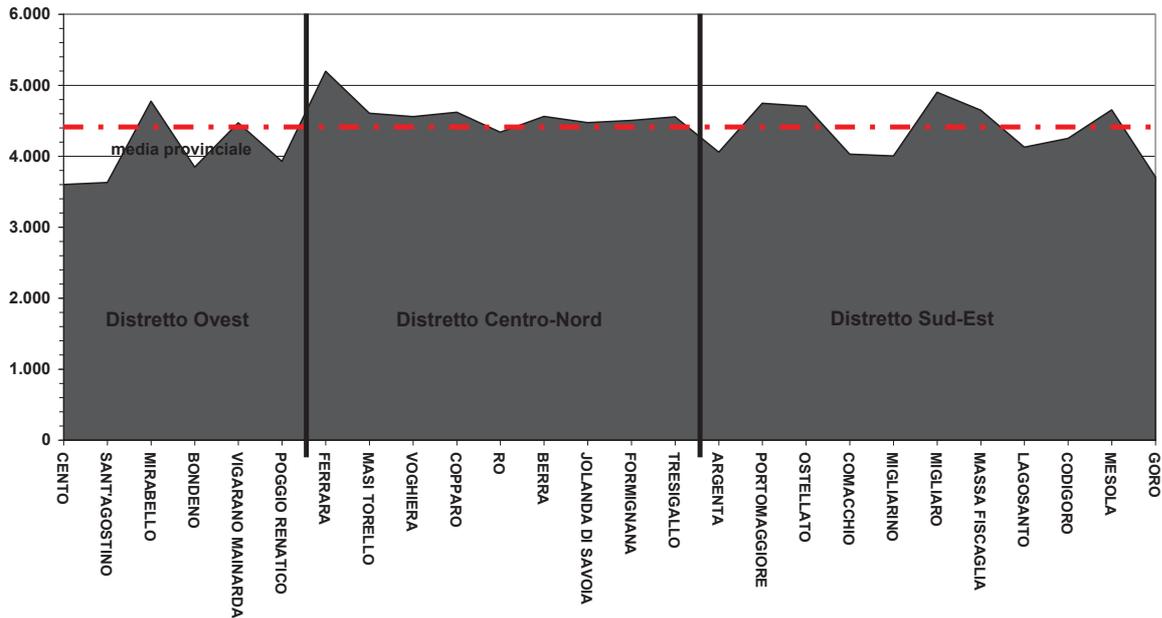
L'assistenza specialistica comprende le prestazioni (visite e/o esami) erogate agli utenti da parte di medici specialisti nelle diverse branche medico-chirurgiche. La tabella mostra le prestazioni specialistiche (con esclusione del laboratorio e del pronto soccorso) erogate ai cittadini ferraresi nell'anno 2010 suddivise per Comune di residenza del cittadino e per struttura erogatrice della prestazione. Nell'anno 2010 i 359.994 residenti della provincia di Ferrara hanno usufruito di 1.639.523 di prestazioni a cui corrisponde un indice di consumo di 4.554,31 prestazioni per 1.000 abitanti di cui 584,02 in mobilità. L'indice di consumo più alto si rileva tra i cittadini del Comune di Ferrara con 5.195,07 prestazioni per 1.000 abitanti, mentre quello più basso si rileva tra i cittadini del Comune di Cento con 3.601,54 prestazioni per 1.000 abitanti.

**Distribuzione dell'indice di consumo totale di prestazioni specialistiche ambulatoriali, standardizzato per età, \*1000 residenti, per classi quintili. Distretti delle Aziende UsI dell'Emilia-Romagna, 2011**



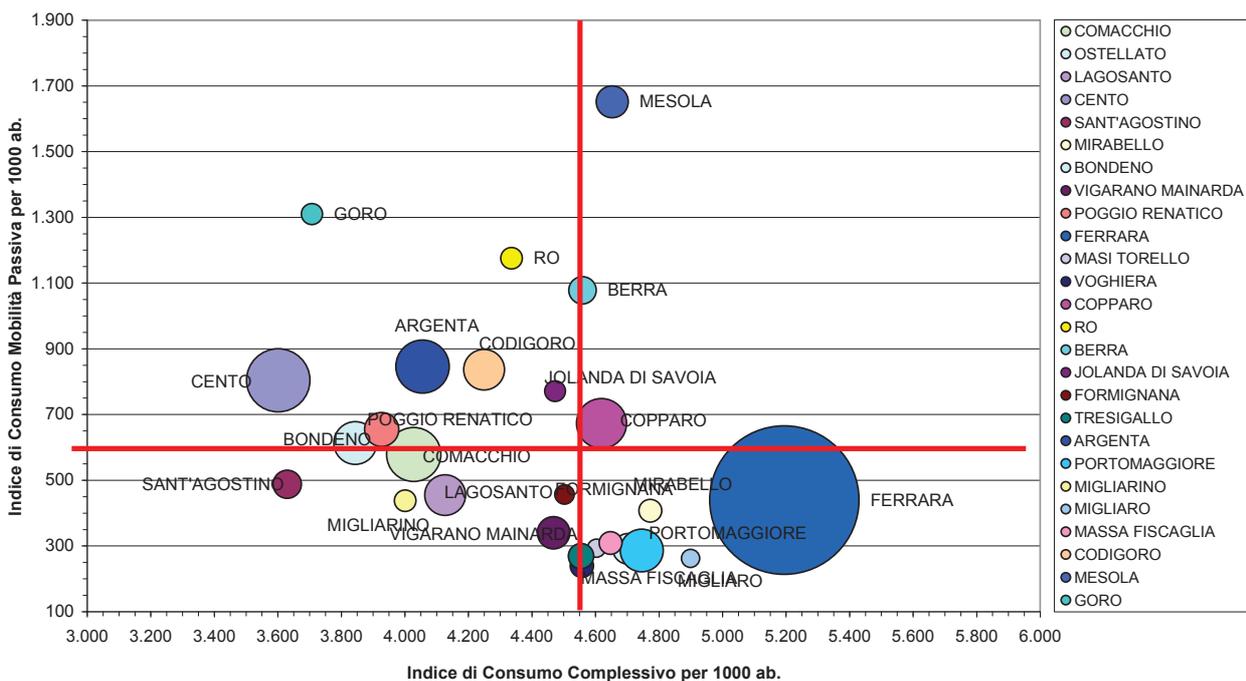
Il cartogramma mostra la distribuzione dell'indice di consumo totale di prestazioni specialistiche ambulatoriali, standardizzato per età, per 1000 residenti nei Distretti delle aziende USL della Regione Emilia Romagna, relativi all'anno 2011. Nel complesso l'Azienda USL di Ferrara presenta un indice di consumo pari a 15.776 prestazioni per 1000 abitanti che risulta essere superiore a quello medio regionale pari a 14.949. Analizzando la distribuzione all'interno dei Distretti si osserva come il Distretto Ovest mostri un indice di consumo, pari a 14.461, sostanzialmente allineato a quello regionale, mentre i Distretti Centro-Nord e Sud-Est evidenzino indici superiori a quello regionale (rispettivamente 15.981 e 16.393). Tali valori mostrano un andamento costante nel corso degli anni, evidenziando come i valori di consumo del Distretto Ovest siano più vicini a quelli della Provincia di Bologna, mentre quelli del Distretto Sud-Est ricalchino maggiormente i dati di consumo della Città di Ferrara.

Indice di Consumo Comunali Prestazioni Specialistiche per 1000 Residenti  
(esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2010



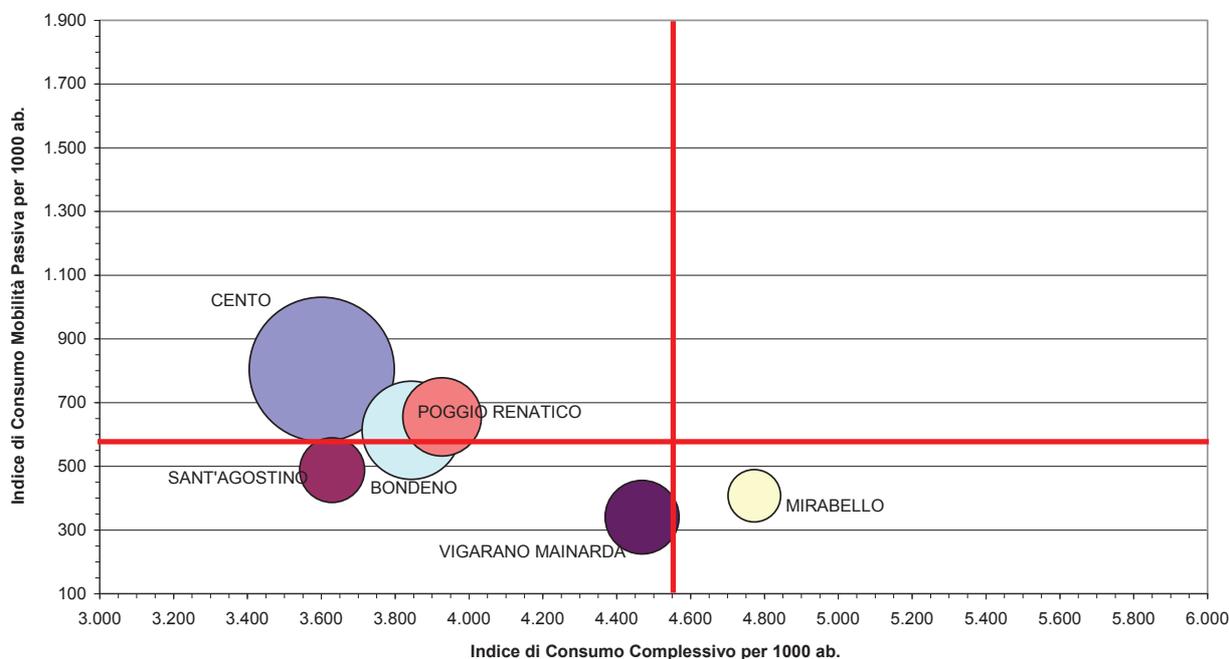
L'indice di consumo di prestazioni specialistiche nell'anno 2010 in relazione al distretto di appartenenza del cittadino mostra l'andamento evidenziato in figura. In particolare il distretto Centro- Nord presenta un indice di consumo di 5.041,88 prestazioni per 1.000 abitanti, il distretto Sud-Est presenta un indice di consumo di 4.267,13 /1.000 e il distretto Ovest un indice di consumo di 3.826,93/ 1.000. Ai cittadini del distretto Centro-Nord sono state erogate 898.473 prestazioni (55% del totale), a quelli del Sud-Est 439.549 prestazioni (27% del totale) e a quelli dell' Ovest 301.501 prestazioni (18% del totale). Tutti i Comuni del distretto Centro-Nord hanno un indice di consumo superiore a quello medio provinciale, mentre i distretti Sud-Est ed Ovest hanno un comportamento diverso in relazione al singolo Comune considerato.

Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2010



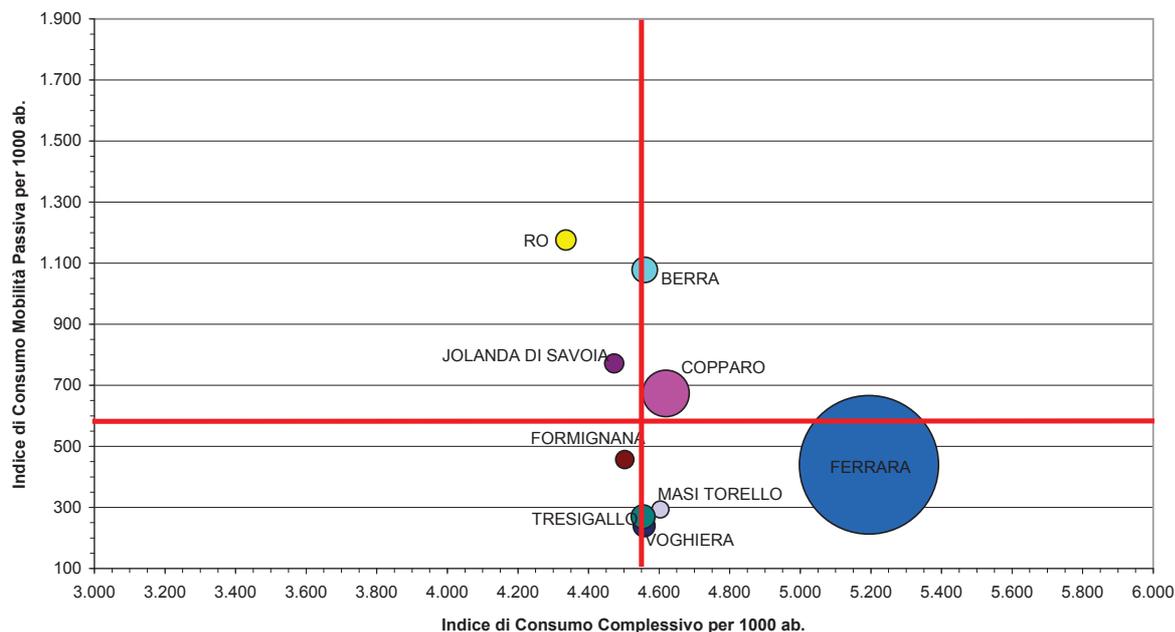
La matrice di posizionamento dei diversi comuni in relazione all'indice di consumo complessivo e all'indice di mobilità mostra come i comuni posizionati nel quadrante in basso a destra consumino molte prestazioni ma si rechino meno in mobilità passiva (quindi in strutture poste al di fuori dell'ambito provinciale), i comuni posizionati nel quadrante in basso a sinistra consumino meno prestazioni e si rechino meno in mobilità, i comuni posizionati nel quadrante in alto a destra consumino molte prestazioni e si rechino maggiormente in mobilità passiva, i comuni posizionati nel quadrante in alto a sinistra consumano meno prestazioni e si rechino in mobilità passiva. Il Comune di Ferrara presenta l'indice di consumo di prestazioni più elevato della Provincia, ma un indice di consumo di prestazioni eseguite in strutture extraprovinciali minore della media provinciale. Il Comune di Mesola presenta l'indice di consumo in mobilità più elevato della Provincia (1.650,76 prestazioni per 1.000 abitanti contro le 584,02 prestazioni della media regionale). Agli estremi opposti il Comune di Cento presenta l'indice di consumo minore della Provincia e un indice di consumo in mobilità passiva (803,69 prestazioni per 1.000 assistiti) superiore a quella Provinciale (584,02 prestazioni per 1.000 abitanti).

Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2010  
- Distretto Ovest



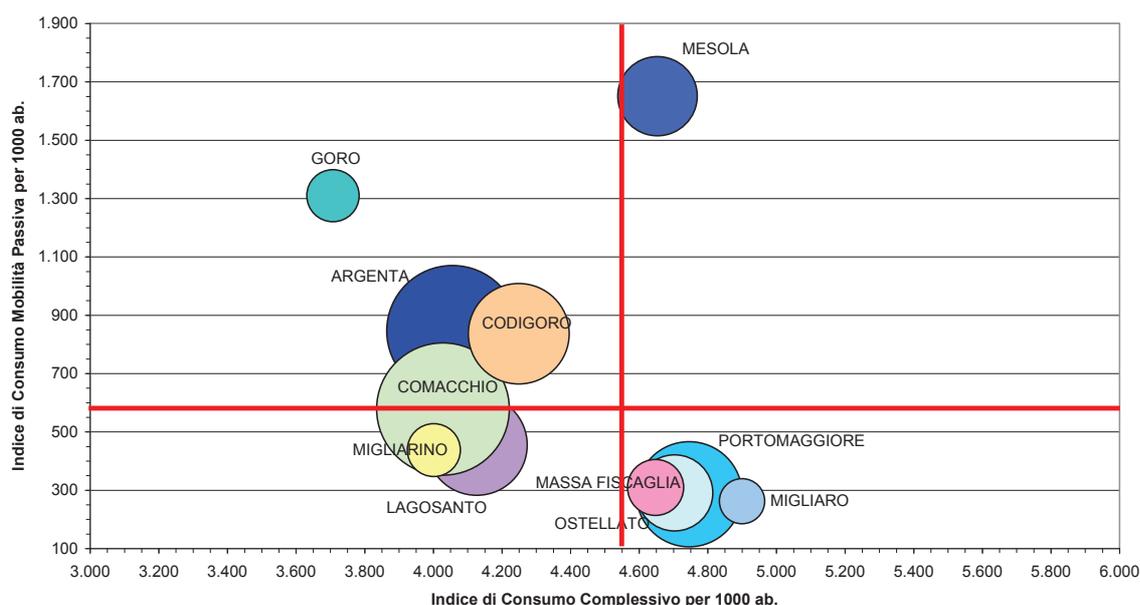
I Comuni del distretto presentano un indice di consumo (3.826,93 prestazioni per 1.000 abitanti) inferiore a quello Provinciale (4.554,31/1.000) ma un indice di consumo in mobilità passiva (657,44/ 1.000) superiore (584,02/1.000). Come si può osservare il Comune di Cento presenta l'indice di consumo più basso (3.601,54/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva più elevato pari a 803,69 /1.000. I cittadini centesi usufruiscono di prestazioni specialistiche in strutture extraprovinciali (infraregionali o extraregionali) in misura maggiore dei cittadini appartenenti agli altri comuni del distretto Ovest. La maggior parte delle prestazioni specialistiche in mobilità è stata erogata in strutture extraprovinciali ma infraregionali. Il Comune di Mirabello presenta invece un elevato indice di consumo (4.773,23 /1.000) ma un indice di consumo in mobilità passiva relativamente basso (406,96/ 1.000).

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2010  
- Distretto Centro-Nord**



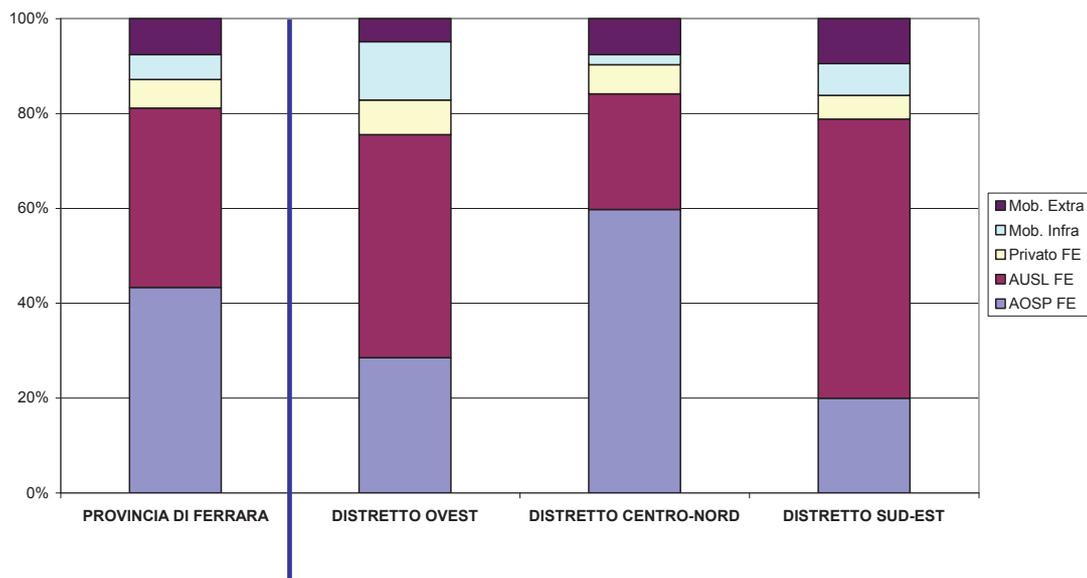
Il Distretto Centro Nord presenta un indice di consumo di prestazioni (5.041,88/ 1.000) superiore a quello medio provinciale (4.554,31/1.000) ma un indice di consumo in mobilità passiva (490,14/1.000) inferiore a quello medio provinciale (584,0 / 1.000). I cittadini del distretto Centro-Nord pertanto usufruiscono di un numero maggiore di prestazioni rispetto alla media provinciale ma tendono a rimanere nelle strutture della Provincia di Ferrara. Il Comune di Ro è quello con un indice di consumo in mobilità passiva più elevato del distretto (1.174,86/ 1.000 abitanti vs 490,14 del distretto centro-nord). Tale valore risulta anche maggiore del valore medio provinciale. L'elevata tendenza allo spostamento extraprovincia dei cittadini di Ro può essere spiegata dalla posizione geografica del Comune al confine con la Regione Veneto.

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2010  
- Distretto Sud-Est**



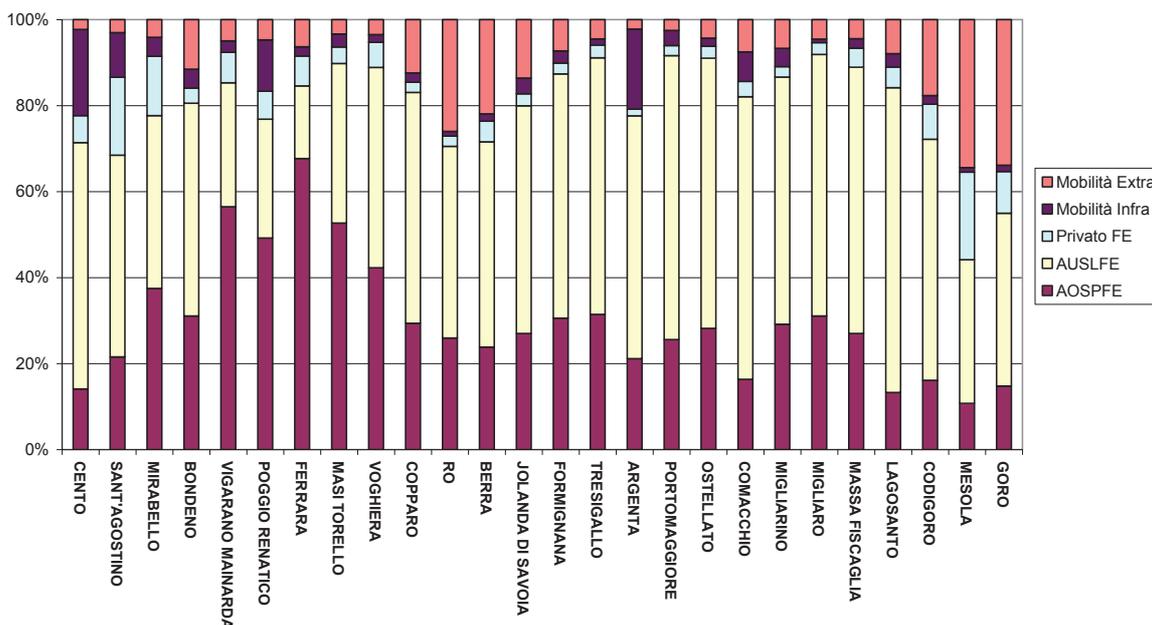
Il Distretto Sud-Est presenta un indice di consumo di prestazioni (4.267,13/ 1.000) leggermente inferiore a quello medio provinciale (4.554,31/ 1.000) e un indice di consumo in mobilità passiva di 690,29/1.000 quindi superiore rispetto a quello medio provinciale (584,02/1.000). Due comuni in particolare presentano indici di consumo in mobilità passiva particolarmente elevati. Mesola presenta infatti l'indice di consumo di prestazioni in mobilità passiva più elevato della Provincia (4.554,31/ 1.000). Anche il Comune di Goro presenta un elevato indice di consumo (1.309,25/ 1.000) ma un indice di consumo complessivo (1.309,25/ 1.000 abitanti) più basso del valore provinciale medio.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture - Anno 2010



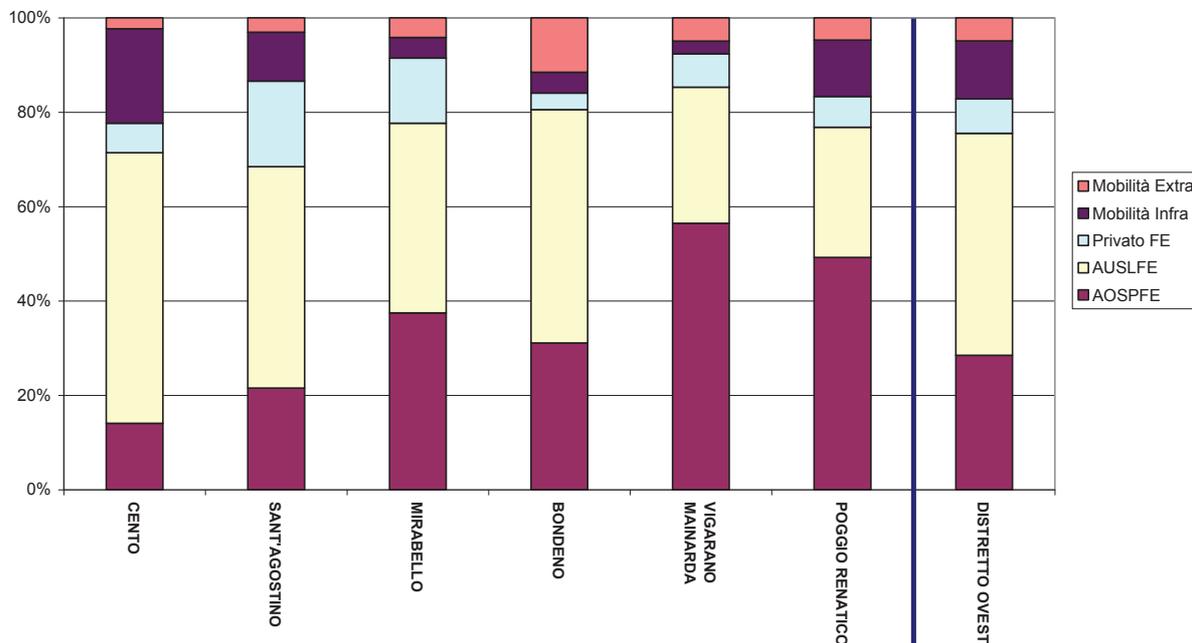
In particolare i maggiori fruitori di prestazioni specialistiche erogate dall'AOSPFE sono i cittadini del distretto Centro-Nord (536.763 prestazioni ovvero il 75% delle prestazioni erogate) verosimilmente per motivazioni di ordine logistico. I maggiori fruitori di prestazioni erogate da strutture appartenenti all'AUSL Ferrara sono i cittadini del distretto Sud-Est.

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso) - Anno 2010



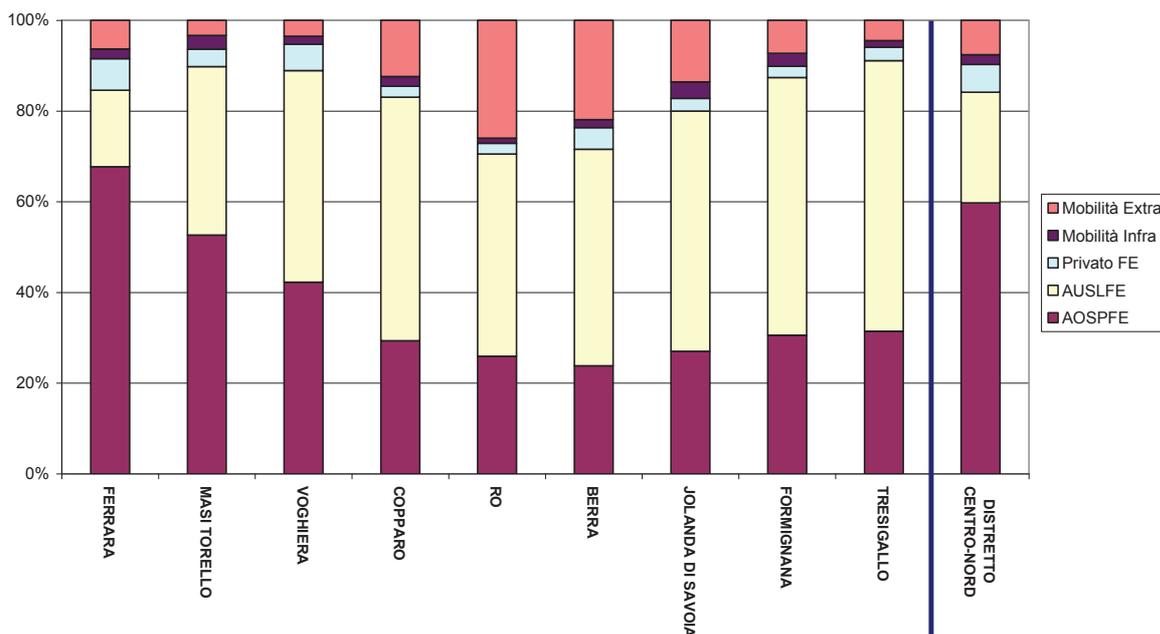
I Comuni che usufruiscono maggiormente di prestazioni erogate dall' AOSPFE sono quelli appartenenti al Distretto Centro-Nord. Le quote maggiori di mobilità infra ed extra regionale si riscontrano nei comuni situati in zone di confine: Cento, Argenta, Ro, Berra, Goro, Mesola.

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)  
- Anno 2010 - Distretto Ovest



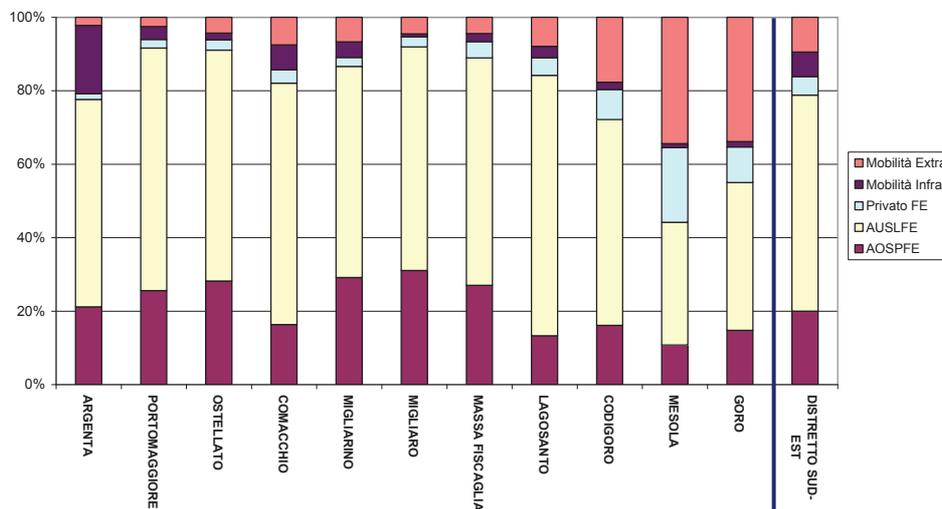
I Comuni geograficamente più vicini alla Città di Ferrara (Vigarano Mainarda, Poggiorenatico) usufruiscono di prestazioni per la maggior parte (rispettivamente 56% e 49% del totale) presso l'AOSPFE, mentre i Comuni di Cento, S.Agostino, Bondeno e Mirabello prevalentemente presso l'Azienda USL. Il Comune di Bondeno presenta la quota maggiore (12%) di prestazioni eseguite presso strutture extraregionali, mentre il Comune di Cento presenta la quota maggiore di prestazioni eseguite presso strutture extraprovinciali infra-regionali (20%).

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)  
- Anno 2010 - Distretto Centro-Nord



Relativamente al distretto Centro-Nord ,l'ambito di fruizione delle prestazioni specialistiche riflette l'ambito territoriale di appartenenza. I Comuni di Ferrara e Masi Torello presentano la quota maggiore (68% e 53%) di prestazioni erogate presso l'AOSPFE. Al contrario i restanti comuni presentano la quota maggiore di prestazioni erogate presso strutture dell'AUSL Ferrara. I Comuni situati nelle zone confinanti con altre regioni, hanno la quota maggiore di mobilità extraregionale, in particolare Ro (26% delle prestazioni) e Berra (22% delle prestazioni).

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)  
- Anno 2010 - Distretto Sud-Est



Le strutture dell'AUSL Ferrara rappresentano le principali erogatrici di prestazioni per i cittadini dei comuni del distretto. L'eccezione è rappresentata dal Comune di Mesola che presenta la quota maggiore di prestazioni (34%) erogate da strutture extraprovinciali (mobilità passiva). Altri comuni situati in zone di confine territoriale presentano elevati valori di prestazioni erogate in strutture extraregionali (Goro, Codigoro) o infra-regionali extraprovinciali (Argenta). I Comuni di Goro e Mesola hanno inoltre i valori più alti di prestazioni erogate da strutture private (10 e 20% del totale).

### Assistenza ospedaliera

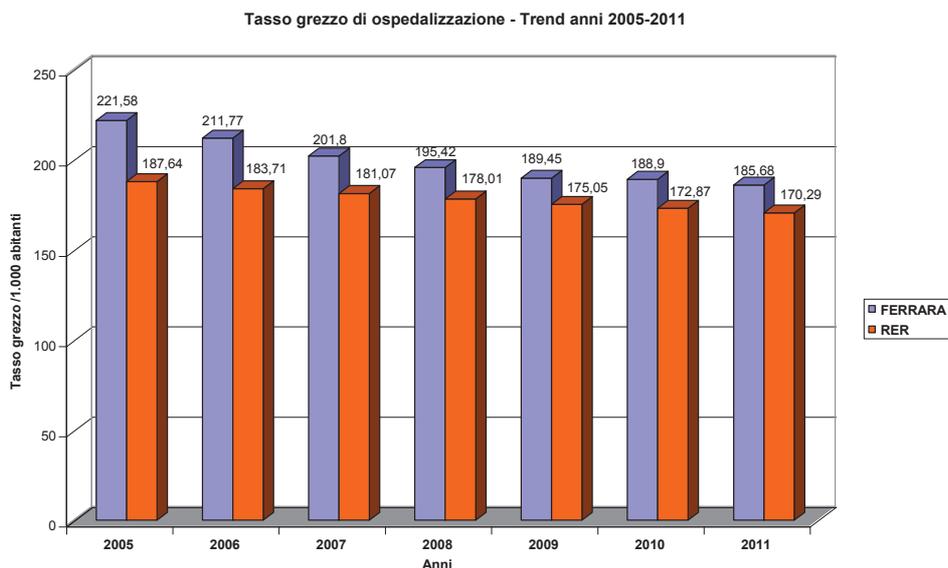
Indici di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture Ospedaliere - Anno 2010

Comune	AOSPFE	Copparo	Delta	Comacchio	Argenta	Cento	Bondeno	CdCFE	Infra	Extra	Totale	Tasso grezzo
CENTO	1.005	39	42	4	40	2.728	132	90	1.524	242	5.846	164,30
SANT'AGOSTINO	303	11	8	1	9	544	29	17	199	45	1.166	164,09
MIRABELLO	316	5	9	0	12	153	11	38	45	57	646	182,43
BONDENO	1.153	13	34	8	39	673	229	135	274	277	2.835	184,08
VIGARANO MAINARDA	745	17	25	0	19	107	37	108	95	120	1.273	169,28
POGGIO RENATICO	822	8	36	5	24	132	32	104	310	89	1.562	162,13
<b>DISTRETTO OVEST</b>	<b>4.344</b>	<b>93</b>	<b>154</b>	<b>18</b>	<b>143</b>	<b>4.337</b>	<b>470</b>	<b>492</b>	<b>2.447</b>	<b>830</b>	<b>13.328</b>	<b>169,17</b>
FERRARA	18.198	185	682	46	555	236	13	3.189	1.854	2.754	27.712	204,71
MASI TORELLO	232	6	32	6	19	6	0	39	26	27	393	164,71
VOGHIERA	382	8	72	5	80	4	0	83	47	48	729	186,06
COPPARO	1.528	790	323	33	74	38	0	112	172	289	3.359	194,78
RO	302	113	32	3	13	6	0	29	22	76	596	172,25
BERRA	363	227	134	12	19	10	0	22	45	191	1.023	192,73
JOLANDA DI SAVOIA	237	125	154	5	9	10	0	24	33	49	646	209,13
FORMIGNANA	215	90	116	14	15	4	0	14	32	35	535	190,39
TRESIGALLO	369	165	200	23	31	6	0	31	37	41	903	195,58
<b>DISTRETTO CENTRO-NORD</b>	<b>21.826</b>	<b>1.709</b>	<b>1.745</b>	<b>147</b>	<b>815</b>	<b>320</b>	<b>13</b>	<b>3.543</b>	<b>2.268</b>	<b>3.510</b>	<b>35.896</b>	<b>201,43</b>
ARGENTA	912	5	272	12	1.636	65	0	44	989	164	4.099	181,57
PORTOMAGGIORE	712	16	296	15	776	21	0	60	241	101	2.238	179,83
OSTELLATO	312	11	463	74	79	11	1	36	77	61	1.125	171,55
COMACCHIO	657	23	1.760	626	73	37	0	88	562	321	4.147	179,35
MIGLIARINO	216	13	264	45	37	12	0	27	55	52	721	192,83
MIGLIARO	89	8	259	22	7	3	0	23	22	14	447	199,64
MASSA FISCAGLIA	165	8	349	38	11	7	0	30	38	40	686	189,45
LAGOSANTO	121	5	468	60	7	10	0	22	87	79	859	174,56
CODIGORO	362	19	1.135	116	22	21	0	46	205	423	2.349	185,65
MESOLA	196	16	502	60	8	10	0	29	85	436	1.342	186,65
GORO	97	4	316	61	5	7	0	13	46	216	765	193,92
<b>DISTRETTO SUD-EST</b>	<b>3.839</b>	<b>128</b>	<b>6.084</b>	<b>1.129</b>	<b>2.661</b>	<b>204</b>	<b>1</b>	<b>418</b>	<b>2.407</b>	<b>1.907</b>	<b>18.778</b>	<b>182,30</b>
Provincia Ferrara	30.009	1.930	7.983	1.294	3.619	4.861	484	4.453	7.122	6.247	68.002	188,90

NB: Escluso Neonati Sani

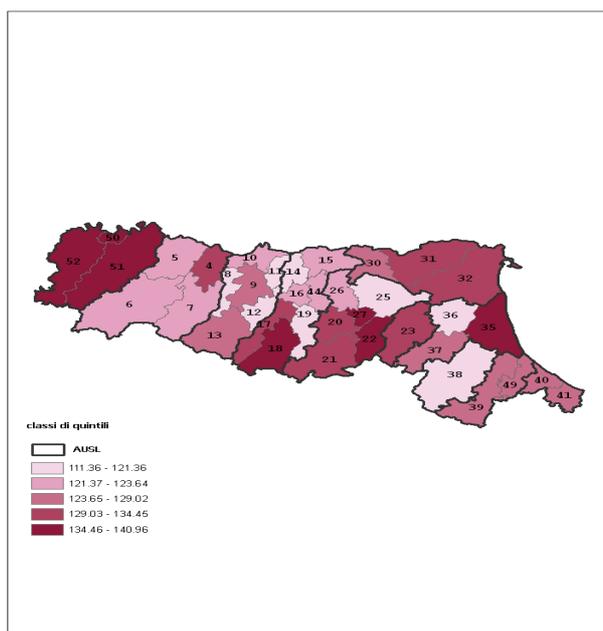
I dati sono estratti dalla banca dati regionale

La tabella “Indici di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere anno 2010” evidenzia la distribuzione dei ricoveri da parte dei residenti in ciascun Comune della Provincia di Ferrara presso ciascun ospedale dell’ASL, l’Azienda Ospedaliera S. Anna, le Case di Cura di Ferrara, gli ospedali di altre Province della Regione e gli ospedali extraregionali. Nell’ultima colonna a destra sono indicati i tassi di ospedalizzazione (T.O.‰) registrato nel 2010 dai residenti di ciascun comune della Provincia di Ferrara. Nel corso dell’anno 2010 si sono registrati 68.002 ricoveri di cittadini residenti nella provincia di Ferrara a cui corrisponde un tasso grezzo di ospedalizzazione pari a 188,90 ricoveri/1.000 abitanti, valore leggermente superiore alla media regionale pari a 172,87 ricoveri/1.000 abitanti.

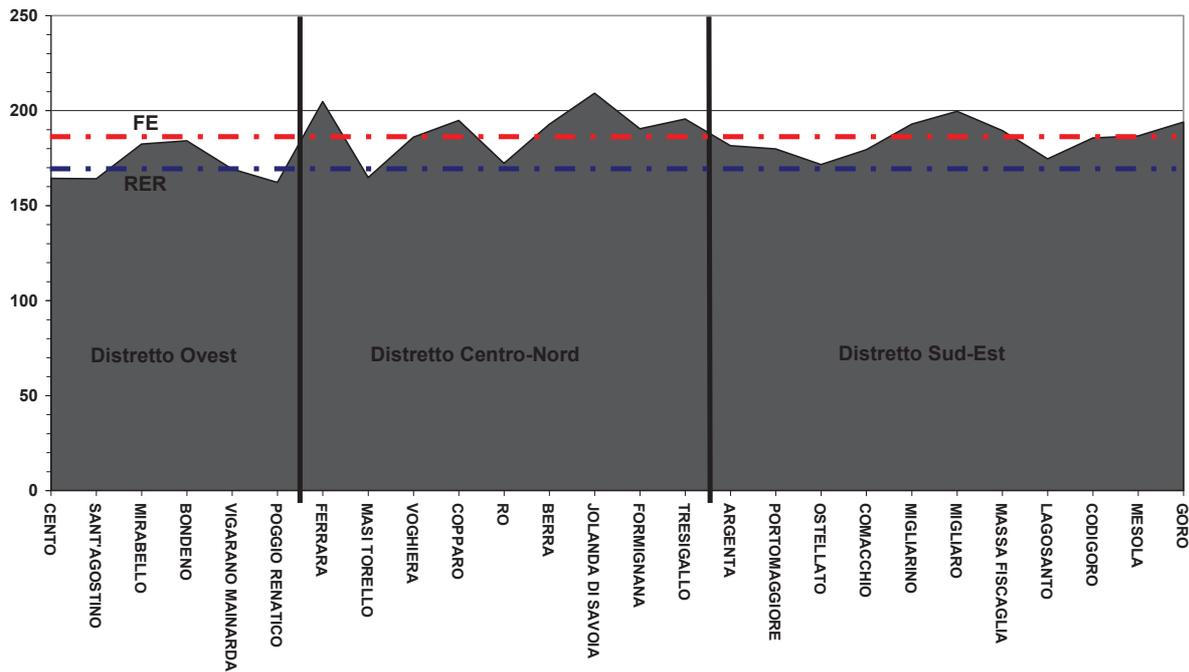


Il tasso di ospedalizzazione dei cittadini della Provincia di Ferrara e della Regione nel corso degli anni mostra una tendenza alla riduzione. Il tasso di ospedalizzazione dei cittadini della Provincia rimane sempre leggermente superiore a quello medio regionale. L’Ausl di Ferrara per l’anno 2011 presenta un tasso standardizzato per età, \*1000 residenti pari a 175,49 superiore a quello regionale di 169,20, anche se con un trend costantemente in calo dal 2007.

**Distribuzione del tasso di ospedalizzazione, regime ordinario, standardizzato per età, \*1000 residenti per classi quintili. Distretti della Aziende Usi dell’Emilia-Romagna, 2011.**

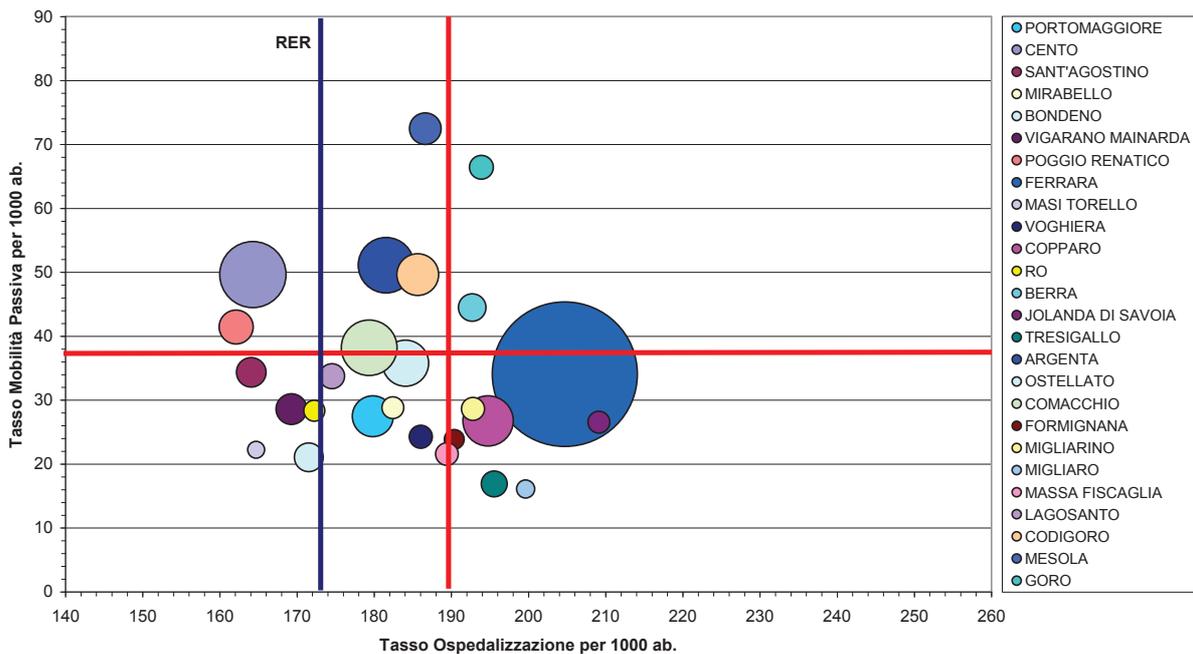


### Tassi Grezzi di Ospedalizzazione Comunali - Anno 2010



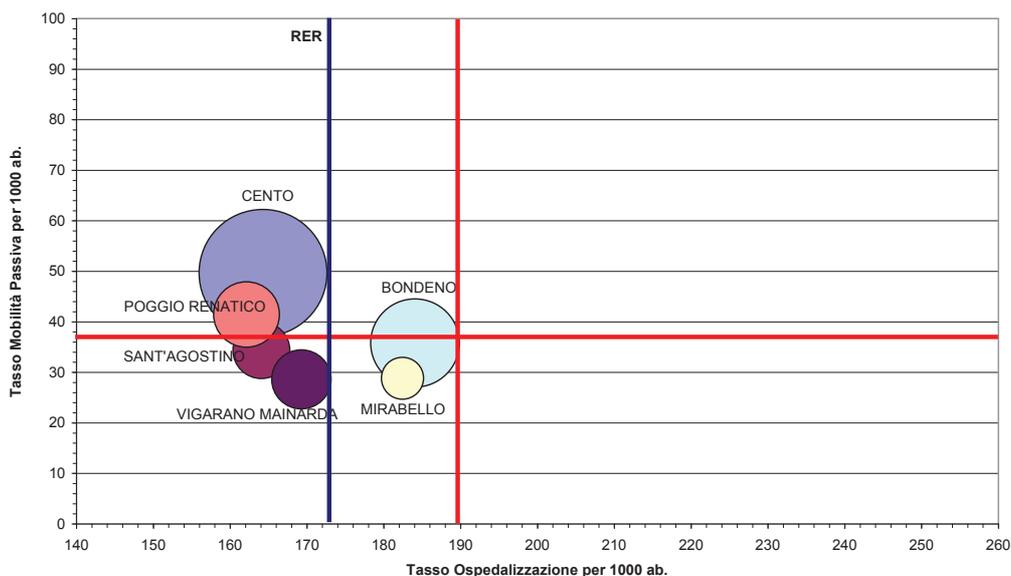
Il distretto Centro-Nord presenta un tasso di ospedalizzazione pari a 199 ricoveri/1.000 abitanti, pertanto superiore alla media provinciale e regionale. I distretti Ovest e Sud-Est presentano rispettivamente tassi di ospedalizzazione di 169 ricoveri/1.000 abitanti e 182 ricoveri/1.000 abitanti. Si osserva un comportamento disomogeneo all'interno dei distretti, in quanto i Comuni presentano tassi di ospedalizzazione diversi. In particolare nel distretto Centro –Nord i Comuni di Jolanda di Savoia e Ferrara mostrano i tassi di ospedalizzazione più elevati: rispettivamente 209,13 e 204,71 ricoveri/1000 abitanti (tassi più elevati della Provincia). Si osserva inoltre come i Comuni del Distretto Ovest abbiano un TO inferiori a quello medio provinciale e per i Comuni di Poggiorenetico, Cento, Vigarano Mainarda, S.Agostino inferiori anche al TO medio regionale.

### Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2010



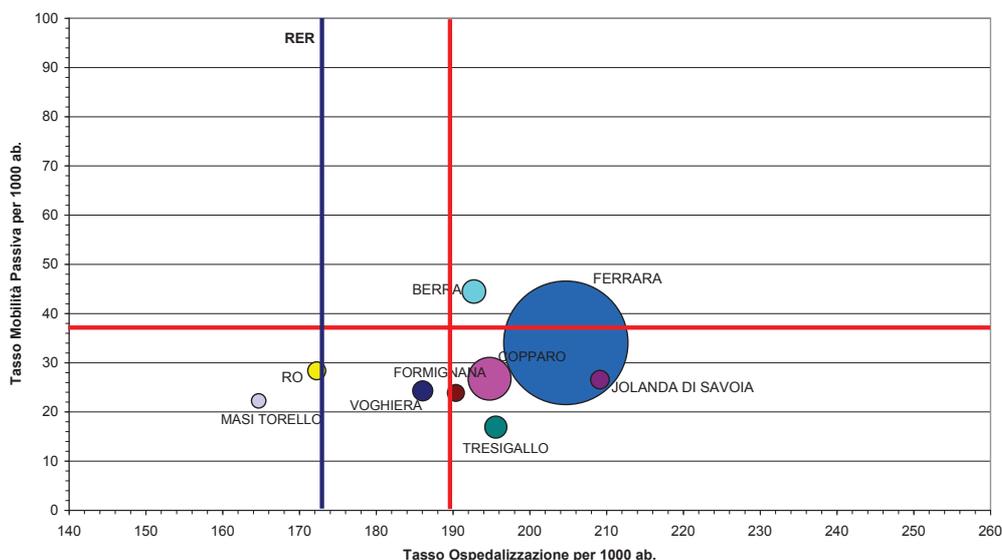
La matrice di posizionamento visualizza il comportamento di ogni singolo comune in relazione al tasso di ospedalizzazione generale e al tasso di mobilità. È possibile pertanto analizzare come i Comuni che si posizionano nella parte destra del grafico abbiano elevati tassi di ospedalizzazione (superiori a quelli medi provinciale e regionale), mentre quelli che si posizionano nella parte sinistra del grafico presentino tassi di ospedalizzazione inferiori a quello medio regionale. I Comuni che si posizionano nella parte alta del grafico presentano valori elevati di tassi di mobilità passiva (pertanto in strutture esterne a quelle provinciali), viceversa per i Comuni che si collocano nella parte inferiore del grafico. La dimensione del cerchio è direttamente proporzionale al numero delle prestazioni consumate dai residenti: maggiore è la dimensione e maggiore è il numero delle prestazioni complessivamente consumate.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2010 - Distretto Ovest



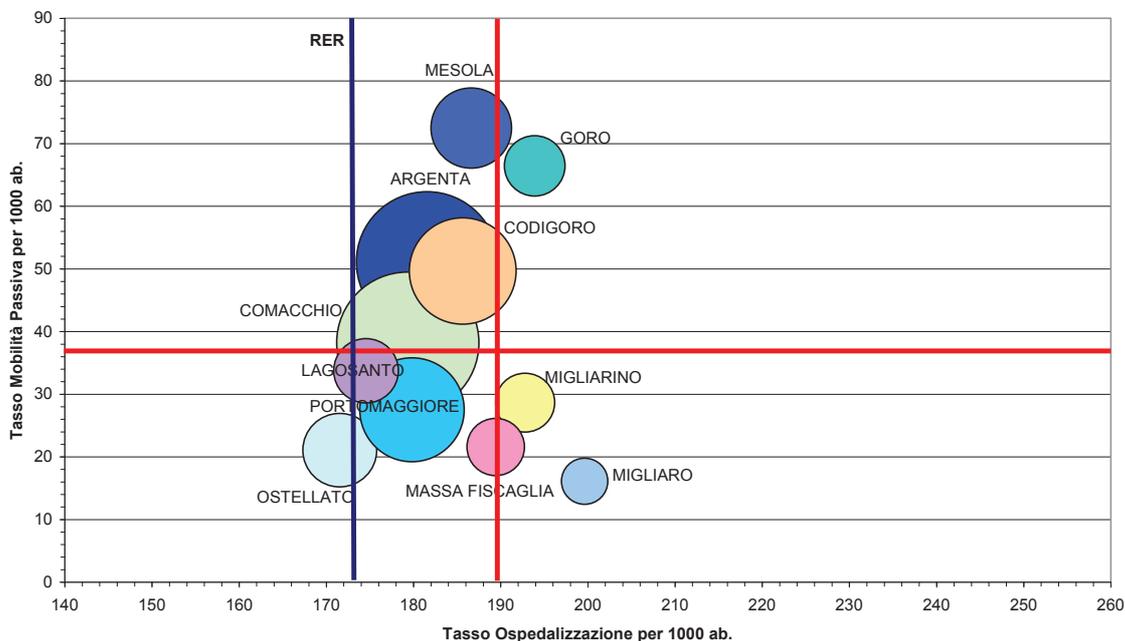
I Comuni di Cento, Poggiorenatico, S. Agostino e Vigarano Mainarda presentano tassi di ospedalizzazione inferiori al tasso medio regionale a cui si associa per i Comuni di Cento e Poggiorenatico una maggiore tendenza ad usufruire dei ricoveri in strutture al di fuori dell'ambito provinciale (mobilità passiva infra-regionale e extra-regionale).

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2010 - Distretto Centro-Nord



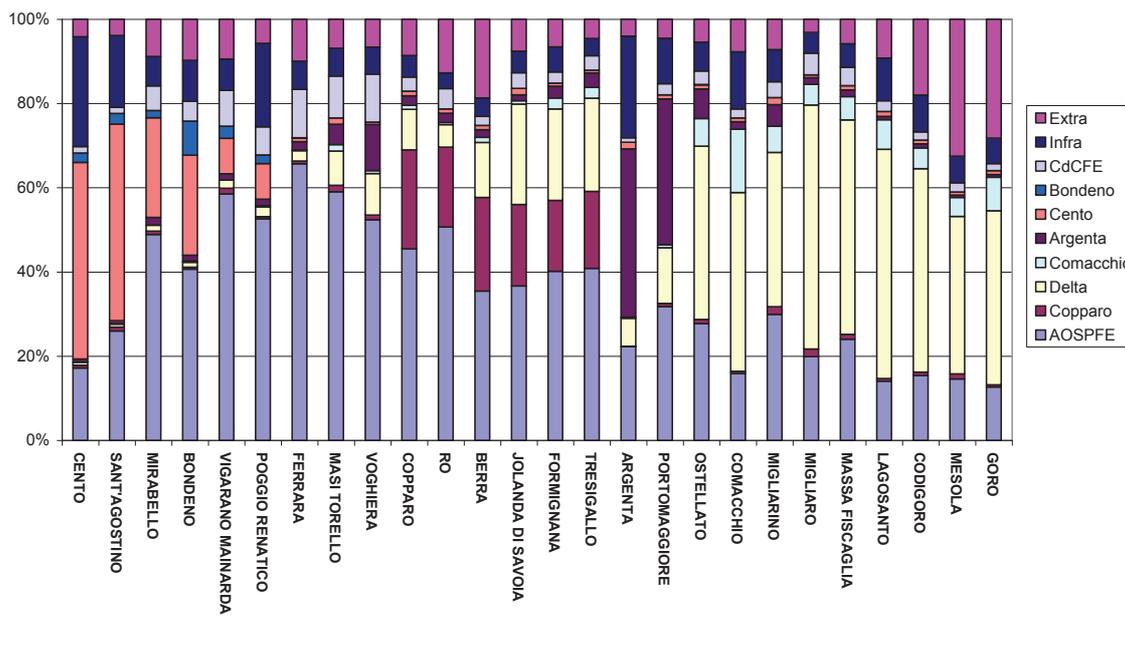
I Comuni del Distretto Centro-Nord hanno in generale bassi tassi di mobilità, ma elevati tassi di ospedalizzazione generale, con l'esclusione di Masi Torello e Ro che presentano tassi di ospedalizzazione generale e in mobilità bassi.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2010 - Distretto Sud-Est



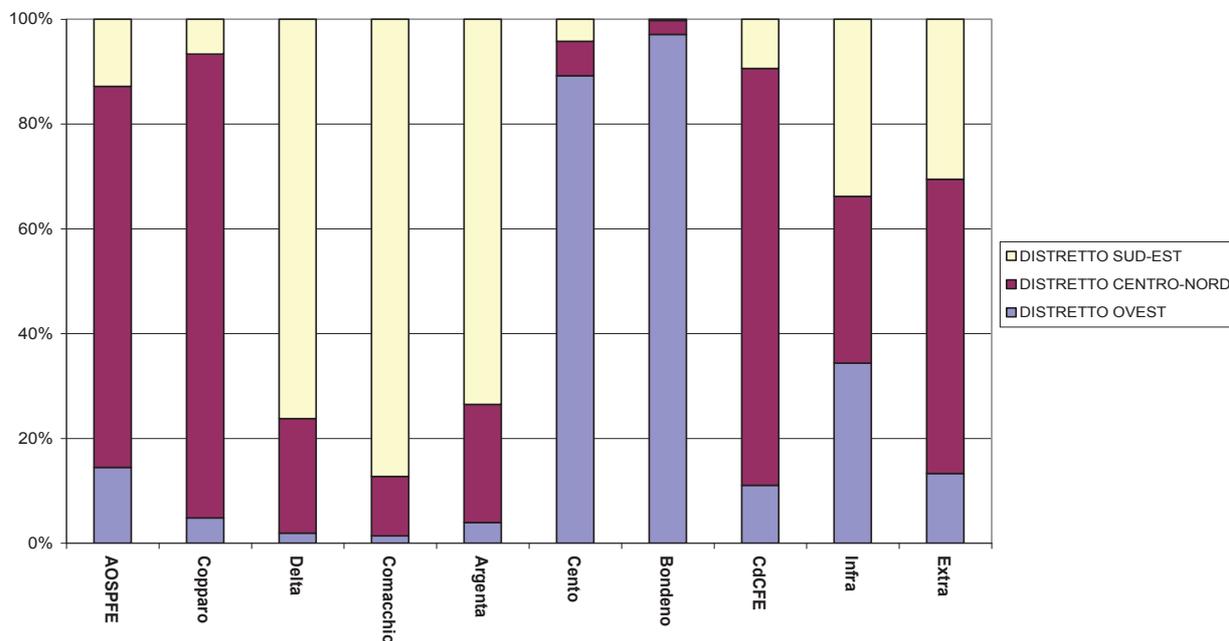
I Comuni di Mesola, Goro, Argenta e Codigoro presentano i tassi di mobilità più elevati della Provincia (rispettivamente 72,46/1000, 66,41/1000, 51,07/1000 e 49,63/1000 contro una media provinciale di 37,14/1000). Con l'eccezione di Ostellato, nessun Comune si colloca nella parte sinistra del grafico, pertanto tutti i Comuni del Distretto presentano TO più elevati rispetto alla media regionale.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero - Anno 2010



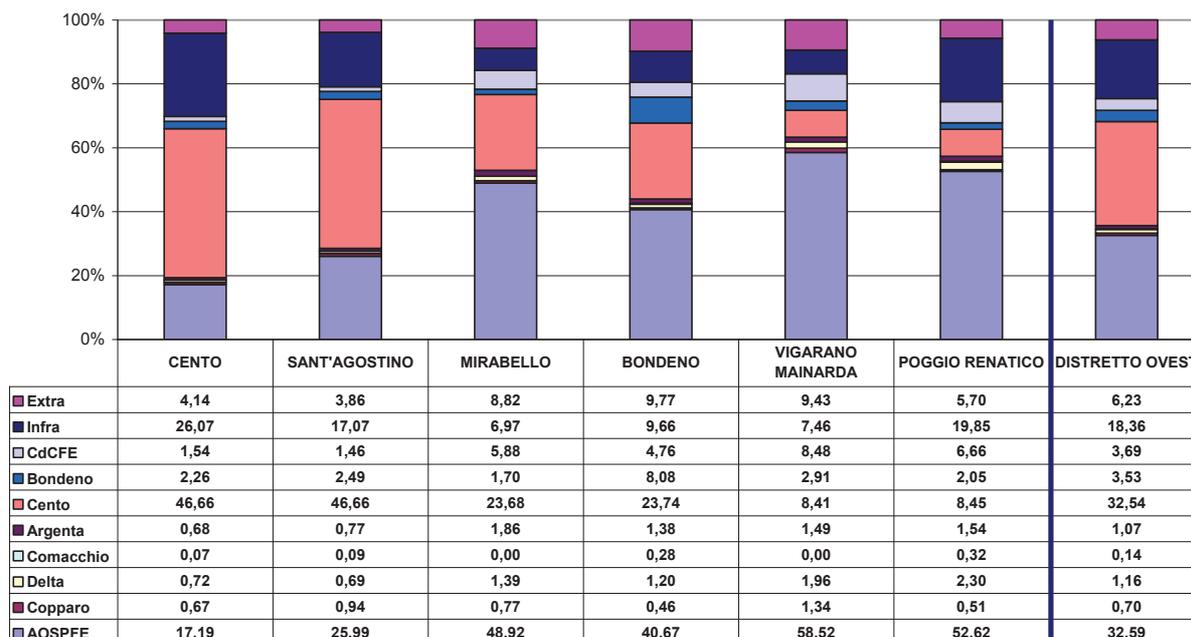
L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture erogatrici riflette essenzialmente la collocazione geografica. La tendenza dei cittadini appare pertanto quella di recarsi nelle strutture vicine al luogo di residenza.

Indice di Dipendenza per Ricoveri Ospedalieri delle Strutture dalla Popolazione - Anno 2010



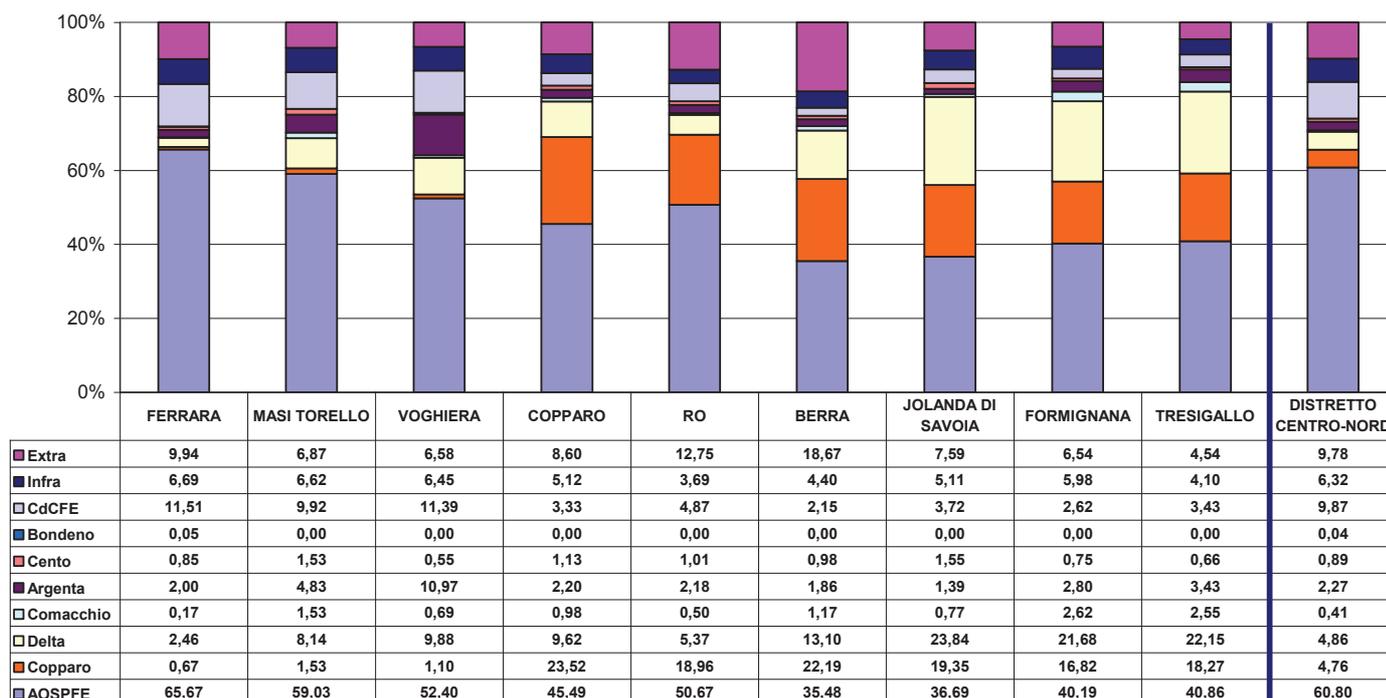
La popolazione del Distretto Centro-Nord usufruisce prevalentemente di ricoveri presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (60.80% dei ricoveri), mentre la popolazione dell'Ovest usufruisce per il 39.14% dei ricoveri delle strutture dell'Azienda USL Ferrara e per il 32.59% dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. La popolazione del Distretto Sud-Est usufruisce di ricoveri per il 54,36% dei casi presso strutture dell'Azienda USL Ferrara.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero - Anno 2010 - Distretto Ovest



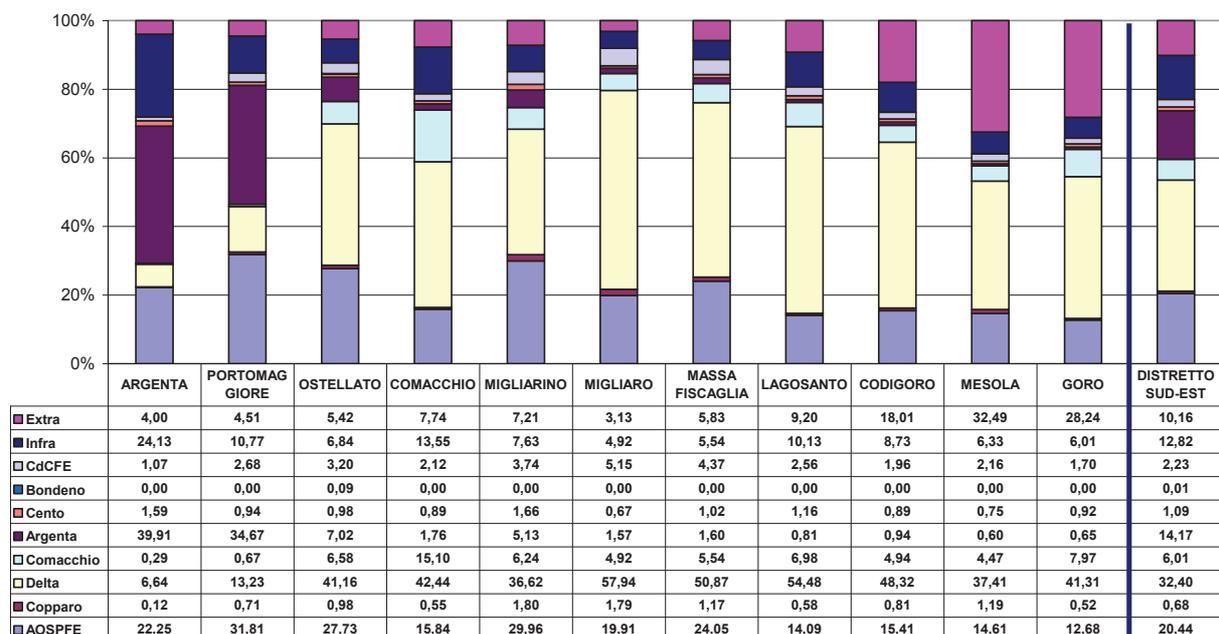
I Comuni di Cento e S.Agostino dipendono prevalentemente dall'Ospedale di Cento (rispettivamente 46.66% dei ricoveri) per motivi di vicinanza logistica. Il Comune di Cento, al confine con altre province della Regione usufruisce della più alta quota di ricoveri presso strutture extraprovinciali infraregionali (26.07% dei ricoveri). I Comuni più vicini alla città di Ferrara presentano una quota più elevata di ricoveri consumati presso l'AOSPFE; in particolare i comuni di Mirabello, Bondeno, Vigarano Mainarda e Poggiorenetico con rispettivamente il 48.92%, il 40.67%, il 58.52% e il 52.62% dei ricoveri.

**Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero  
- Anno 2010 - Distretto Centro-Nord**



Tutti i Comuni del Distretto Centro-Nord presentano elevate percentuali di ricoveri presso l'AOSPFE. I Comuni di Ferrara, Voghiera e Masi Torello presentano la quota maggiore di ricoveri presso strutture private di Ferrara (rispettivamente 11.51%, 11.39% e 9.92% dei ricoveri). I Comuni di Ro e Berra, situati in zone di confine con la Regione Veneto, presentano le quote più elevate di ricoveri consumati presso strutture extraregionali (12.75% e 18.67% dei ricoveri). I Comuni di Copparo e Ro presentano elevati valori di ricoveri eseguiti presso lo stabilimento di Copparo (23.52% e 18.96% rispettivamente).

**Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero  
- Anno 2010 - Distretto Sud-Est**



Relativamente al Distretto Sud-Est, la sede di erogazione del ricovero rispecchia essenzialmente l'ambito territoriale di appartenenza. Interessante notare l'elevata mobilità extraregionale dei Comuni situati in zone di confine con altre Regioni: Codigoro, Mesola e Goro con rispettivamente il 18.1%, 32.49% e 28.24% di tutti i ricoveri erogati in strutture extraregionali. Risulta elevato anche il valore di mobilità infraregionale del Comune di Argenta con il 24.13% dei ricoveri erogati da strutture extraprovinciali intraregionali.

### L'area ospedaliera

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

Area 1 OVEST comprendente gli ospedali di Cento, di Copparo e di Bondeno;

Area 2 EST comprendente gli ospedali del Delta, di Comacchio e di Argenta.

e prevede i seguenti Dipartimenti:

1. Chirurgico;
2. Medico;
3. Materno - Infantile;
4. Emergenza;
5. Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica.

Posti letto per Disciplina e Stabilimento al 01/01/2012 - Azienda USL Ferrara

Disciplina	OSPEDALE COMACCHIO			OSPEDALE DEL DELTA			OSPEDALE ARGENTA			OSPEDALE CENTO			OSPEDALE BONDENO			OSPEDALE COPPARO			Totale		
	Ord.	D.H.	D.S.	Ord.	D.H.	D.S.	Ord.	D.H.	D.S.	Ord.	D.H.	D.S.	Ord.	D.H.	D.S.	Ord.	D.H.	D.S.	Ord.	D.H.	D.S.
CARDIOLOGIA	0	0	0	10	2	0	0	0	0	11	1	0	0	0	0	0	0	0	21	3	0
CHIRURGIA GENERALE	5	0	0	23	0	0	13	0	0	23	1	0	0	0	0	0	0	0	64	1	0
GERIATRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6	0	0
MEDICINA GENERALE	19	0	0	59	2	0	49	2	0	59	5	0	0	5	0	36	12	0	222	26	0
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0	0	0	21	0	0	18	0	0	26	1	0	0	0	0	0	0	0	65	1	0
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0	0	0	18	0	0	6	0	0	19	2	0	0	0	0	0	0	0	43	2	0
PEDIATRIA	0	0	0	8	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	8	6	0
PSICHIATRIA	0	0	0	15	0	0	15*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	0	0
UROLOGIA	0	0	0	12	0	0	0	0	0	13	1	0	0	0	0	0	0	0	25	1	0
TERAPIA INTENSIVA	0	0	0	4	0	0	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	0
UNITA' CORONARICA	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0
RECUPERO E RIABILITAZIONE	0	5	0	6	0	0	6	0	0	0	0	0	0	6	0	0	8	0	0	31	0
LUNGODEGENTI	20	0	0	33	0	0	26	0	0	0	0	0	34	0	0	30	0	0	143	0	0
DAY SURGERY	0	0	10	0	0	10	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	34
<b>TOTALE</b>	<b>44</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>207</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>131</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>159</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>66</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>647</b>	<b>71</b>	<b>34</b>

\*situati all'interno dell'AOSPFE S.Anna

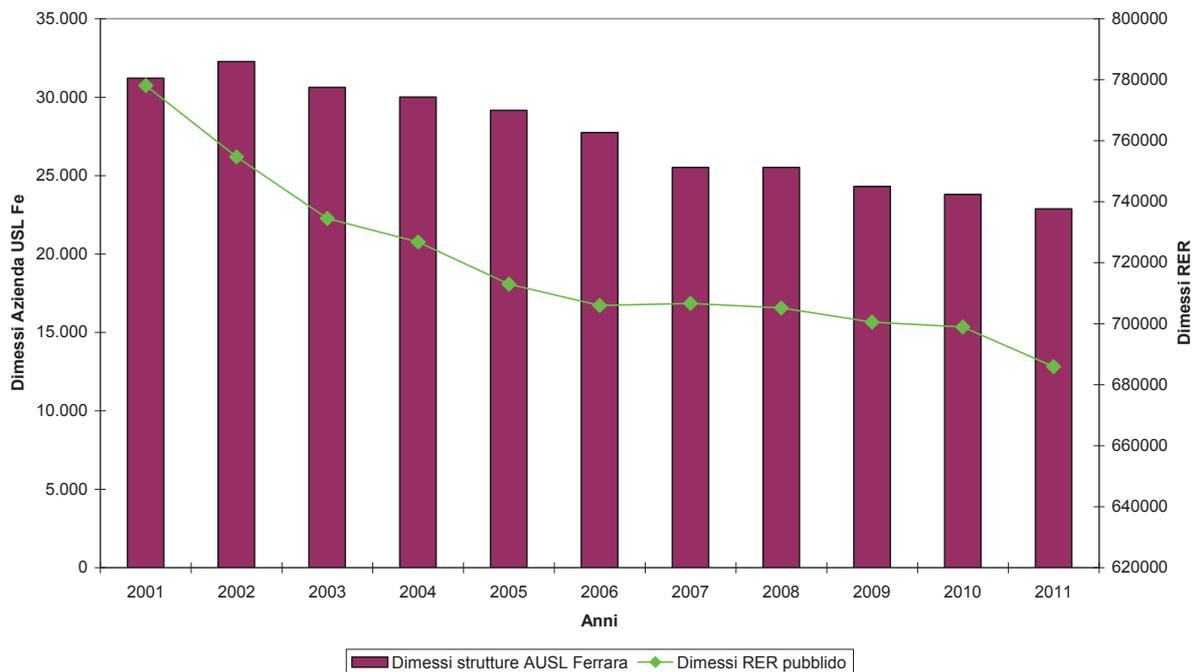
Complessivamente il sistema ospedaliero dell'Azienda USL di Ferrara è dotato di 752 posti letto (compresi 30 posti letto di psichiatria di cui 15 presso ospedale delta e 15 facenti parte del SPDC di Ferrara situato all'interno dell'Ospedale S. Anna), di cui 647 di ricovero ordinario e 105 di ricovero in regime di Day Hospital, e presenta 13 discipline, articolate nei diversi stabilimenti. Presso l'Ospedale del Delta sono presenti 4 posti di Osservazione breve intensiva (O.B.I.) che non sono imputabili come posto letto ospedaliero.

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	2008	2009	2010	2011
<b>N° posti letto dell'Azienda USL di Ferrara</b>	753	751	759	752
Di cui in lungodegenza e riabilitazione	174	174	174	174
<b>N° posti letto dell'Azienda OSP di Ferrara</b>	863	863	860	860
Di cui in lungodegenza e riabilitazione	97	97	97	97
<b>N° posti letto accreditati nelle Case di Cura</b>	169	145	145	195
di cui in lungodegenza e riabilitazione	75	75	75	75
<b>N° totale di posti letto Provincia di Ferrara</b>	<b>1.785</b>	<b>1.759</b>	<b>1.764</b>	<b>1.807</b>
di cui lungodegenza e riabilitazione	346	346	346	346
<b>Dotazione media ogni 1.000 abitanti</b>	<b>5,02</b>	<b>4,91</b>	<b>4,91</b>	<b>5,02</b>
di cui in lungodegenza e riabilitazione	0,97	0,97	0,96	0,96
<b>Posti letto totali RER</b>	<b>19.777</b>	<b>19.732</b>	<b>19.606</b>	<b>20.493</b>
di cui in Lungodegenza e Riabilitazione	3.896	3.931	3.862	3.911
<b>Dotazione media ogni 1.000 abitanti RER</b>	<b>4,63</b>	<b>4,55</b>	<b>4,46</b>	<b>4,62</b>
di cui in lungodegenza e riabilitazione	0,91	0,91	0,88	0,88

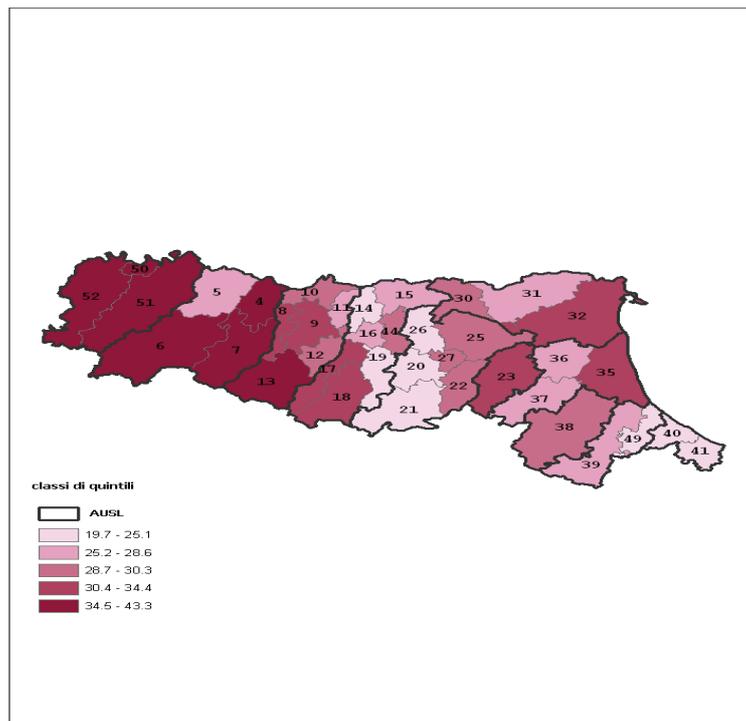
## Trend dei ricoveri degli ospedali AUSL Ferrara

Dimessi dalle strutture pubbliche AUSL Fe e RER - Trend anni 2001-2011



L'andamento generale dei ricoveri (in regime ordinario e Day – Hospital) presso strutture dell'Azienda USL Ferrara mostra dall'anno 2003 una tendenza alla riduzione. Anche la Regione Emilia – Romagna mostra un trend in riduzione.

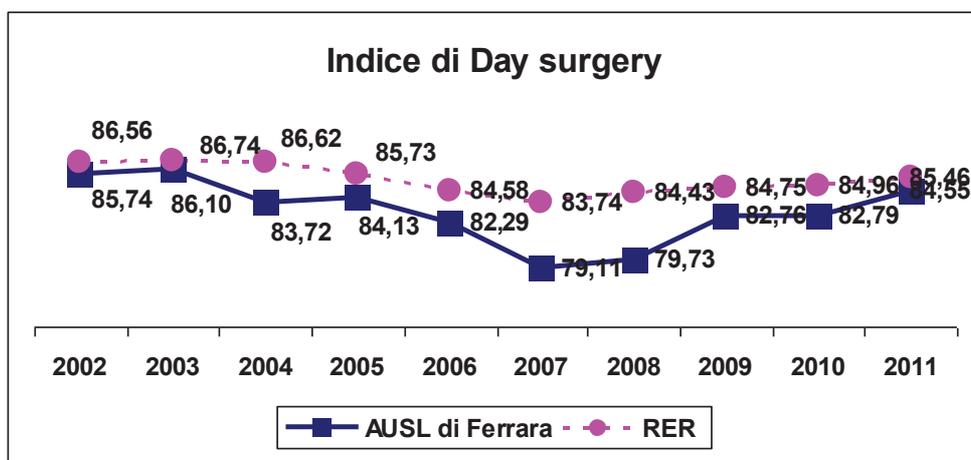
Distribuzione della percentuale di parti con taglio cesareo sul totale dei parti delle donne residenti per classi quintili. Distretti delle Aziende Usi dell'Emilia-Romagna, 2011.



I due punti nascita dell'Azienda USL di Ferrara nel 2011 hanno ottenuto una Percentuale di Parti Cesarei sul Totale dei Parti del 26,52 (29,89 per l'Ospedale del Delta e del 23,85 per l'Ospedale di Cento) rispetto ad una media Regionale del 29,06. L'azienda Ospedaliera di Ferrara ha ottenuto una Percentuale di Parti Cesarei sul Totale dei Parti del 30,19. Il 16.5% dei parti per residenti della provincia di Ferrara ha luogo in aziende diverse da quelle Ferraresi con una quota di cesarei in mobilità passiva del 34.4%. La quota di parti cesarei in mobilità passiva (sul totale di cesarei eseguiti su residenti del distretto) per il distretto Ovest è del 25%, per il Distretto Centro-Nord del 14% per il distretto Sud-Est del 23%.

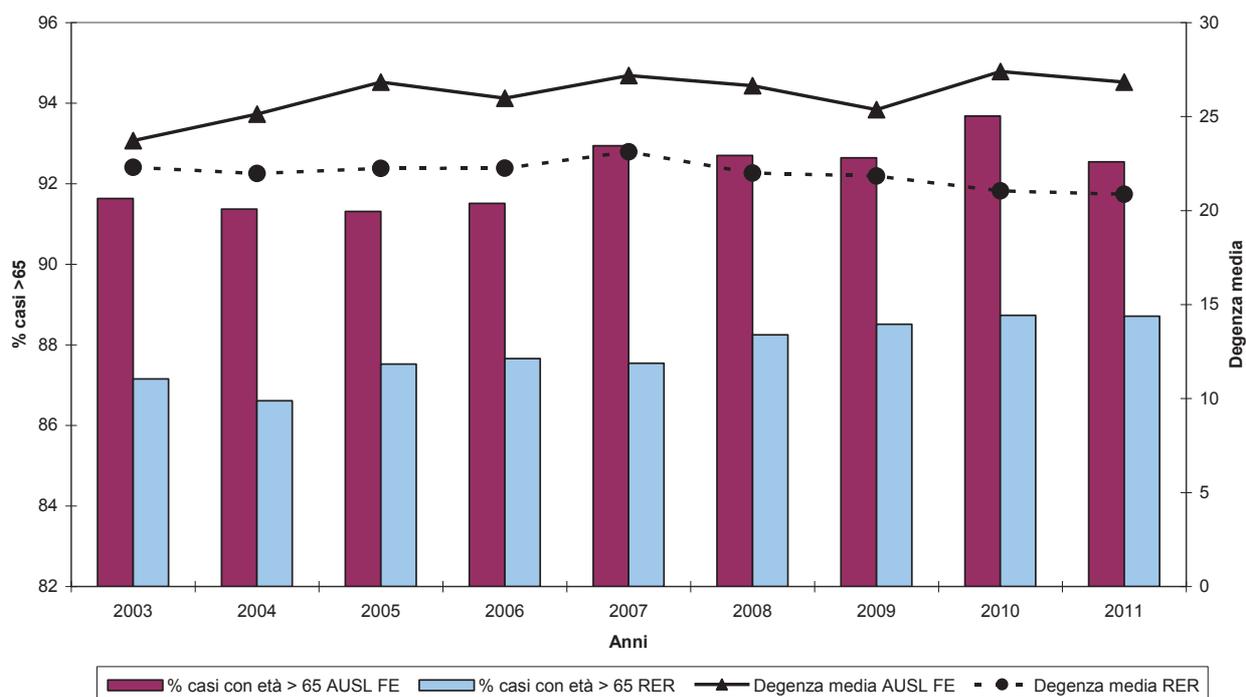
### Day Surgery

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. Dal 2007 l'indice di Day - Surgery ha ripreso ad aumentare fino ad attestarsi a valori prossimi a quello medio regionale.



### Lungodegenza

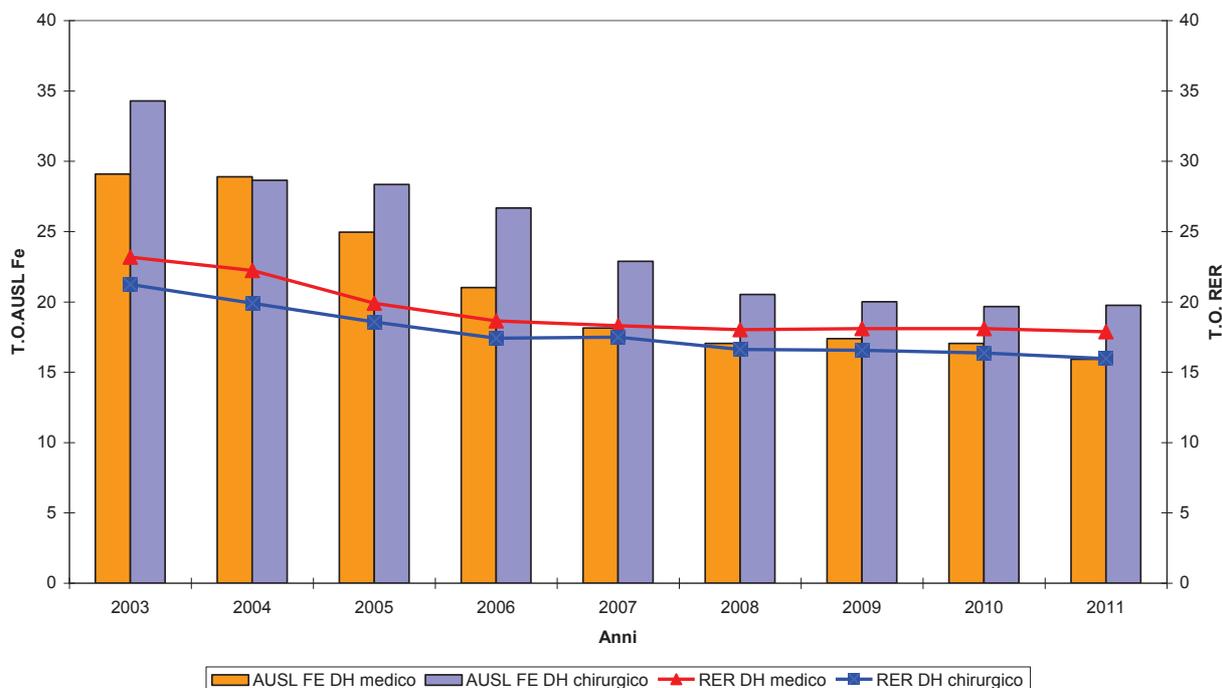
Degenza media e % ricoverati >65 anni - Trend anni 2003-2011



Le strutture dell'Azienda USL Ferrara nell'anno 2011 presentano una degenza media di 26,83 giorni, superiore alla degenza media regionale pari a 20,87 giorni. La degenza media più elevata può essere originata dall'età più avanzata dei ricoverati, evidenziata dal tasso di occupazione degli over 65 che nel 2011 erano il 62,54% dei ricoverati totali (valore medio regionale 88,71%).

## Day Hospital

T.O. DH standardizzato AUSL Fe e RER -Trend 2003-2011



Il Tasso di ospedalizzazione standardizzato in regime di ricoveri in DH medico delle strutture dell'azienda USL mostra un trend in riduzione nel corso degli anni, fino a rendersi inferiore a partire dal 2007 al T.O. delle strutture pubbliche regionali. Il T.O. in regime di DH chirurgico mostra un trend in riduzione. Il tasso di ospedalizzazione delle strutture dell'Azienda USL Ferrara è sempre maggiore di quello regionale. Il tasso di ospedalizzazione delle strutture dell'Azienda USL in DH chirurgico è superiore a quello in DH medico mentre si osserva il contrario per le strutture pubbliche regionali.

Gli accessi in *Osservazione breve intensiva (O.B.I.)* non seguiti da ricovero per l'anno 2011 sono stati per l'Ausl di Ferrara pari a 1247 (1286 nel 2010).

## L'Emergenza

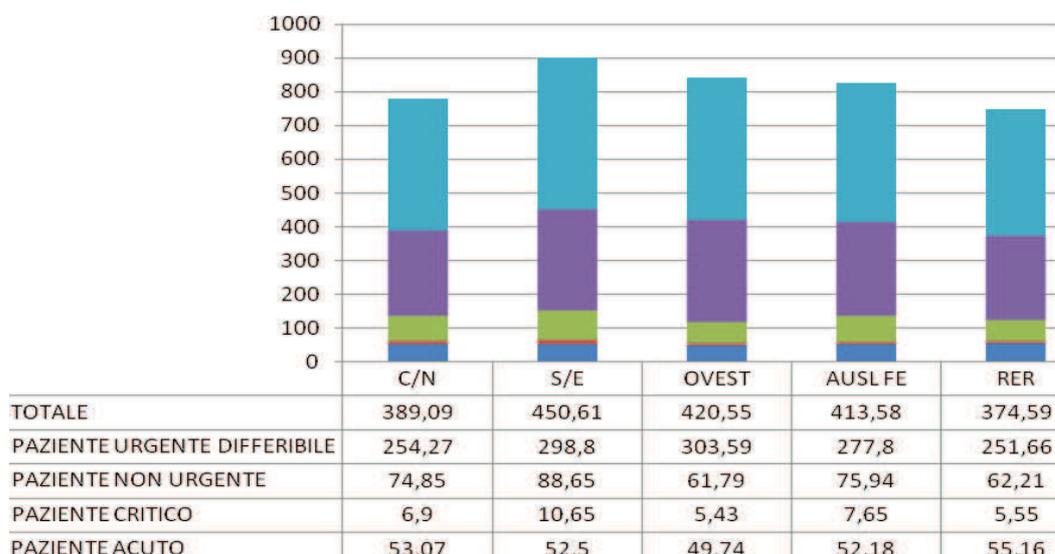
L'attività di Emergenza territoriale ha il compito di attuare l'intervento sanitario in loco e se necessario effettuare il trasporto protetto del paziente all'ospedale di competenza. L'attività di Pronto Soccorso ha il compito invece di svolgere attività di accettazione avendo come obiettivi stabilizzare 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.

**Numero di interventi effettuati per area territoriale e per codice attribuito Anno 2010**

<b>CODICE AREE</b>	<b>ROSSO</b>	<b>GIALLO</b>	<b>VERDE</b>	<b>BIANCO</b>
BONDENO	577	281	447	36
CENTO	1106	850	1015	58
S. AGOSTINO	220	193	257	18
FERRARA	3942	3255	7497	591
PORTOMAGGIORE	771	602	692	61
ARGENTA	848	533	681	55
COMACCHIO	1175	897	1245	85
MIGLIARINO	417	305	490	60
DELTA	794	387	1438	106
B.MESOLA	260	209	303	50
COPPARO	1320	773	1141	68

**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.

L'Ausl di Ferrara negli ultimi tre anni presenta una percentuale di ricoveri/accessi che si mantiene attorno al 12%, dato lievemente inferiore a quello regionale che si attesta su valori attorno al 14% per il 2009, 2010 e 2011. L'indice di accessi al Pronto Soccorso per 1000 abitanti esprime genericamente il livello di utilizzo del Pronto Soccorso da parte della popolazione. Tutti i distretti dell'Ausl di Ferrara si attestano a valori superiori a quello regionale, soprattutto nel Sud Est, motivo per il quale il dato aziendale pari a 413,58 accessi al PS ogni 1000 abitanti, risulta superiore alla media regionale di 374,59. Oltre a differenze distrettuali, appare evidente che l'accesso risulta maggiore al valore regionale soprattutto per pazienti urgenti differibili (277,8 vs 251,66) per pazienti non urgenti (75,94 vs 62,21) e per pazienti critici (7,65 vs 5,55). Al di sotto della media regionale il dato aziendale di accesso per pazienti acuti (52,18 vs 55,16).



**Piano sangue, raccolta e consumi**

#### Confronto attività di raccolta sangue 2011 - 2010

Programma speciale sangue	raccolta 2011	raccolta 2010	differenze % 2011-2010
Ferrara	22.526	22.649	-0,5%
AVR	62.510	62.337	0,3%
TOTALE	<b>254.000</b>	<b>253.500</b>	0,2%

#### Confronto consumi di Unità "rosse" 2011-2010

Programma speciale sangue	consumi 2011	consumi 2010	differenze % 2011-2010
Ferrara	23.153	23.380	-1,0%
AVR(***)	59.712	59.860	-0,2%
TOTALE	244.637	247.084	-1,0%

(\*) Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Osp. S. Orsola, Imola - (\*\*) Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Osp. S. Orsola, Imola, I.OO.R - (\*\*\*) Comprende Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini

Questo dato non particolarmente positivo della diminuzione della raccolta (-123) , viene controbilanciato dal dato positivo della riduzione del consumo (-227). La provincia di Ferrara dovrà però impegnarsi per migliorare i livelli di raccolta al fine di migliorare i livelli di autonomia del consumo rispetto alla raccolta. Tali azioni andranno intraprese con il coinvolgimento di tutta la provincia in modo particolare agevolando, con interventi di diversa natura, tutti i punti di raccolta periferici.

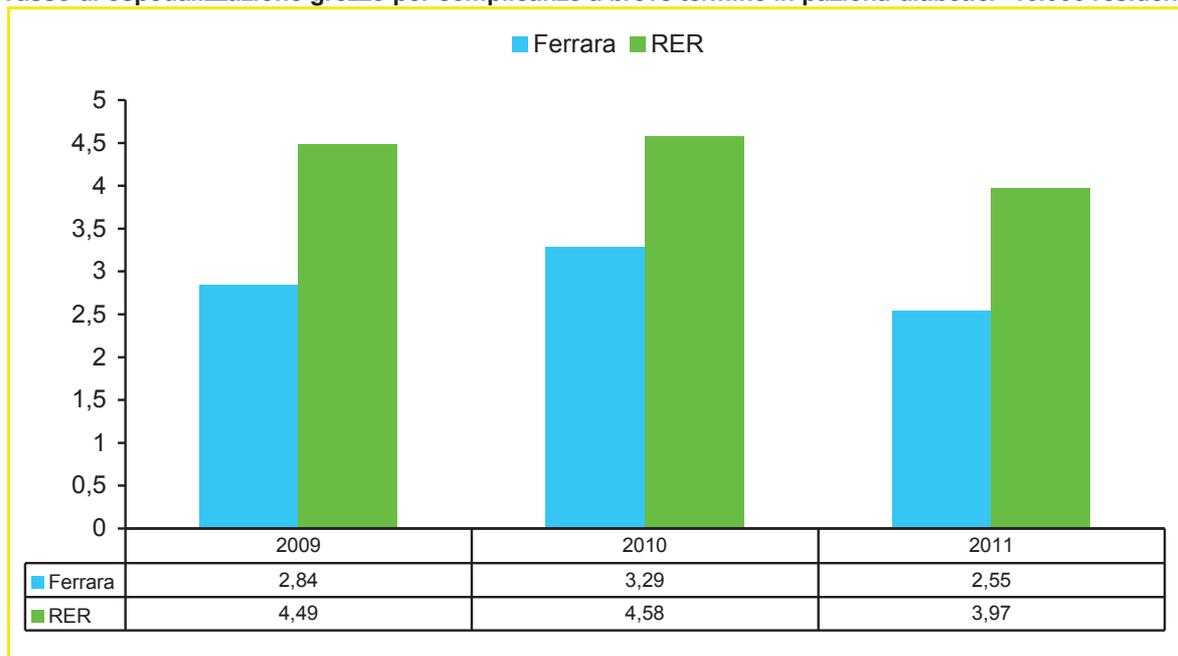
## Livelli Essenziali di Assistenza – Qualità dell'Assistenza

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

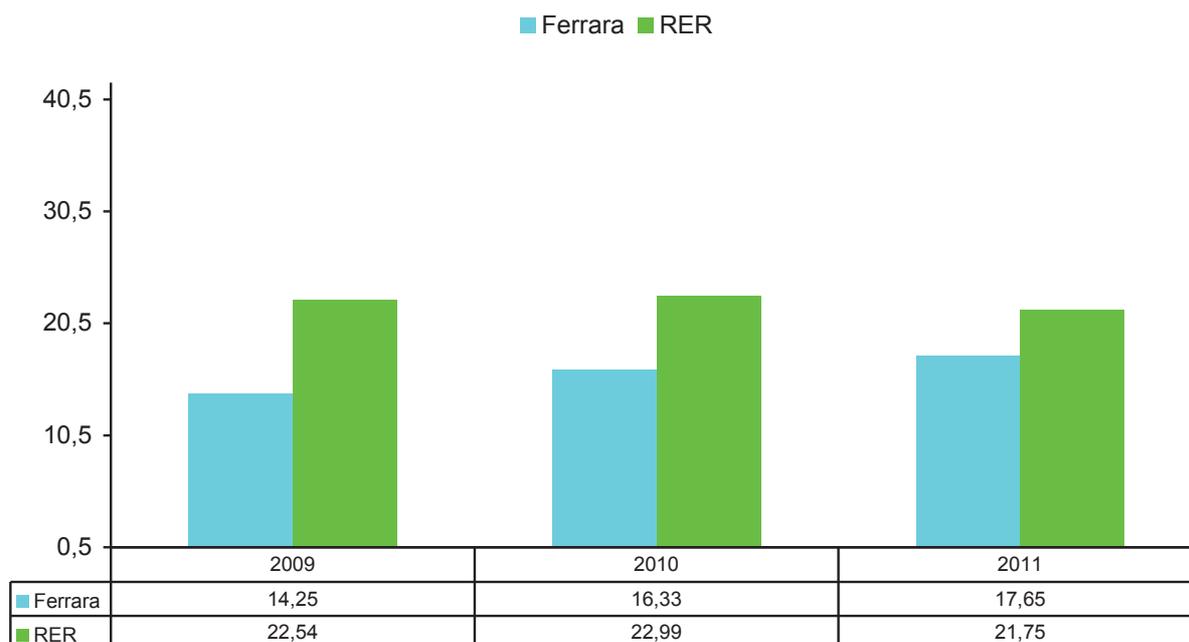
Ciascun indicatore è soggetto a possibili *bias* (errori) legati alle modalità di raccolta dei dati e alla possibilità di correzione degli stessi, al fine di azzerare l'effetto delle differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni; quest'ultime originate da consuetudini, razze, usi e costumi, presenza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

**Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici \*10.000 residenti.**



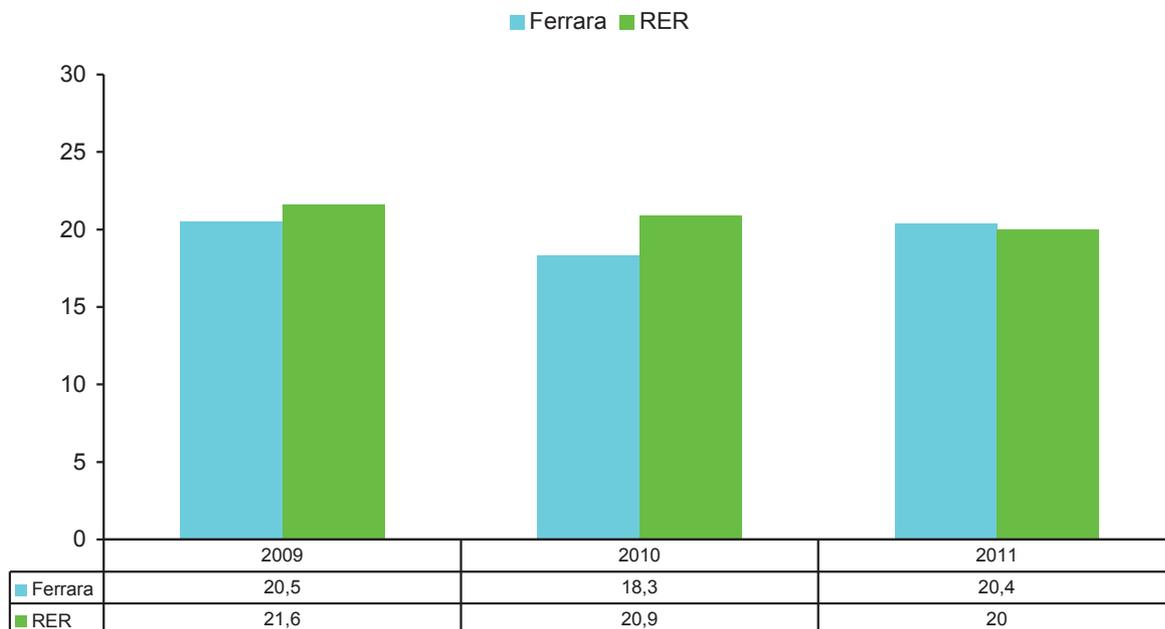
**Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici\* 10.000 residenti.**



Il tasso di ospedalizzazione per diabete è un valore che riflette la qualità delle strategie attuate dal Servizio Sanitario, ospedaliero e territoriale, per la prevenzione delle complicanze della patologia che rendono necessario il ricovero. Questi indicatori ci forniscono un'idea dell'effetto preventivo esercitato, o meno, dal sistema sanitario di riferimento sulle complicanze relative alla patologia dismetabolica cronica più diffusa nel mondo, il diabete; la corretta gestione del paziente avrebbe, infatti, un effetto inversamente proporzionale rispetto ai relativi tassi specifici di ospedalizzazione. L'Ausl di Ferrara per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione per le complicanze a breve termine, ha fatto registrare valori inferiori alla media regionale, in tutto il triennio. Ciò molto probabilmente è da imputare ad un buon livello di gestione ambulatoriale e territoriale della malattia che previene complicanze ad insorgenza improvvisa quali la chetoacidosi o il coma diabetico. In modo analogo possiamo commentare il valore del tasso di ospedalizzazione per le complicanze a lungo termine; da questo punto di vista una buona gestione ambulatoriale e

territoriale del paziente unita ad una adeguata compliance dello stesso, legata a specifici programmi di educazione e follow up, consentono di registrare valori notevolmente inferiori alla media regionale in tutto il triennio.

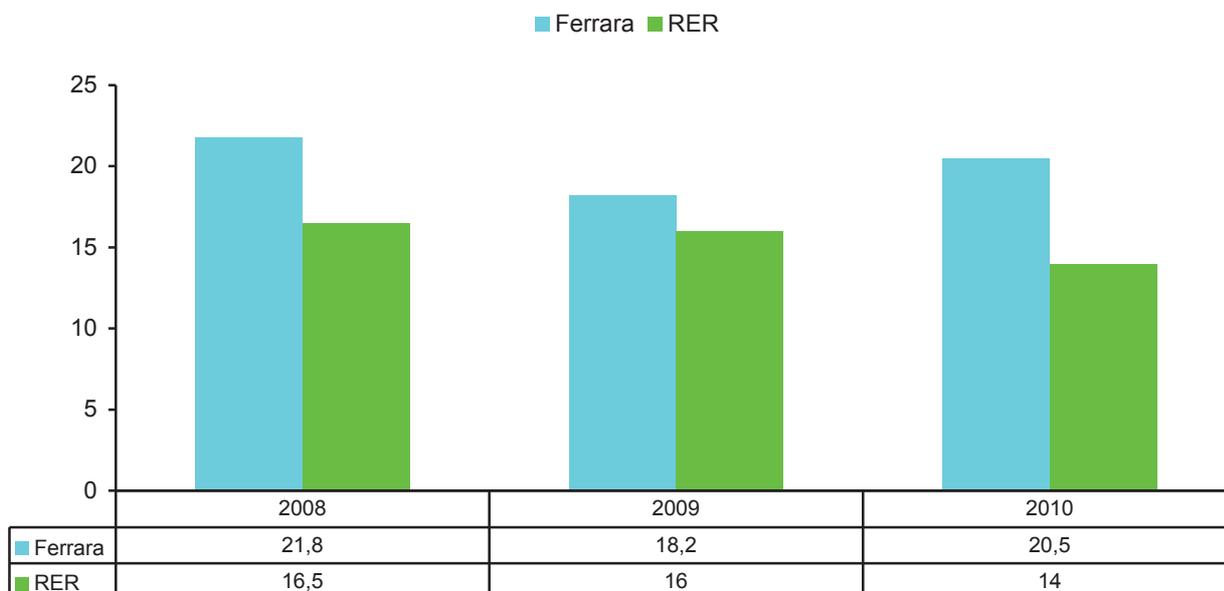
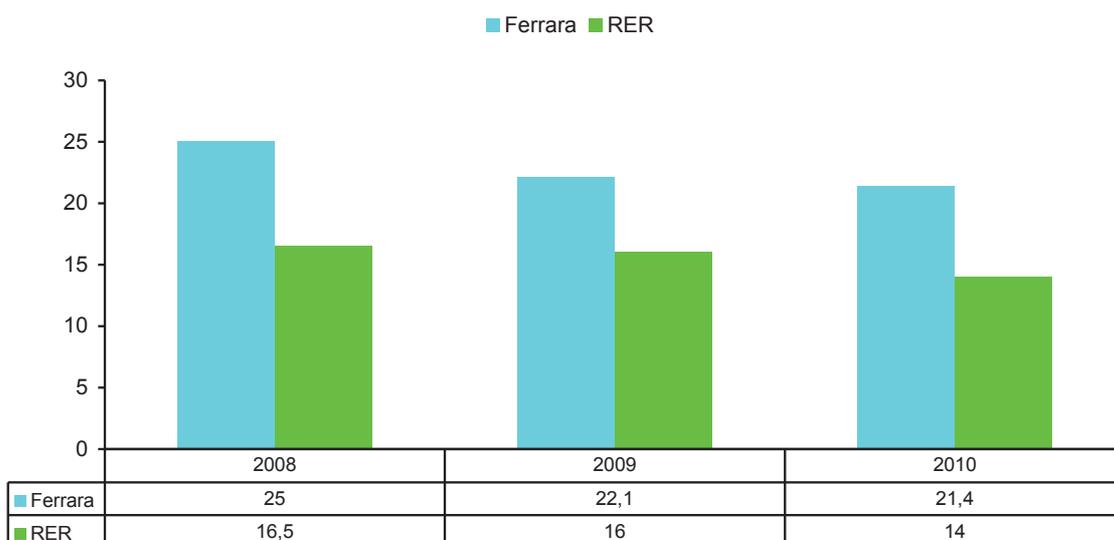
**Proporzione di parti con taglio cesareo primario. Per Azienda Sanitaria di ricovero.**



Negli ultimi 20-30 anni, in molti paesi europei ed extra-europei si è osservato un aumento della proporzione di parti mediante taglio cesareo con frequenze variabili che si collocano mediamente intorno al 20%. La prima raccomandazione ufficiale sulla percentuale appropriata di cesarei risale al 1985 a seguito di una consensus conference organizzata appositamente dall'OMS che concluse che il 10-15% di parti mediante taglio cesareo non doveva essere superato perché questo non avrebbe prodotto alcun beneficio aggiuntivo di salute per la madre e per il neonato. Fra le condizioni cliniche che possano indicare un parto cesareo sono: parto cesareo in precedenti gravidanze, presentazione podalica, complicanze relative alla placenta o al cordone ombelicale, malattie a trasmissione sessuale, infezioni, peso del nascituro, gestosi, diabete, nefropatie. In Italia nel 1999 la proporzione di parti cesarei ha superato il 30% e continua a crescere nel tempo con notevoli variazioni regionali. L'Ausl di Ferrara nel corso del triennio 2009-2011 ha fatto registrare valori del tutto in linea con la media regionale e con analoghi valori registrati a livello europeo e statunitense (18-20%).

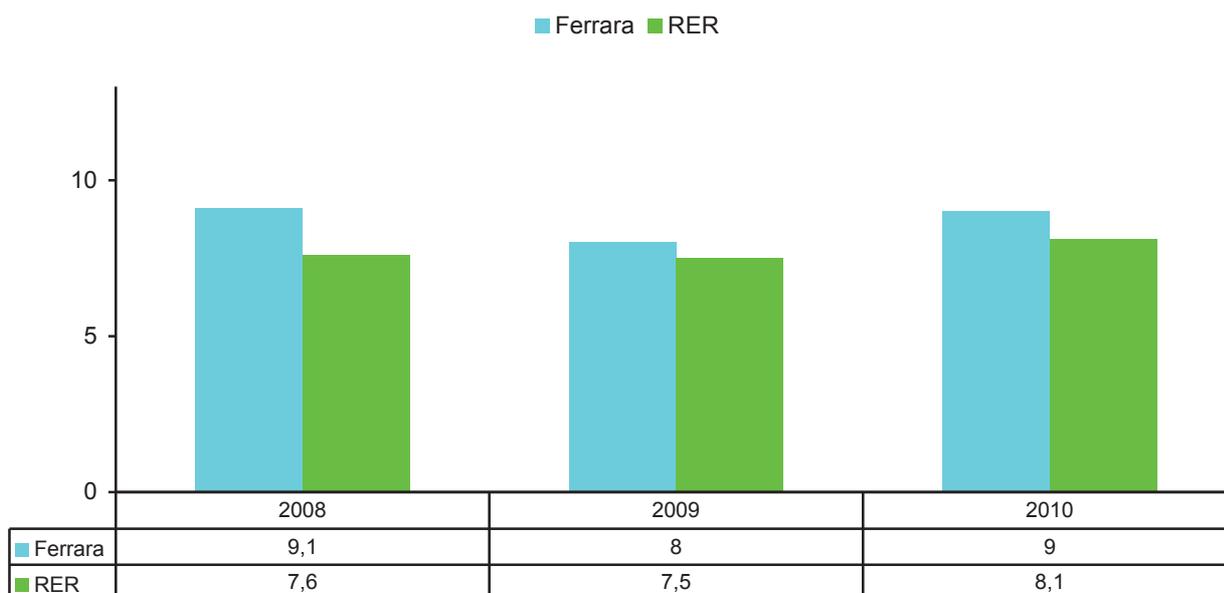
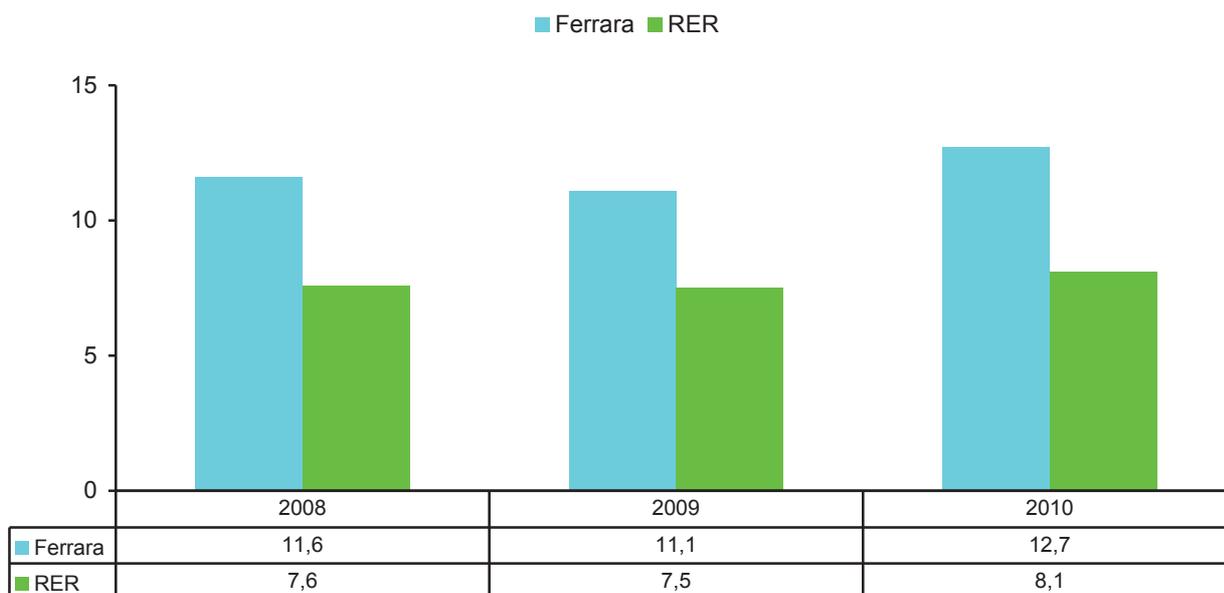
L'analisi di questo indicatore ci permette di riconoscere, al di là delle sempre possibili differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni, il sostanziale orientamento dell'équipe alla cui attività si riferisce; nonostante l'elevata percentuale di cesarei non rappresenti in assoluto una misura di inappropriata, 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.

**Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI. Per Azienda Sanitaria di e ricovero e residenza**



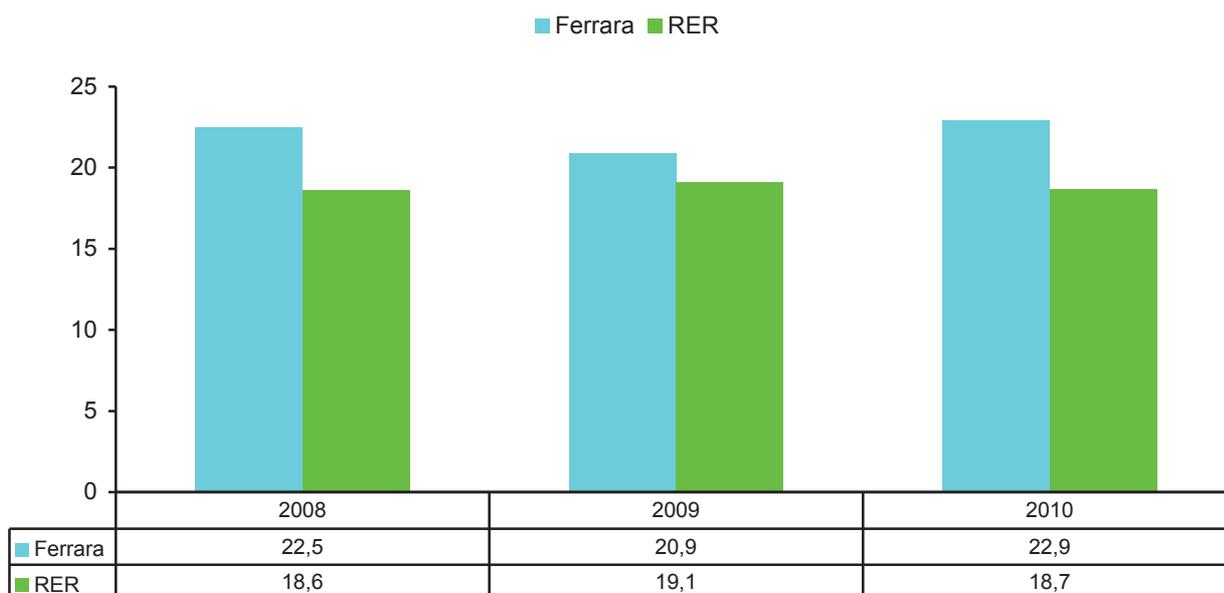
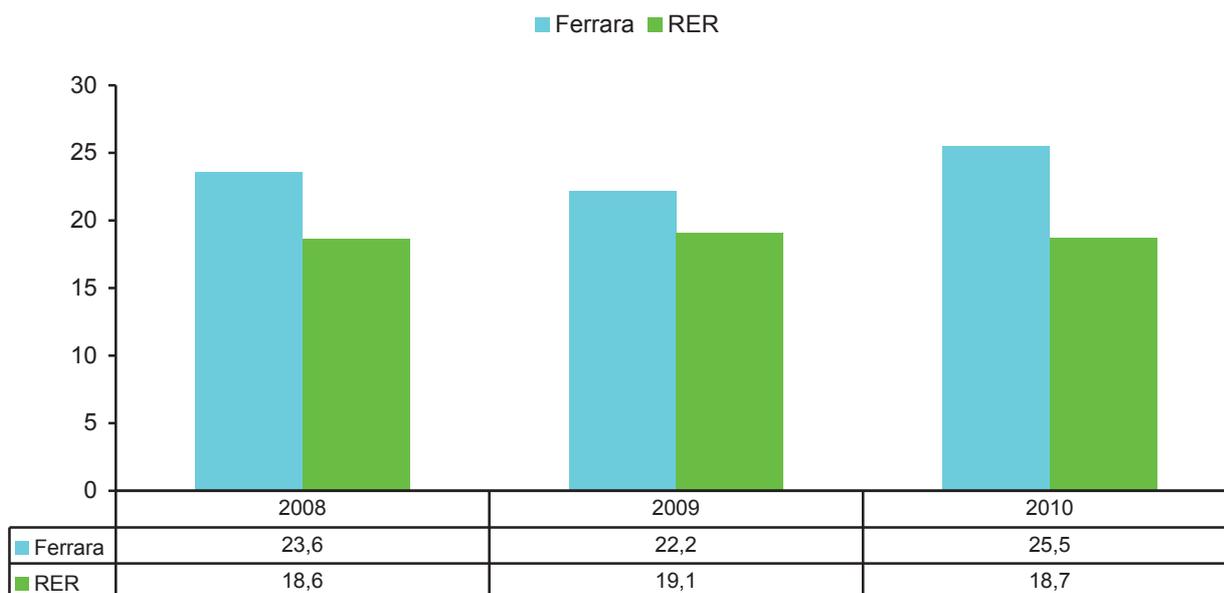
Il valore registrato per entrambi gli indicatori (dato riferito alla sede del ricovero e alla sede di residenza) che risulta tra i più elevati della Regione Emilia-Romagna, ha portato l'Ausl di Ferrara alla riorganizzazione dell'attività di PTCA sul livello provinciale, con il coinvolgimento dell'AOSP di riferimento; ciò con l'ottica di migliorare la clinical competence dei professionisti soprattutto in relazione al numero dei trattamenti effettuati e alla tempestività degli stessi.

**Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI. Per Azienda Sanitaria di e ricovero e residenza**



Analogamente a quanto già riportato in merito ai decessi dopo un ricovero per STEMI, anche gli indicatori di decesso dopo ricovero per NSTEMI (dato riferito alla sede del ricovero e alla sede di residenza), fanno registrare dei valori superiori alla media regionale. In relazione a ciò l'Ausl di Ferrara ha avviato un programma di riorganizzazione provinciale e di Area Vasta delle cardiologie riferito ai ricoveri per IMA.

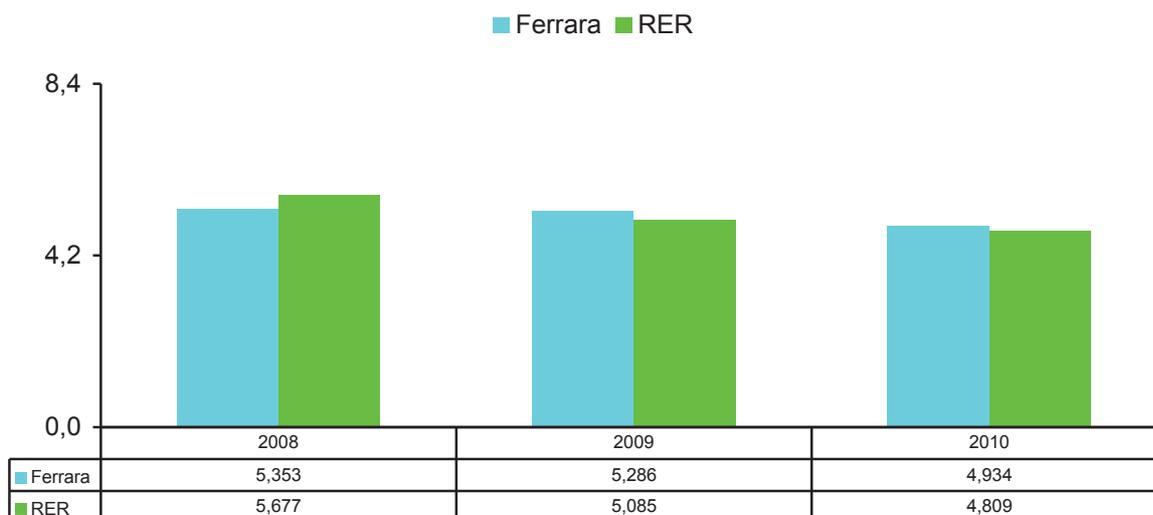
**Proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke. Per Azienda Sanitaria di ricovero e di residenza**



L'ictus ("stroke") e altre condizioni cerebrovascolari sono fra le prime cause di morte in molti paesi, dopo il cancro e le patologie cardiache. Dato che una parte non trascurabile dei decessi per ictus non avviene durante il ricovero ospedaliero, ma dopo, è opportuno rilevare la mortalità ad una distanza di tempo che include anche una parte della fase riabilitativa, dentro o fuori dalla struttura ospedaliera. Il valore registrato per entrambi gli indicatori (dato riferito alla sede del ricovero e alla sede di residenza) che risulta tra i più elevati della Regione Emilia-Romagna, in alcuni casi il più elevato, ha richiesto da parte dell'Ausl di Ferrara un impegno per rivedere i modelli organizzativi di trattamento dei pazienti ricoverati per ictus su tutto il livello provinciale con il coinvolgimento dell'azienda ospedaliera di riferimento.

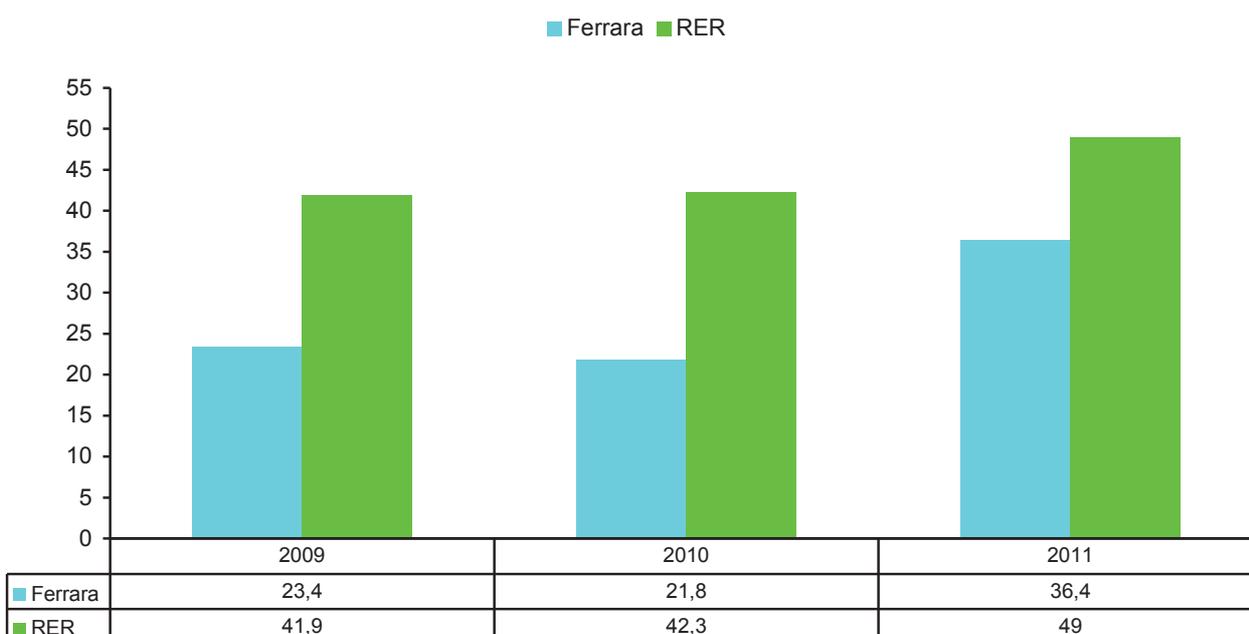
Come per tutti gli indicatori, ancor più in particolare per quelli riguardanti la mortalità, questi dati vanno interpretati tenendo presente il case-mix del singolo ospedale (complessità media dei casi trattati) e l'orientamento clinico della singola équipe. Tale affermazione trova riscontro nelle cospicue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

**Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili (in diagnosi principale: asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari) \*10.000 residenti.**



Questo indicatore, pur risultando molto specifico, rappresenta l'effetto della prevenzione messa in atto dai sistemi sanitari ai fini del contenimento dei consumi di prestazioni sanitarie in ambiente non adeguato rispetto alla domanda. Tale indicatore è costituito dal tasso di ricoveri ospedalieri avvenuti per patologie trattabili in altro regime prestativo (es. ipertensione, arteriosclerosi, asma, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, etc); pertanto più risulta elevato e meno evidenti sarebbero gli effetti degli interventi preventivi messi in atto a livello territoriale. L'Ausl di Ferrara per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili, ha fatto registrare valori di poco superiori alla media regionale, in tutto il triennio. Risulta quindi necessario procedere ad una revisione della presa in carico delle patologie croniche responsabili di ricovero (asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari) da parte dei servizi ambulatoriali e del territorio. Ciò con l'obiettivo di migliorare gli interventi preventivi atti ad evitare il frequente ricorso al regime di ricovero da parte del paziente per il trattamento della patologia cronica.

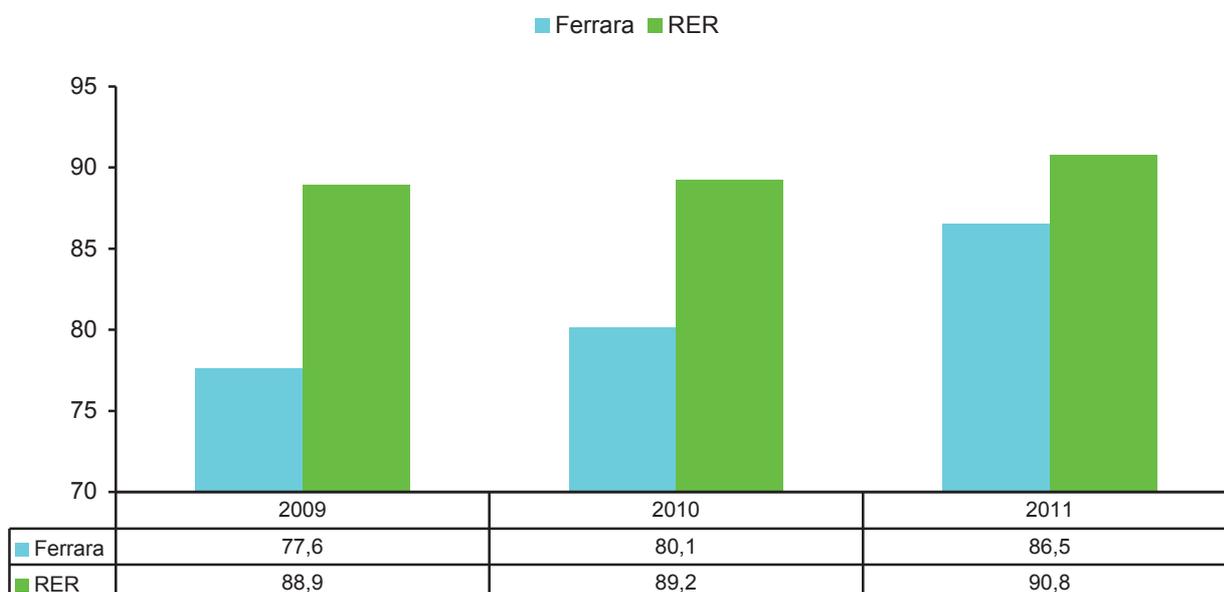
**Proporzione di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero. Per Azienda Sanitaria di ricovero.**



La percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con più di 65 anni viene monitorata a livello internazionale dall'OECD. Tale monitoraggio mostra che in paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 e il 2005, il valore dell'indicatore è superiore o prossimo al 90%, mentre in paesi come l'Italia e la Spagna è inferiore al 40%.

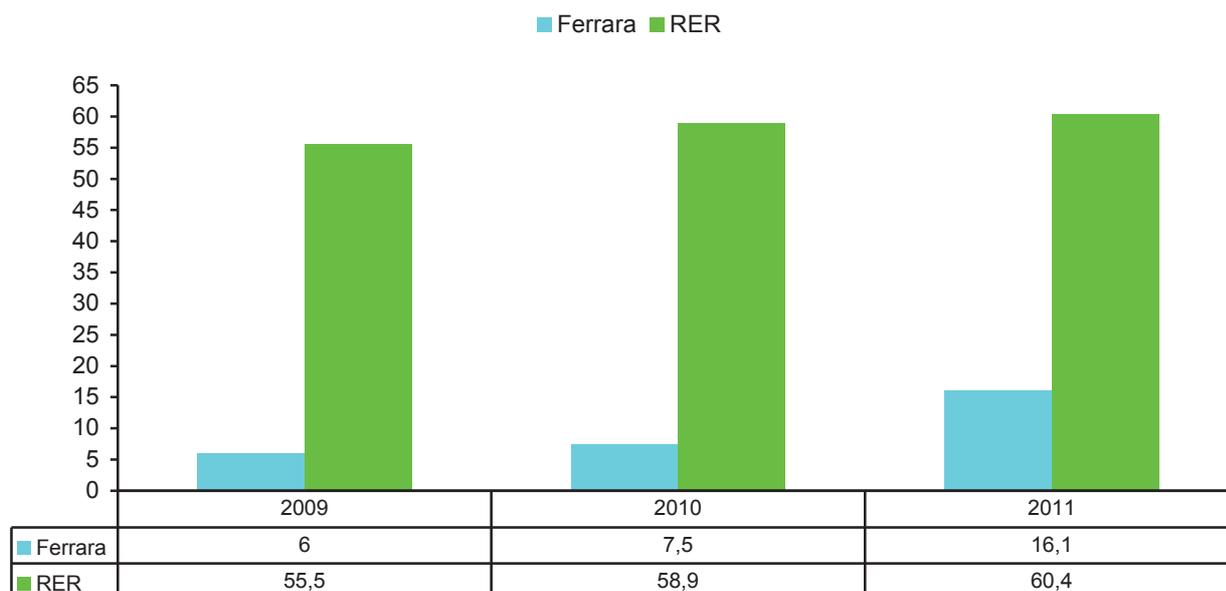
Tale indicatore è anche tra quelli individuati dal Patto per la Salute 2010-2012 per la valutazione dell'appropriatezza organizzativa, nel documento viene individuato come standard il valore medio delle regioni. L'Ausl di Ferrara ha realizzato un audit che ha visto il coinvolgimento del servizio di Programmazione, delle UU.OO. di Ortopedia dell'Azienda unitamente ad altri servizi dell'Ausl di Ferrara. Dall'audit è emerso un importante miglioramento del valore dell'indicatore nel primo semestre 2012 rispetto al triennio precedente a seguito degli interventi organizzativi e di sensibilizzazione nei confronti dei professionisti direttamente coinvolti nel trattamento dei pazienti con frattura di femore.

**Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica. Per Azienda Sanitaria di ricovero.**



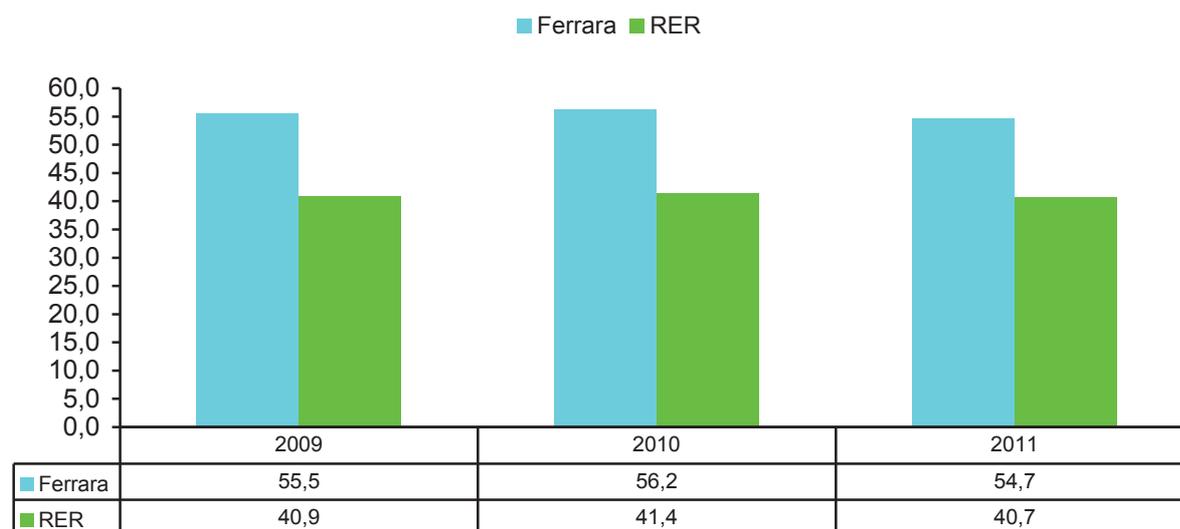
La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomia. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Si ritiene pertanto che alte proporzioni rappresentino una migliore qualità delle cure. L'Ausl di Ferrara nel corso degli anni ha progressivamente migliorato il valore dell'indicatore avvicinandosi sempre più al valore della media regionale. Ciò grazie all'effetto combinato dell'acquisizione di idonea strumentazione e della sempre migliore preparazione dei professionisti.

**Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI. Per Azienda Sanitaria di ricovero.**



L'angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) è ormai considerata il trattamento più appropriato per l'infarto miocardico acuto. E' stato dimostrato che negli ospedali in cui viene eseguito un numero maggiore di PTCA, gli esiti per i pazienti sono superiori a quelli con minore esperienza. I vantaggi comprendono minore mortalità e necessità di ricorso a operazioni chirurgiche di bypass coronarico. Anche la tempistica di esecuzione, elemento essenziale per il successo della PTCA in urgenza, risulta migliore nelle strutture con un volume maggiore di procedure. L'Ausl di Ferrara ha registrato un valore fortemente disallineato rispetto al dato regionale, e conseguentemente ha intrapreso un'importante riorganizzazione dell'attività di PTCA in ambito provinciale, con il coinvolgimento dell'AOSP di riferimento al fine di migliorare il livello di appropriatezza di erogazione della prestazione, rispetto ai tempi definiti dall'indicatore.

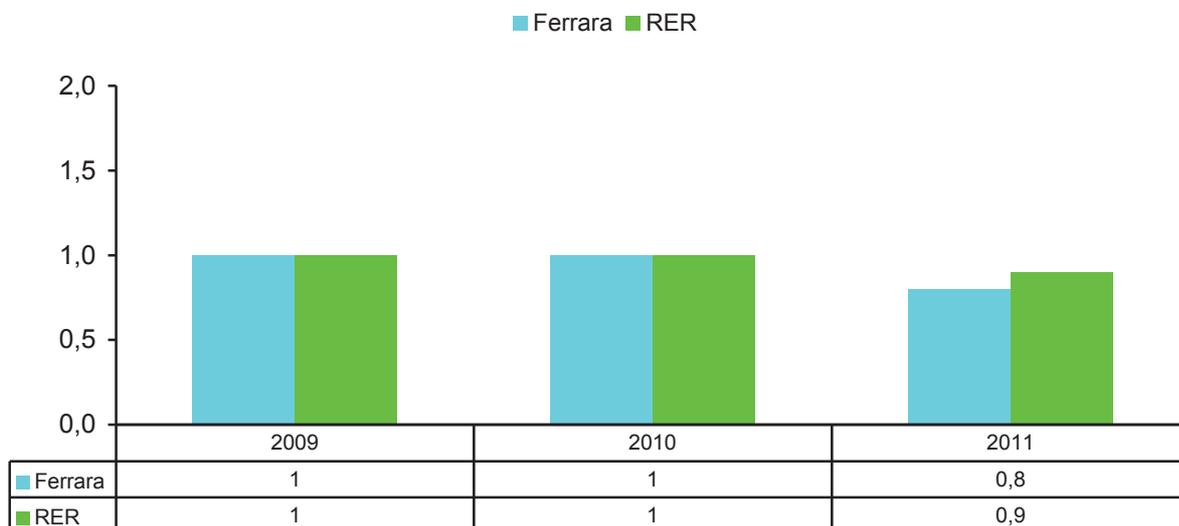
**Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio\*10.000 residenti.**



Lo scompenso cardiaco (SC) è una patologia cronica e progressiva che per natura richiede talvolta il ricovero ospedaliero, tuttavia, se il paziente riceve un'adeguata assistenza territoriale e domiciliare, la malattia può essere per lo più controllata in regime ambulatoriale, evitando quindi eccessive ospedalizzazioni.

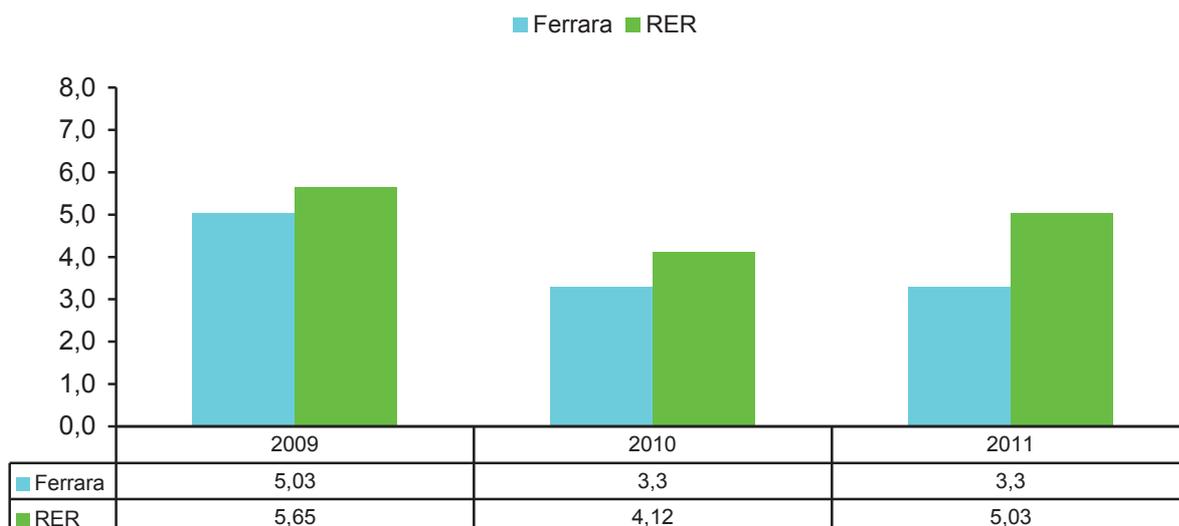
Il dato del tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio fatto registrare dai pazienti residenti nella provincia di Ferrara, risulta essere in tutto il triennio il più alto in ambito regionale. L'Ausl ha quindi avviato una revisione della presa in carico dello scompenso cardiaco da parte dei servizi ambulatoriali e del territorio, con la fattiva collaborazione dei MMG, al fine di migliorare gli interventi preventivi atti ad evitare il frequente ricorso al regime di ricovero.

**Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici\*10.000 residenti.**



Il controllo del diabete mediante la terapia appropriata, insieme a interventi educativi e adeguata cura del piede sono in grado di ridurre il rischio di necessità di amputazione, come dimostrano studi relativi a programmi di intervento per la gestione del diabete. Il tasso di amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici è pertanto un valore che riflette la qualità delle strategie attuate dal Servizio Sanitario, ospedaliero e territoriale, per la prevenzione delle complicanze che le causano. L'Ausl di Ferrara ha un valore dell'indicatore del tutto in linea con il dato regionale.

**Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani (> 65 aa.)\*10.000 residenti anziani.**



Un basso tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani evidenzia una buona presa in carico da parte del territorio (MMG, ADB, ADI, ecc..) unitamente ad un buon livello di interazione tra ospedale e territorio. Per quanto riguarda l'Ausl di Ferrara il dato è migliorato nell'ultimo biennio ed è tra i più bassi a livello regionale.

Proporzione di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione. Per Azienda Sanitaria di ricovero.



Questo indicatore evidenzia un basso livello di appropriatezza rispetto alla dimissione ospedaliera. L'Ausl di Ferrara mantiene costantemente monitorato l'indicatore e ne verifica l'andamento con tutte le UU.OO. ospedaliere per valutare eventuali livelli di in appropriatezza della dimissione ospedaliera. Tale attività perseguita nel corso degli anni si può evidenziare nel dato dell'indicatore che fa registrare valori inferiori a quelli della media regionale.

## 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 2011 - escluso PS e OBI

	1-30 gg (v.%)		1-45 gg (v.%)		1-60 gg (v.%)		1-75 gg (v.%)		1-90 gg (v.%)		oltre 90 gg (v.%)	
	Ausl FE	RER	Ausl FE	RER								
Visite	31,77	47,5	42,23	59,83	52,79	68,34	62,82	74,69	79,84	71,19	20,16	28,81
Prestazioni Terapeutiche	64,84	55,23	76,45	66,89	82,73	75,72	86,77	81,86	86,2	89,93	13,8	10,07
Riabilitazione	82,4	73,04	92,24	82,9	96,41	87,68	97,45	90,46	92,5	97,91	7,5	2,09
Laboratorio	82,83	90,27	94,54	94,58	96,31	96,33	97,68	97,39	98,09	98,39	1,91	1,61
Diagnostica	52,81	50,04	62,73	60,91	68,66	69,44	74,29	76,04	81,25	81,55	18,75	18,45

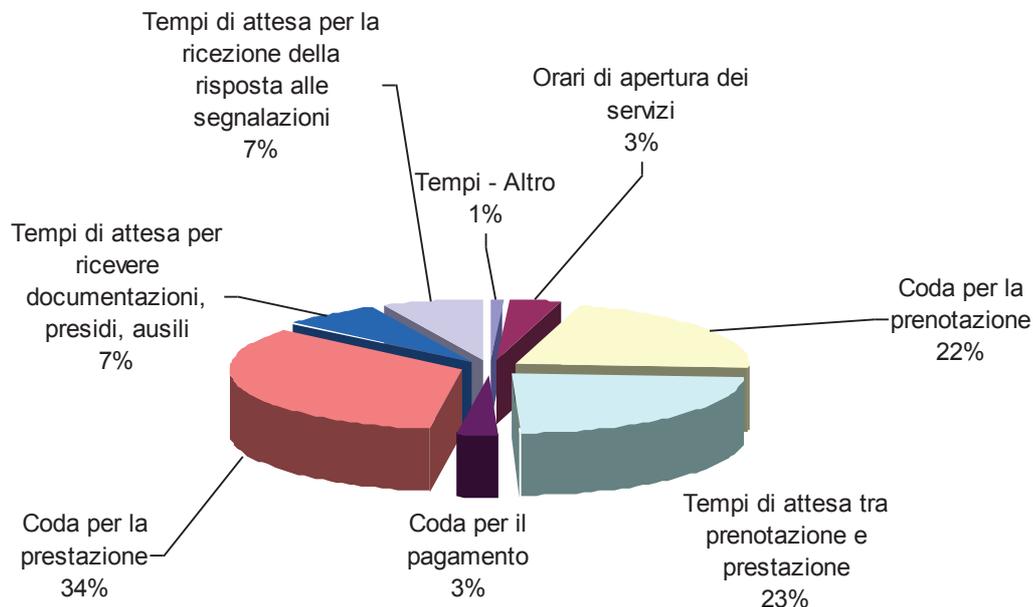
L'area ospedaliera - Tempi di attesa ospedali

Ricoveri programmati a carico del SSN – tempi di attesa ospedali – Anno 2011

		Totale ricoveri	Totale ricoveri attesa >0gg	Attesa media (gg)	Tempi di attesa in gg (valori percentuali)							
					0	1-30	1-60	1-90	1-120	1-180	>180	
AREA ONCOLOG.	FERRARA CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL	359	260	1	27,6	99,6	99,6	99,6	100	100	0
		Az.OSP	909	306	1	66,3	99,3	100	100	100	100	0
		Totale	1.268	566	1	55,4	99,5	99,8	99,8	100	100	0
	INT.CHIRURGICO POLMONE (reg. ord)	Az.OSP	60	28	18,5	53,3	60,7	85,7	89,3	96,4	96,4	3,6
		Totale	60	28	18,5	53,3	60,7	85,7	89,3	96,4	96,4	3,6
	INT. CHIRURGICO TUMORE UTERO (reg. ord)	Az.USL	38	38	14	0	78,9	94,7	94,7	94,7	94,7	5,3
		Az.OSP	28	28	28,5	0	53,6	89,3	96,4	96,4	100	0
		Totale	66	66	21	0	68,2	92,4	95,5	95,5	97	3
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (reg. ord)	Az.USL	69	65	8	5,8	87,7	96,9	96,9	100	100	0
		Az.OSP	148	120	16,5	18,9	80,8	96,7	98,3	99,2	100	0
		Totale	217	185	14	14,7	83,2	96,8	97,8	99,5	100	0
	INT. CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (reg. ord.)	Az.USL	45	45	50	0	20	68,9	95,6	100	100	0
		Privato	5	5	14	0	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	54	52	31,5	3,7	46,2	76,9	94,2	98,1	100	0
		Totale	104	102	37	1,9	37,3	74,5	95,1	99	100	0
INT. CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (reg. ord.)	Az.USL	10	10	7,5	0	90	100	100	100	100	0	
	Az.OSP	104	98	35	5,8	37,8	83,7	95,9	99	100	0	
	Totale	114	108	33	5,3	42,6	85,2	96,3	99,1	100	0	
AREA CARDIOV.	CORONAROGRAFIA (DH)	Az.USL	18	10	13,5	44,4	90	90	100	100	100	0
		Az.OSP	1	1	131	0	0	0	0	0	100	0
		Totale	19	11	14	42,1	81,8	81,8	90,9	90,9	100	0
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (reg. ord.)	Az.USL	35	35	33	0	42,9	85,7	97,1	97,1	97,1	2,9
		Privato	68	68	42	0	36,8	64,7	75	86,8	92,6	7,4
		Az.OSP	154	143	28	7,1	53,1	69,2	87,4	91,6	98,6	1,4
		Totale	257	246	34,5	4,3	47,2	70,3	85,4	91,1	96,7	3,3
	ANGIOPLASTICA (PTCA) (reg. ord)	Az.USL	50	28	15	44	53,6	78,6	82,1	85,7	92,9	7,1
		Az.OSP	169	160	7	5,3	88,8	93,8	96,3	98,1	98,1	1,9
Totale		219	188	7	14,2	83,5	91,5	94,1	96,3	97,3	2,7	
NON ONCOLOG. IN ORDINARIO	TONSILLECTOMIA (reg. ord)	Az.USL	16	15	24	6,3	66,7	93,3	100	100	100	0
		Privato	28	28	25,5	0	53,6	92,9	100	100	100	0
		Az.OSP	294	292	73	0,7	26	40,8	62,3	81,5	95,9	4,1
		Totale	338	335	63	0,9	30,1	47,5	67,2	83,9	96,4	3,6
	INT. PROTESI D'ANCA (reg. ord)	Az.USL	344	343	150	0,3	7	15,2	24,5	35	65	35
		Az.OSP	54	50	57,5	7,4	26	56	88	98	100	0
Totale	398	393	139	1,3	9,4	20,4	32,6	43	69,5	30,5		
NON ONCOLOG. IN DH	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Az.USL	399	396	32	0,8	46,7	81,1	91,2	96	97,7	2,3
		Privato	73	72	31	1,4	48,6	79,2	90,3	98,6	100	0
		Az.OSP	149	148	92	0,7	6,8	23,6	48	72,3	81,1	18,9
		Totale	621	616	40	0,8	37,3	67	80,7	90,6	94	6
	EMORROIDECTOMIA (DH)	Az.USL	35	35	37	0	42,9	68,6	82,9	91,4	94,3	5,7
		Privato	5	5	28	0	80	100	100	100	100	0
		Az.OSP	33	30	55	9,1	36,7	53,3	76,7	96,7	100	0
		Totale	73	70	37,5	4,1	42,9	64,3	81,4	94,3	97,1	2,9
	BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO (DH)	Az.USL	7	1	3	85,7	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	57	51	14	10,5	68,6	88,2	92,2	94,1	100	0
Totale		64	52	13,5	18,8	69,2	88,5	92,3	94,2	100	0	

## Segnalazioni dagli URP aziendali per la sola categoria CCRQ "TEMPI". Anno 2011

CCRQ	Elogi	Impropri	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale
Tempi - Altro	0	0	1	0	0	1
Orari di apertura dei servizi	0	0	4	0	0	4
Coda per la prenotazione	0	0	16	9	0	25
Tempi di attesa tra prenotazione e prestazione	0	0	25	2	0	27
Coda per il pagamento	0	0	3	0	0	3
Coda per la prestazione	0	0	27	11	1	39
Tempi di attesa per ricevere documentazioni, presidi, ausili	0	0	8	0	0	8
Tempi di attesa per la ricezione della risposta alle segnalazioni	0	0	7	1	0	8
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>91</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>115</b>



Capitolo realizzato con la collaborazione di: Antonio Alfano, Gabriella Antolini, Sandro Bartalotta, Antonella Beccati, Lorenzo Benini, Chiara Benvenuti, Chiara Berardelli, Maria Chiara Bongiovanni, Anna Campi, Stefano Carlini, Renato Cardelli, Sara Castellari, Filomena CATERA, Anna Codamo, Giuseppe Cosenza, Marisa Cova, Chiara Cuoghi, Aldo De Togni, Franca Emanuelli, Maria Ficca, Maria Antonietta Fidone, Alessandra Galletti, Luisa Garofani, Paola Giacometti, Erika Grandi, Michele Greco, Antonella Grotti, Sandro Guerra, Mauro Manfredini, Felice Maran, Emanuela Montanari, Stefano Palazzi, Maria Caterina Pareschi, Valerio Parmeggiani, Dario Pelizzola, Adelina Ricciardelli, Cristina Rossi, Paola Scanavacca, Carlotta Serenelli, Cristina Sorio, Alberto Tinarelli, Adello Vanni, Daniela Vassalli.