

2. Il profilo aziendale



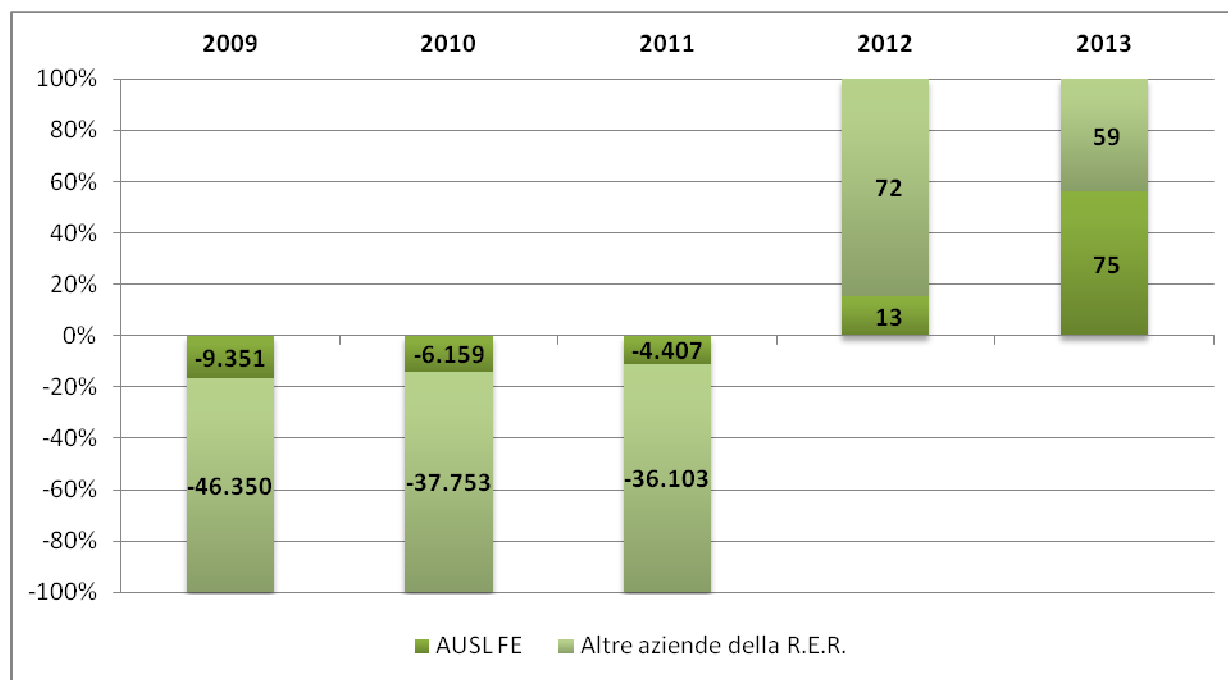
Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

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.

Di seguito una rappresentazione dei risultati netti dell'azienda USL di Ferrara e delle altre aziende della RER con azienda ospedaliera dal 2009 al 2013.



Importi in Migliaia di Euro

	2009	2010	2011	2012	2013
AUSL FE	- 9.351	- 6.159	- 4.407	13	75
Altre aziende con Az. Osp.	- 46.350	- 37.753	- 36.103	72	59
Totale	-55.701	-43.912	-40.510	85	134

Fonte dati: Regione Emilia-Romagna

Obiettivo economico 2013. Secondo quanto previsto dalla Delibera Regionale n. 199/2013, della quale si richiamano sinteticamente i contenuti: "per le Aziende sanitarie regionali l'obiettivo economico-finanziario dell'anno 2013 è rappresentato":

- dall'equilibrio economico-finanziario in sede di formulazione del Bilancio Economico preventivo e delle rendicontazioni trimestrali, corrispondente ad una perdita non superiore al valore degli ammortamenti non sterilizzati ante 2009;
- dal pareggio del Bilancio d'esercizio, determinato secondo le regole civilistiche, in sede di consuntivazione.

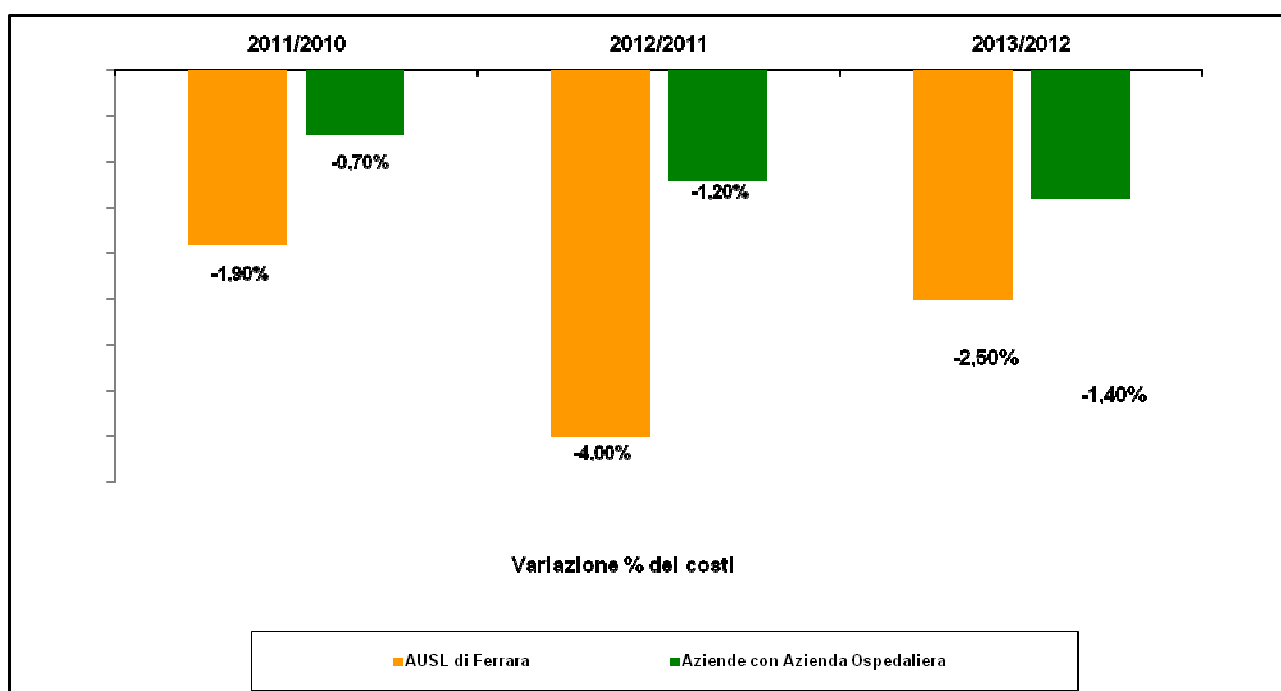
La gestione 2013 dell'Azienda USL di Ferrara, in sede di consuntivo, raggiunge l'obiettivo e chiude con un utile di esercizio di 75.301 euro.

Nel corso del 2013, durante i periodici incontri con la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, l'Azienda USL di Ferrara non ha evidenziato costi aggiuntivi o minori ricavi rispetto a quanto indicato nel preventivo economico autorizzato dalla Regione con Delibera di Giunta n. 1076/2013. Per il secondo anno consecutivo, non si sono

verificate eccedenze di spesa e quindi non si è reso necessario un ulteriore riparto a favore della stessa per garantire il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario

Il risultato raggiunto nel 2013 da conto di una condizione che, sviluppando e potenziando percorsi di sicurezza, garanzia e qualità per i pazienti, consolida l'equilibrio economico ormai, a livello strutturale. Il percorso virtuoso avviato dalla fine del 2010 che ha visto il raggiungimento del pareggio economico già nel 2012 e lo ha confermato nel 2013, può essere visto come un primo risultato che, partendo dagli obiettivi irrinunciabili di qualità e sicurezza, ha ottenuto la sostenibilità economica. Nel 2013 si è avviato un modello gestionale finalizzato alla programmazione di azioni sinergiche con l'Azienda Ospedaliera nella produzione e dell'offerta di servizi.

Andamento dei Costi di Produzione. L'andamento dell'aggregato economico dei costi di produzione evidenzia per l'Azienda USL di Ferrara sin dal 2011 un trend in decremento. La linea di tendenza evidenzia un calo maggiore rispetto alla media delle Aziende Sanitarie territoriali appartenenti al gruppo di quelle caratterizzate dalla presenza di un'Azienda Ospedaliera nel territorio di riferimento.

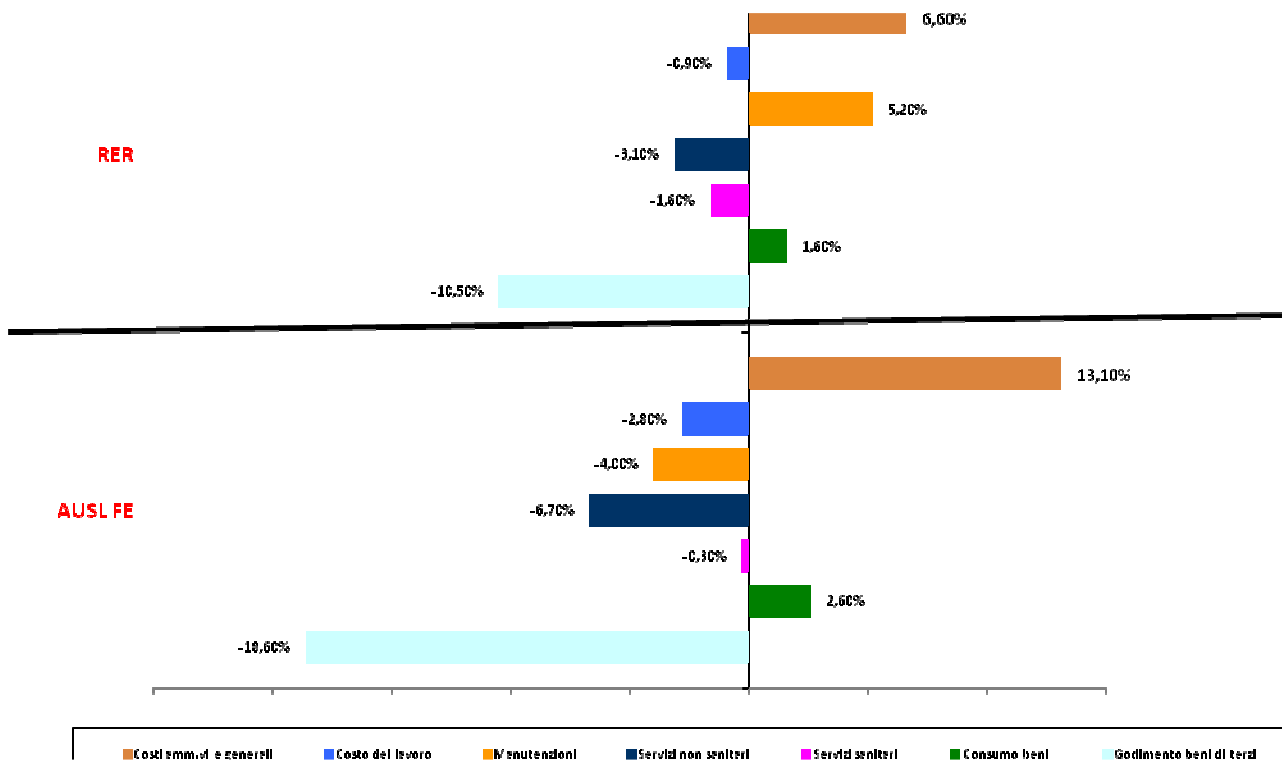


Per l'Azienda USL di Ferrara il decremento tendenzialmente più rilevante si riscontra nei seguenti aggregati:

- Costo del lavoro -2,8%. 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, nell'ottica di garantire il rispetto dell'obiettivo regionale inizialmente posto e di non ridurre i livelli quali-quantitativi dei servizi e delle prestazioni.
- Godimento beni di terzi -15%. La riduzione è stata principalmente determinata dal minor ricorso agli affitti passivi quale conseguenza della riorganizzazione del patrimonio immobiliare, dei noleggi per attrezzature sanitarie e dei services di laboratorio quale completamento del progetto "laboratorio unico provinciale".
- Manutenzioni - 4%. Tale aggregato risente delle rinegoziazioni dei contratti di fornitura conseguenti all'applicazione della normativa sulla "spending review".
- Servizi Non Sanitari - 6,7%. Il forte decremento registrato si concentra nei servizi di lavanderia, mensa e riscaldamento a seguito del rafforzamento delle azioni di "spending review" e di razionalizzazione della rete ospedaliera. L'energia elettrica si riduce quale conseguenza del calo dei consumi registrato durante il periodo estivo per effetto del minor uso dei condizionatori.

Gli altri aggregati hanno registrato il seguente trend:

- a) Beni di consumo, + 2,6%, determinato soprattutto da una diversa contabilizzazione di alcune voci di spesa, che erano prima registrate all'interno dei servizi. Tale disposizione è stata attuata sulla base delle espresse indicazioni regionali, finalizzate alla corretta applicazione del D. Lgs. 118/2011. Si registra un incremento legato ai farmaci erogati in distribuzione per conto. Al netto della diversa contabilizzazione si registrano riduzioni sul versante dei prodotti farmaceutici per un -3% e dell'uso dei dispositivi pari a -5%.
- Costi amministrativi e generali +13,1%. L'aumento deriva esclusivamente da una diversa contabilizzazione dello smaltimento rifiuti che dal 2013, differentemente dagli esercizi precedenti nei quali era iscritto tra i servizi non sanitari, viene considerato come Tributo/imposta. Al netto di quest'ultima voce l'aggregato passa da 4,468 mln. di euro a 4,394 con una riduzione del 2%.

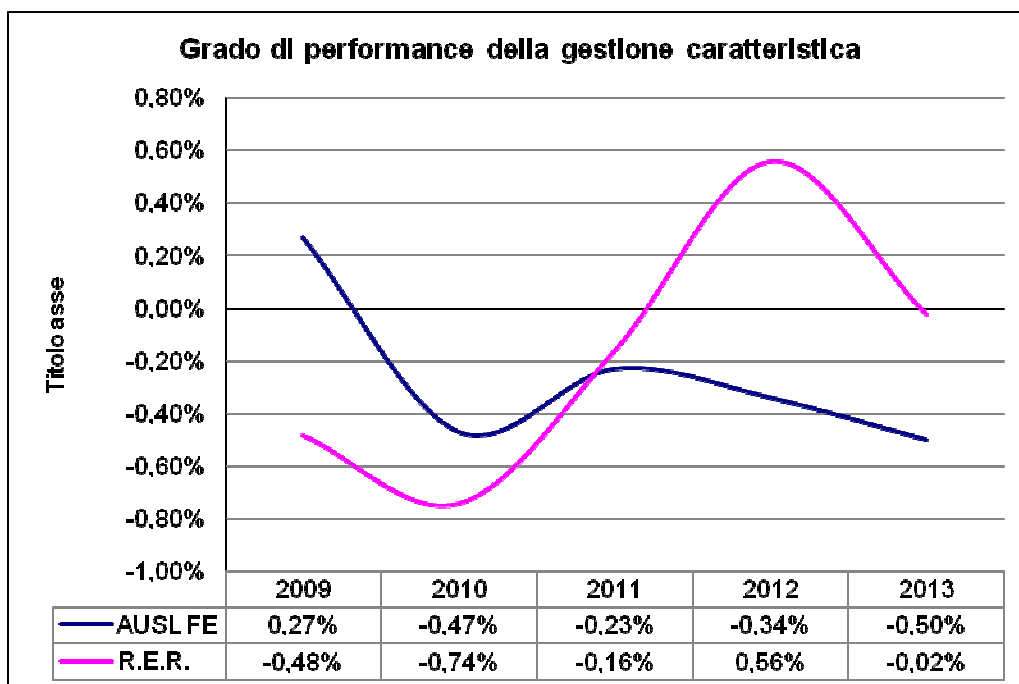


Grad

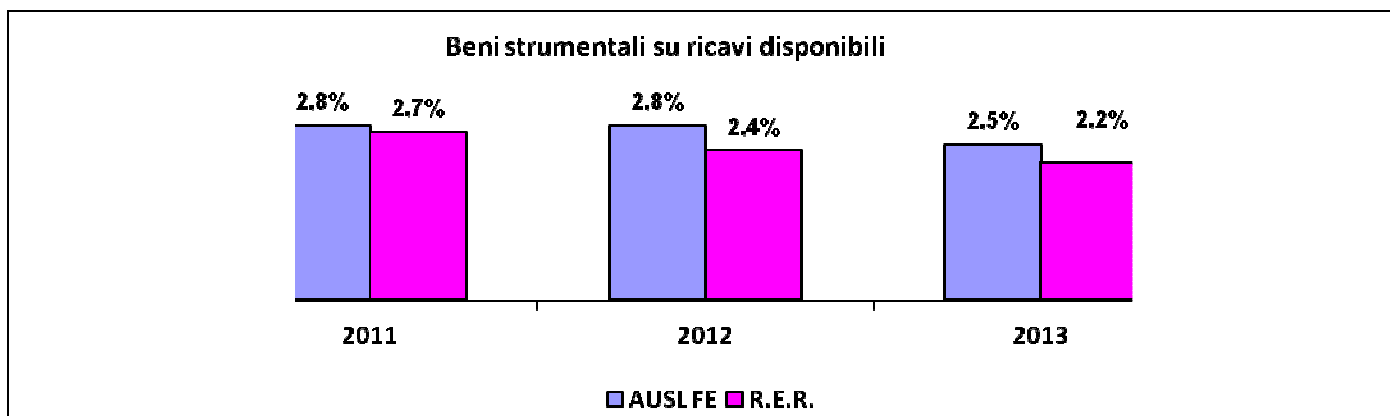
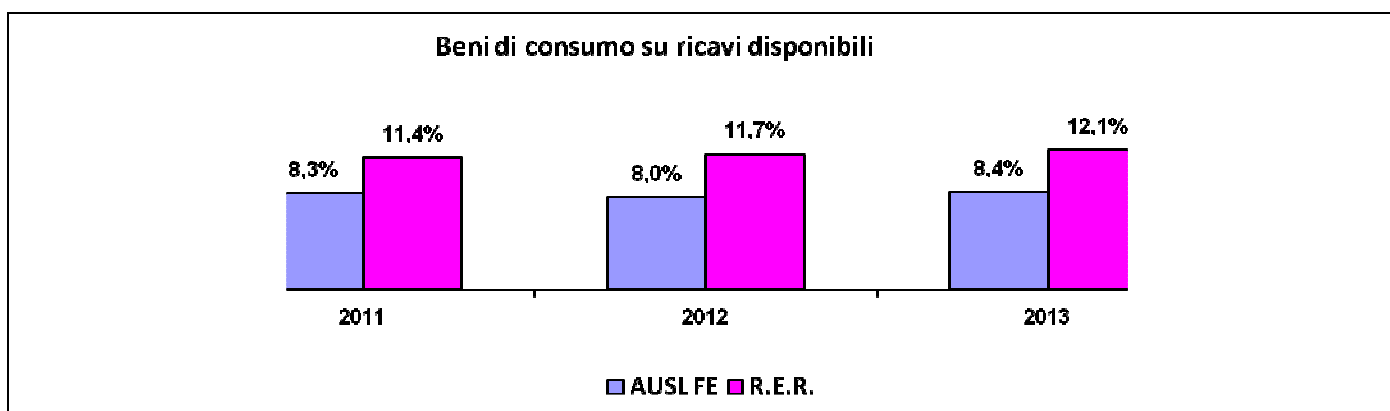
o di performance della gestione caratteristica. L'indicatore è dato dal rapporto tra il risultato operativo caratteristico e i ricavi disponibili; ovvero il rapporto tra il risultato della gestione ordinaria (al netto delle sopravvenienze, degli oneri finanziari e delle tasse) e il valore della produzione al netto della mobilità passiva.

Fino al 2010 la Provincia Ferrarese rimane superiore alla media regionale. Dal 2011 l'indice si abbassa al di sotto di quello Regionale. In particolare il 2012 e il 2013 sono stati caratterizzati da un risultato della gestione caratteristica negativo cui si contrappone una forte componente di proventi straordinari che consente il raggiungimento del pareggio di bilancio.

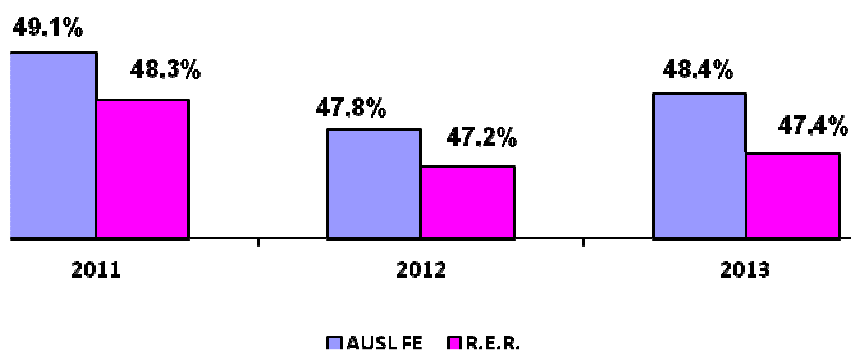
Tale performance risente anche del fatto che i ricavi disponibili dell'Azienda USL di Ferrara, che rappresentano il denominatore dell'indice, si riducono nel triennio 2011-2013 del -8,16% contro una media regionale delle Aziende Sanitarie con AOSP del -2,5%



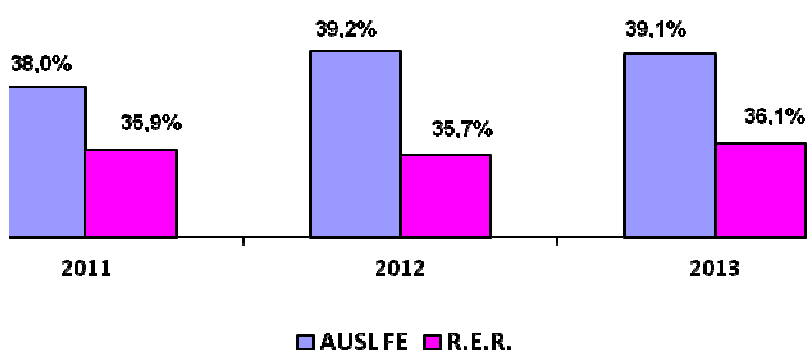
Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili. Il rapporto tra aggregati di costo e ricavi disponibili misura il grado di assorbimento per fattori direttamente impiegati nel processo produttivo. Nel caso dell'Azienda USL di Ferrara il Costo del Lavoro e i Servizi Sanitari, che sono gli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



Servizi su ricavi disponibili



Costo del lavoro su ricavi disponibili

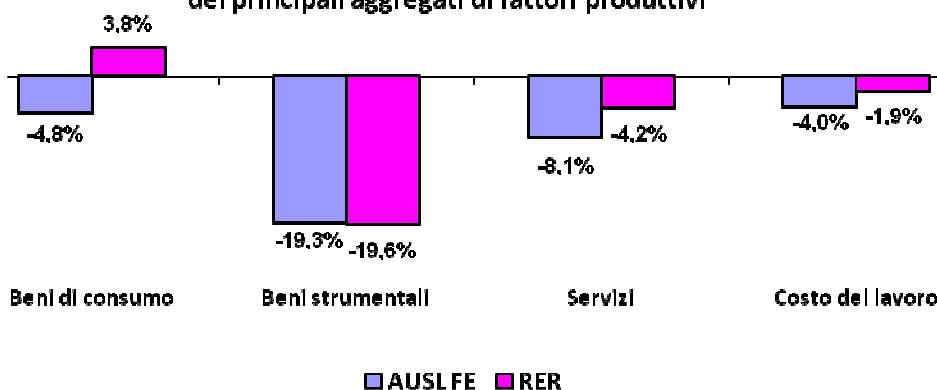


Il trend gestionale dell'ultimo triennio da conto dello sforzo compiuto verso una maggiore efficienza nell'utilizzo di tali fattori produttivi:

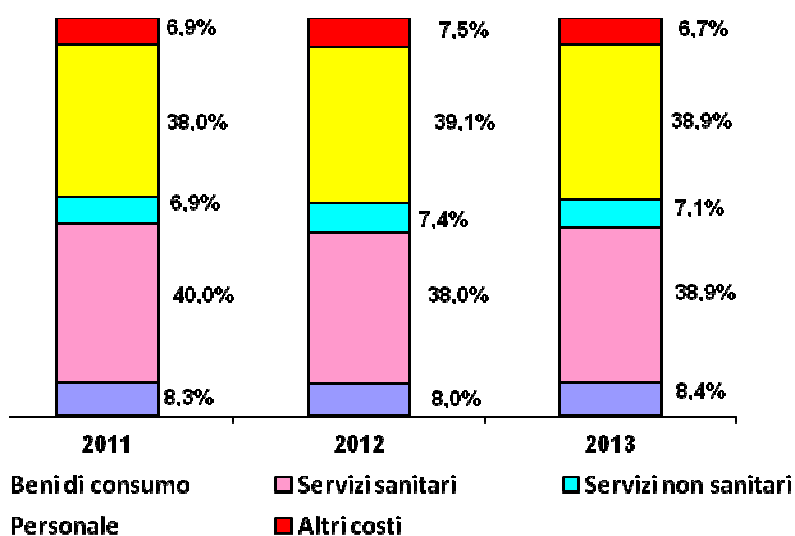
- il costo del lavoro ha registrato una riduzione percentuale del -4% contro una media regionale del -1,9%;
- il costo dei servizi si riduce del -8,1% contro una media del -4,2%.

Tale variazione in riduzione non si evidenzia nel precedente indicatore (rapporto percentuale sui ricavi disponibili) a causa della maggiore riduzione di quest'ultimi (-8,16%) rispetto alla variazione dei fattori produttivi.

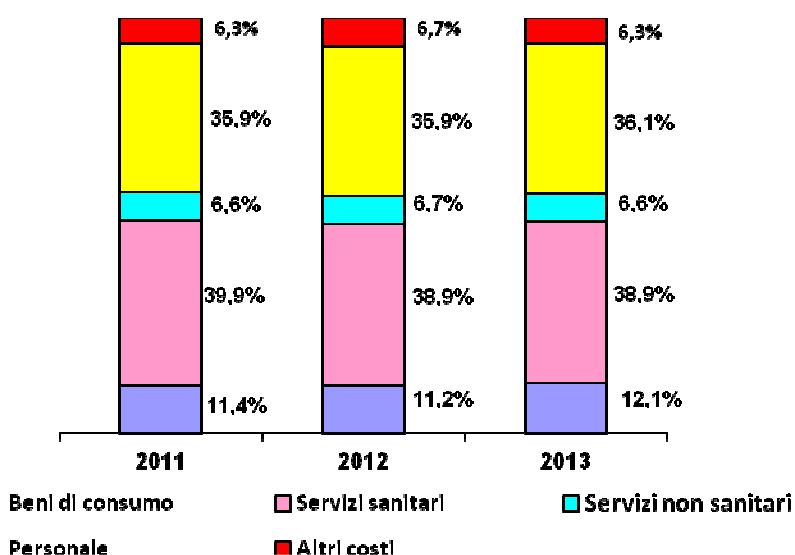
Variazione 2013 vs 2011 dei principali aggregati di fattori produttivi



Composizione % dei costi d'esercizio - AUSL FE



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

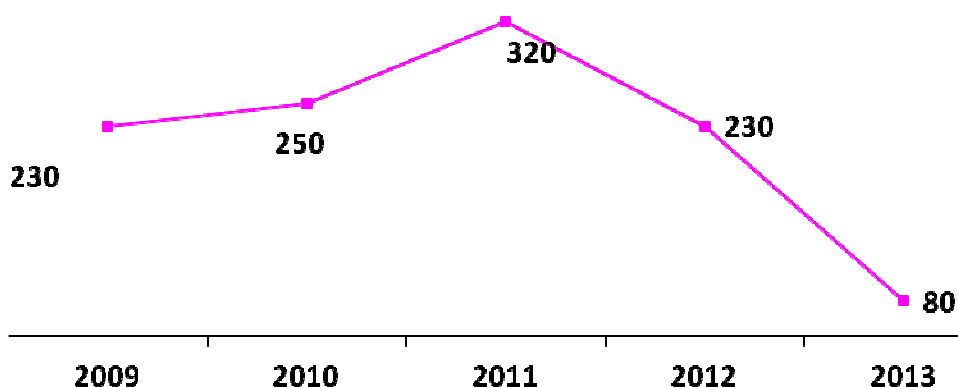


Il valore regionale si riferisce alle Aziende Sanitarie territoriali che hanno Aziende Ospedaliere nel territorio di riferimento

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.

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



Nel corso del 2013, in continuità con l'anno precedente, sono stati garantiti tempestivi pagamenti nei confronti delle imprese situate nelle zone colpite dal sisma, è stata disposta la liquidazione immediata delle fatture corrispondenti a debiti certi nei confronti delle Aziende situate nei Comuni indicati con DM del 1 giugno 2012.

In generale, l'Azienda USL di Ferrara, nel corso del 2013, ha dato seguito ad un consistente piano di pagamenti che, nei limiti delle possibilità offerte dall'esposizione debitoria nei confronti della Tesoreria mediante il ricorso all'anticipazione, ha consentito il raggiungimento del risultato evidenziato nel grafico. Tale risultato è stato possibile anche grazie a due fattori: uno endogeno ed uno esogeno. Il primo è riferito al perseguimento di una riduzione strutturale dei costi di gestione, grazie alla progressiva realizzazione del Piano strategico 2013-2016, che ha compresso il valore assoluto e quello montante dei debiti; il secondo con riferimento all'azione intrapresa dalla Regione Emilia-Romagna, che ha fatto ricorso all'anticipazione di liquidità prevista dal DL 35/2013 convertito con modificazioni con la L. 64 del 6 giugno. Tale anticipazione è stata finalizzata alla riduzione dei tempi di pagamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, con particolare riferimento alle fatture relative al 2012 non ancora pagate alla data del 8 Aprile 2013.

Per l'Azienda USL di Ferrara, in virtù del piano dei pagamenti presentato, sono stati erogati a tal fine € 13.570.128,45 con i quali sono stati interamente saldate le fatture comprese nel piano dei pagamenti. L'anticipazione di liquidità relativa a fatture rientranti nel piano di pagamenti e già saldate con la cassa ordinaria aziendale, è stata utilizzata per procedere ad ulteriori pagamenti finalizzati alla riduzione dei tempi medi di pagamento. Ciò ha reso possibile, per fine 2013, il raggiungimento di un obiettivo di riduzione dei tempi medi di pagamento fino ad 80 gg., nonché una riduzione del valore di accesso medio dell'anticipazione di Tesoreria del 22% (da 20,9 mln. medi del 2012 a 16,3 mln. medi del 2013) e dei conseguenti oneri finanziari per un differenziale in riduzione tra il 2013 ed il 2012 di 242 mila euro.

Sostenibilità patrimoniale

La sostenibilità patrimoniale indica come l'azienda si rapporta ai vincoli di tipo patrimoniale, fondamentali per il suo agire istituzionale. L'analisi si effettua analizzando 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.

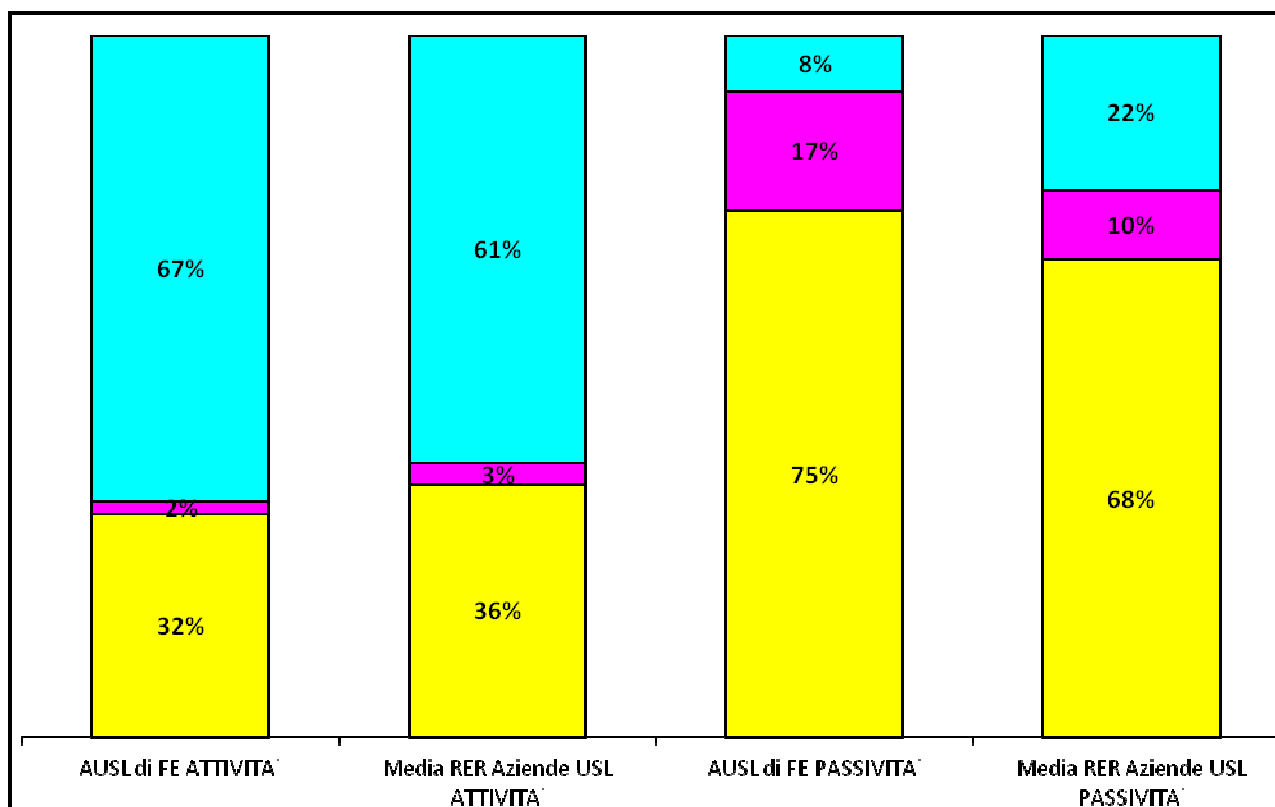
Composizione percentuale dello Stato patrimoniale classificato in chiave finanziaria.

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			
2013			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	32%	75%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	17%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	67%	8%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

RER			
2013			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	36%	68%	Finanziamenti a breve
Scorte	3%	10%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	61%	22%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



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

Il passivo dell'Azienda USL di Ferrara, nel 2013, è composto per il 75% da debiti a breve termine che nel 2012 rappresentavano, invece, l'84% del totale. Tale variazione si è determinata, principalmente, per effetto del piano pagamenti ai fornitori conseguente al ricorso all'anticipazione di liquidità straordinaria regionale.

Sul fronte attivo le liquidità immediate o differite passano dal 39% del 2012 al 32% del 2013; tale variazione si è determinata per effetto dell'incasso di un consistente numero di crediti.

Rispetto alla media regionale si riscontra, dal lato attivo una maggiore preponderanza delle immobilizzazioni, mentre, dal lato passivo una preponderanza dei debiti a breve termine.

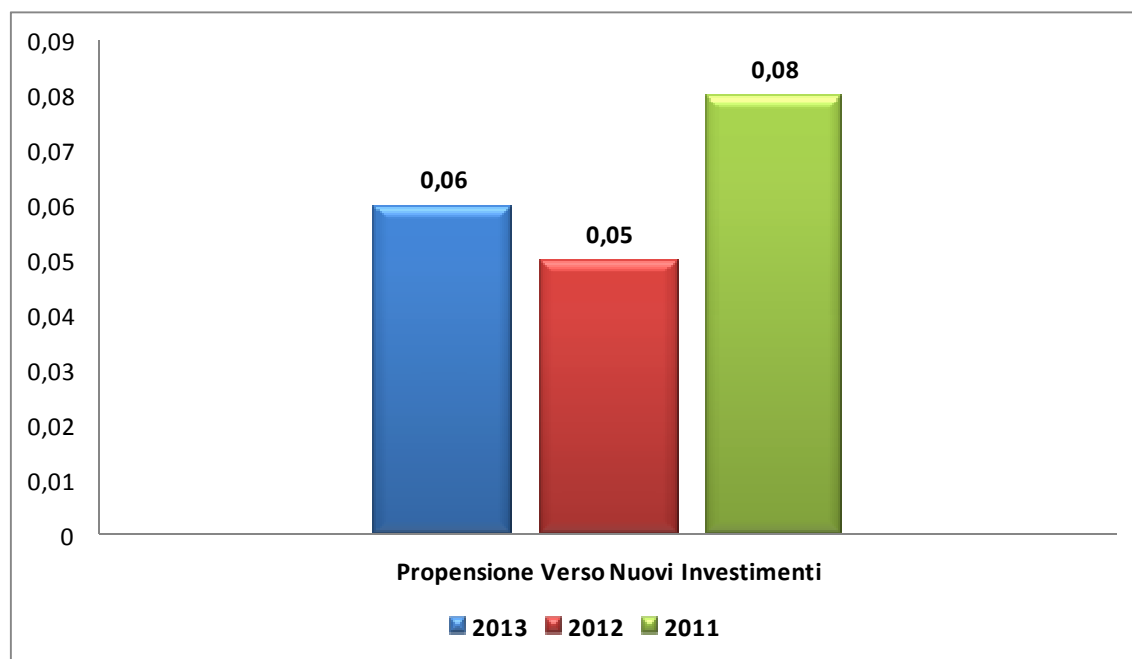
Nuovi investimenti, propensione ai nuovi investimenti e tasso di obsolescenza.

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

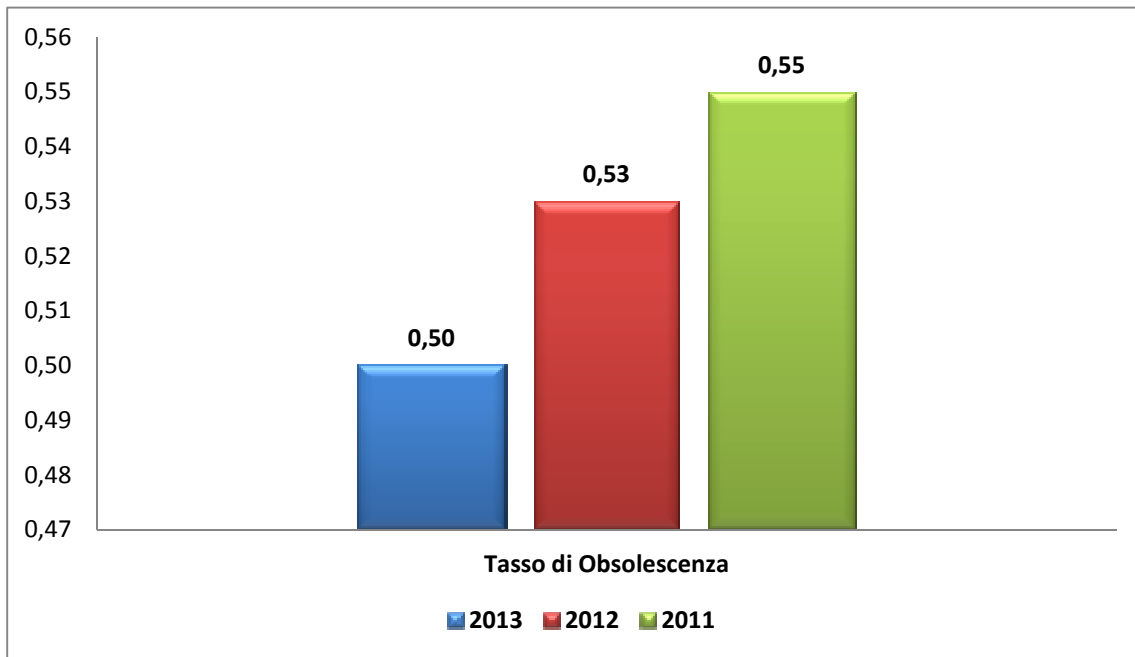
PROPENSIONE VERSO NUOVI INVESTIMENTI	2013	2012	2011	2013 (a)/(b)	2012 (a)/(b)	2011 (a)/(b)
Nuovi investimenti (a)	9.642.572	6.507.496	12.192.224	0,06	0,05	0,08
Valore immobilizzazioni (b)	144.885.000	143.721.222	150.112.000			

Tasso di Obsolescenza	2013	2012	2011	2013 (a)/(b)	2012 (a)/(b)	2011 (a)/(b)
Valore residuo delle immobilizzazioni (a)	144.885.000	143.721.222	150.112.000	0,50	0,53	0,55
Totale investimenti lordi (b)	285.648.000	273.489.723	270.903.000			

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 2013 inverte il trend di riduzione degli anni precedenti.



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 che presumibilmente si invertirà per effetto dei nuovi investimenti programmati.

Valori di Mobilità Attiva e Passiva - Infra ed Extra RER

Dato di interesse per quanto attiene la sostenibilità economica è la verifica della capacità di Ferrara di attrarre utenza in rapporto alla quantità di utenti in mobilità. Il rapporto tra il valore della mobilità in entrata, considerata su tutte le strutture provinciali, e quello di uscita, è nettamente negativo a causa del forte deficit della mobilità verso (e da) aziende della Regione Emilia Romagna e, in diretta conseguenza della posizione di confine della Provincia di Ferrara, verso la regione Veneto.

Non sono da sottovalutare, nelle motivazioni relative all'incremento della mobilità passiva infra ed extra RER, gli effetti dell'evento sismico del maggio 2012 che ha provocato l'inagibilità di diverse strutture sanitarie prevedendo un anticipo del trasloco dell'Azienda ospedaliera S. Anna nella nuova sede di Cona.

Le tabelle seguenti evidenziano i rapporti economici compensativi che l'intero sistema provinciale (Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliera S. Anna e privati) determina nei confronti delle strutture sanitarie regionali ed extra-regionali per i diversi settori di mobilità.

Mobilità sanitaria infraregionale

Anno 2010	Passiva InfraRER	AttivaInfraRER	AttivaInfraRER-AOSP	Saldo
Degenze	28.007.381	8.859.126	8.908.545	-10.239.711
Specialistica	4.194.694	2.643.362	1.904.358	353.026
Farmaceutica	1.407.798	1.235.328		-172.470
Distribuzione Diretta	2.053.969	67.843	2.335.659	349.532
Medicina di Base	312.629	153.874		-158.755
	35.976.471	12.959.532	13.148.561	-9.868.378

Anno 2011	Passiva InfraRER	AttivaInfraRER	AttivaInfraRER-AOSP	Saldo
Degenze	27.156.156	7.712.856	7.807.527	-11.635.773
Specialistica	4.511.118	2.653.170	1.875.759	17.810
Farmaceutica	1.214.200	1.060.481		-153.719
Distribuzione Diretta	2.137.776	80.305	1.801.293	-256.179
Medicina di Base	319.661	160.256		-159.405
	35.338.911	11.667.067	11.484.579	-12.187.266

Anno 2012	Passiva InfraRER	AttivaInfraRER	AttivaInfraRER-AOSP	Saldo
Degenze	28.571.542	6.620.405	6.657.006	-15.294.131
Specialistica	4.937.327	2.427.810	2.012.994	-496.523
Farmaceutica	1.031.600	1.034.889		3.289
Distribuzione Diretta	1.967.634	161.777	1.559.444	-246.413
Medicina di Base	359.478	188.086		-171.392
	36.867.581	10.432.967	10.229.445	-16.205.169

Mobilità sanitaria extraregionale

Anno 2010	Passiva Extra RER	Attiva Extra RER	Attiva Extra RER AOSP	Saldo
Degenze	18.727.847	4.560.462	19.005.396	4.838.011
Specialistica	7.809.921	761.745	3.337.317	-3.710.859
Farmaceutica	330.971	611.661		280.690
Distribuzione Diretta	960.999	91.617	1.738.828	869.446
Medicina di Base	90.046	156.368		66.322
Trasporti	127.138	263.925		136.787
Termale	549.426			-549.426
	28.596.348	6.445.779	24.081.541	1.930.972

Anno 2011	Passiva Extra RER	Attiva Extra RER	Attiva Extra RER AOSP	Saldo
Degenze	18.024.723	5.159.668	17.934.684	5.069.629
Specialistica	8.517.074	738.415	3.351.745	-4.426.914
Farmaceutica	320.665	469.379		148.714
Distribuzione Diretta	1.413.641	92.276	1.788.085	466.720
Medicina di Base	85.658	199.845		114.187
Trasporti	169.260	254.925		85.665
Termale	534.645			-534.645
	29.065.666	6.914.508	23.074.514	923.355

Anno 2012	Passiva Extra RER	Attiva Extra RER	Attiva Extra RER AOSP	Saldo
Degenze	20.341.439	3.376.883	15.216.272	-1.748.284
Specialistica	9.357.731	707.999	3.052.352	-5.597.380
Farmaceutica	333.340	405.238		71.898
Distribuzione Diretta	1.667.946	101.651	1.594.985	28.690
Medicina di Base	104.176	162.784		58.608
Trasporti	199.585	217.575		17.990
Termale	483.936			-483.936
	32.488.154	4.972.130	19.863.609	-7.652.415

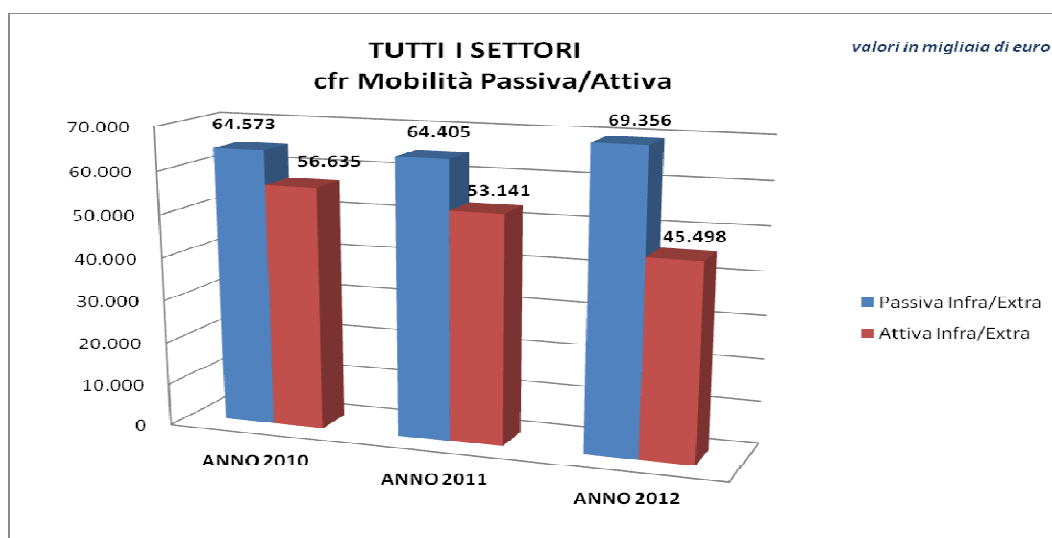
Note: Degenze: Valori riferiti a ricoveri effettuati nelle strutture pubbliche e private comprensivi della psichiatria residenziale

Specialistica: Valori riferiti a prestazioni erogate da strutture pubbliche e private

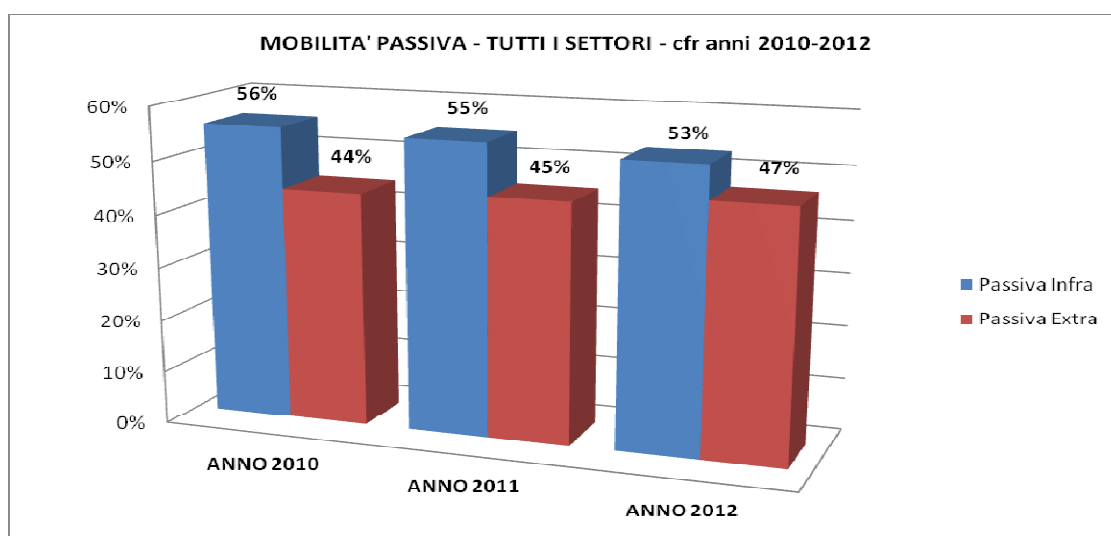
I valori per i settori "Degenze" e "Specialistica" fuori regione non comprendono "sconti" e "penalità" derivanti dagli accordi MARCHE- VENETO.

Le tabelle seguenti mostrano graficamente l'andamento della situazione economica riferita al complesso della mobilità attiva e passiva dell'ultimo triennio.

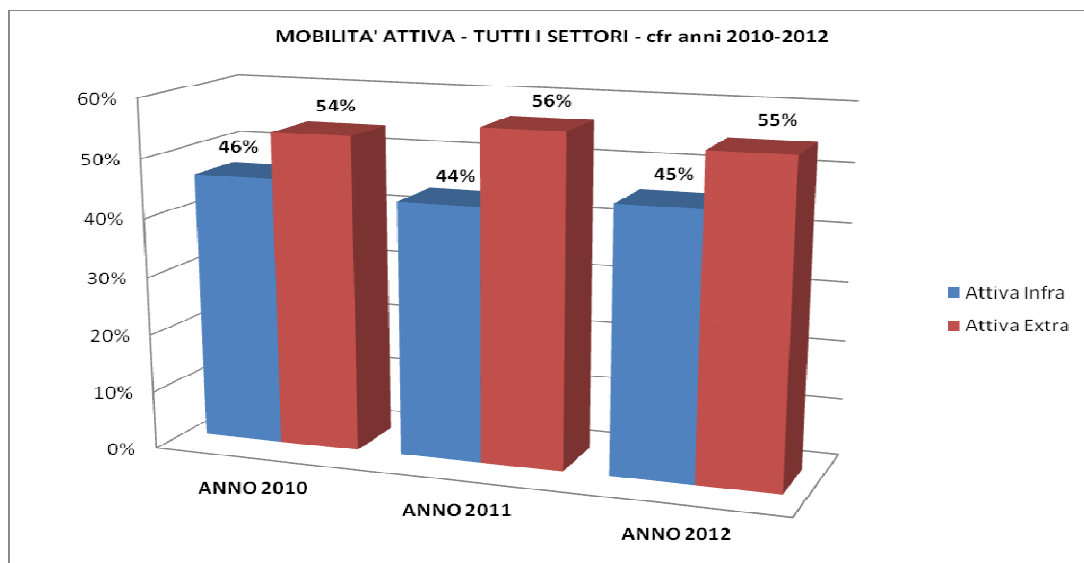
Tab. 1 – Importi economici complessivi di mobilità Passiva e Attiva (strutture provinciali): si evidenzia un aumento nel triennio del 7,4% della mobilità passiva ed una contrazione della mobilità attiva del 19,7%.



Tab.2 – La distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Passiva evidenzia una variazione del rapporto tra la Mobilità Passiva Infra ed Extra regionale, nel triennio nell'ordine del 3% con una contrazione dell'infra e corrispondente incremento della mobilità extra regionale.

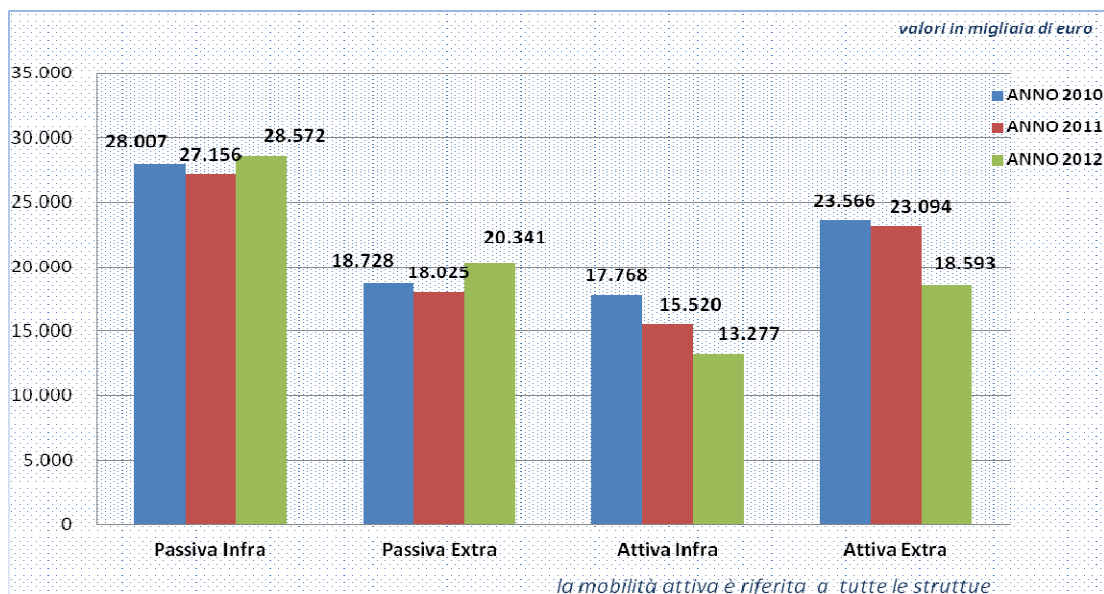


Tab 3 – La distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Attiva Infra ed Extra RER mostra un andamento relativamente costante nel triennio.

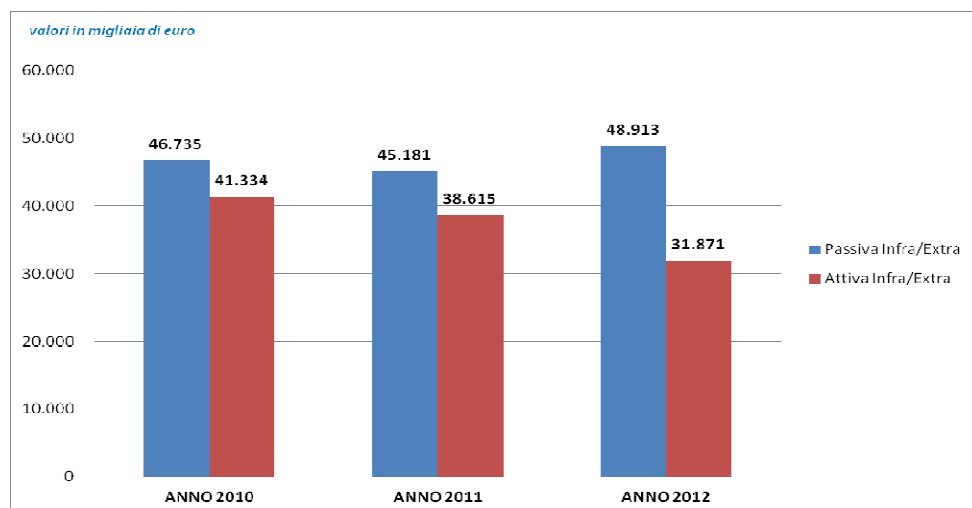


Settore Ricoveri:

Tab. 4 – L'andamento della mobilità passiva/attiva per il triennio 2010-2012 mostra, per il settore ricoveri, l'incremento economico della mobilità passiva, sia infra regionale (+2%) che extra (+8.6%) che nel biennio precedente si registrava in controtendenza. Decremento sulla mobilità attiva sia infra (-25%) che extra (-21%)

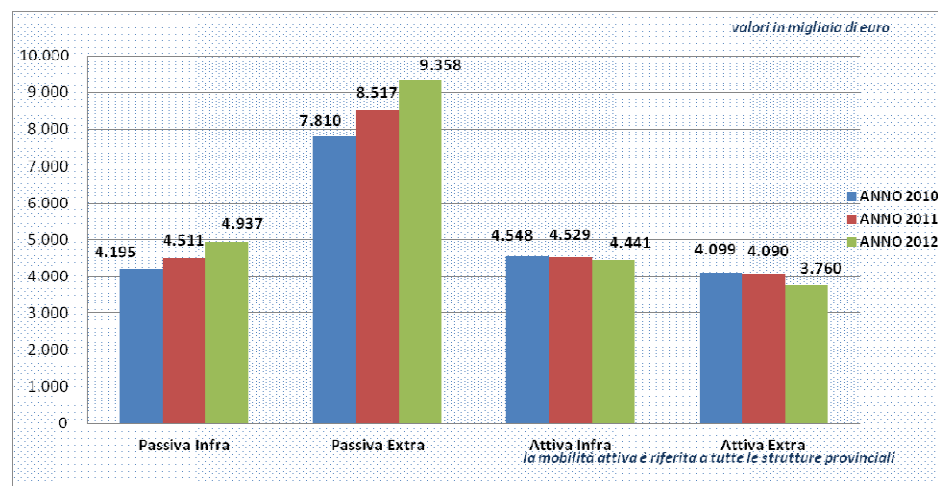


Tab. 5 – Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012 – il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore degenze cresce nel triennio del 4,7%. Il valore economico complessivo della mobilità attiva è in diminuzione del 22,9%.

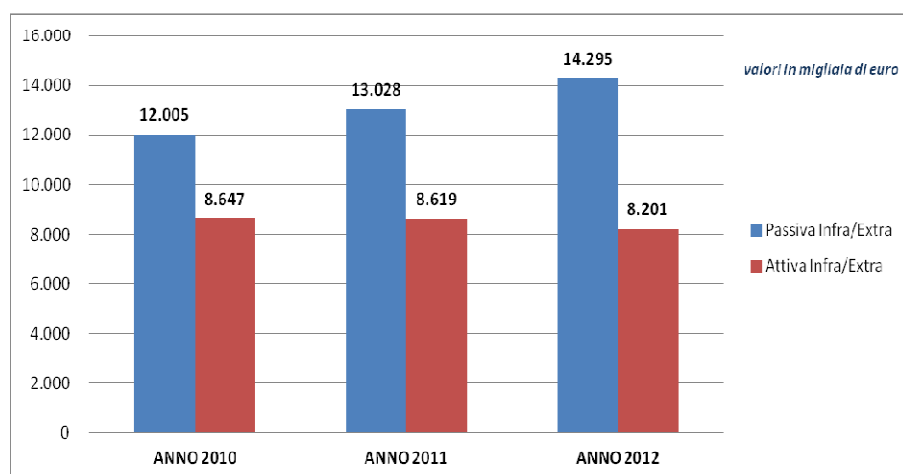


Settore Specialistica:

Tab. 6 – L'andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2010-2012 – vede un costante aumento della mobilità passiva sia infra che extra regionale nell'ordine di ca. l'8% /9% annuo. Per la mobilità attiva che vede una sostanziale tenuta nella capacità di attrazione in infra regionale, registra un decremento di ca. l'8% relativamente all'extra RER.

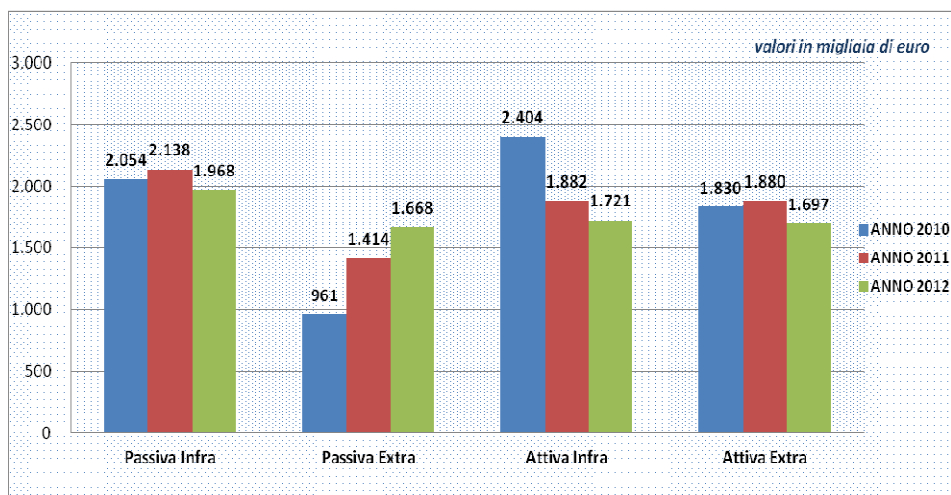


Tab. 7 – Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012 – il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore specialistica cresce nel triennio del 19%. Il valore economico complessivo della mobilità attiva è in diminuzione del 5%.

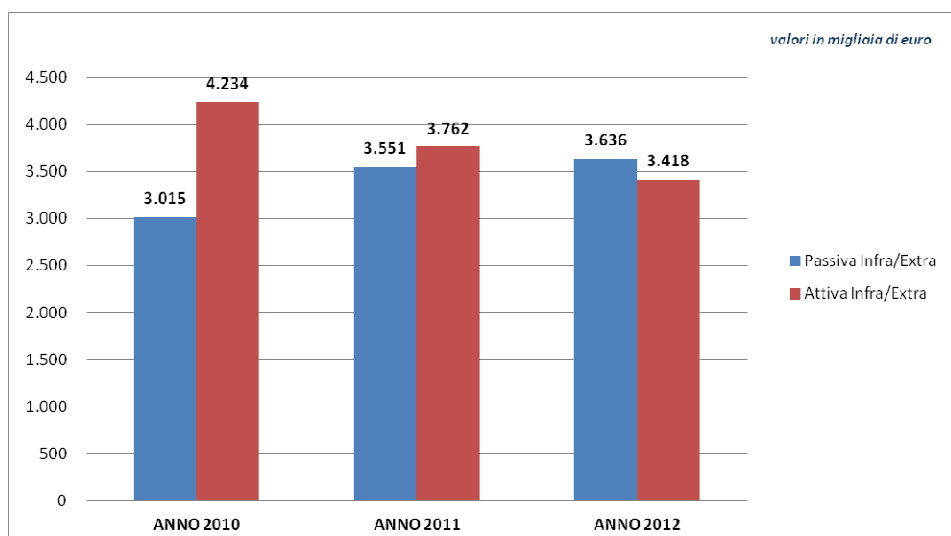


Settore Somministrazione Diretta Farmaci:

Tab. 8 – L'andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2010-2012 – vede un decremento della mobilità passiva infra regionale del 4,2% contrariamente alla mobilità passiva extra regionale in incremento del 73% per particolare somministrazione di farmaci specifici ad alto costo per presa in carico di assistiti con malattia rara (mucopolisaccaridosi VI) presso l'Istituto Mayer di Firenze. La mobilità attiva sia infra che extra regionale in decremento nel triennio rispettivamente del -28% e -7% nel triennio.

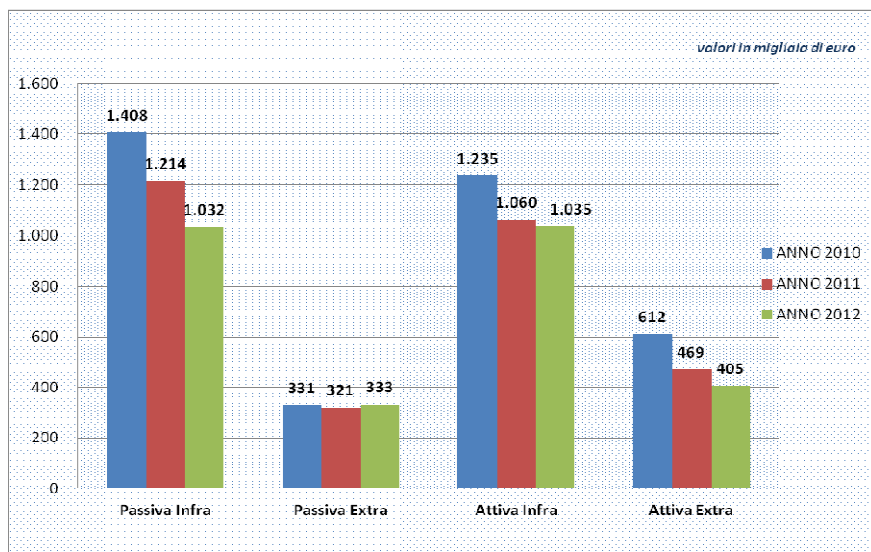


Tab. 9 – Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012 – il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore somministrazione diretta farmaci cresce nel triennio del 20% e vede una diminuzione sulla mobilità attiva di ca. il 19%.

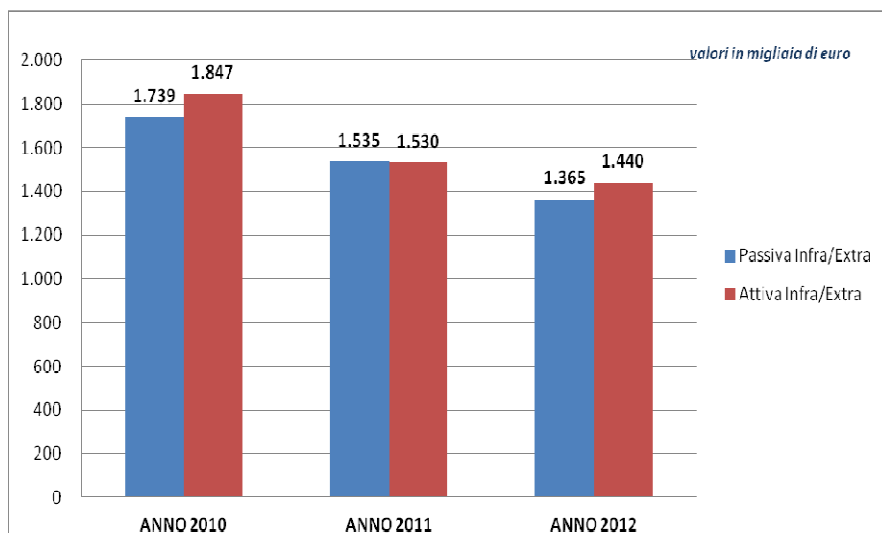


Settore Farmaceutica Territoriale:

Tab. 10 – L’andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2010-2012 – vede una costante diminuzione dei valori economici di mobilità passiva infra regionale con -26,7% nel triennio e una sostanziale tenuta nella passiva extra regionale. Inverso il discorso sui valori economici della mobilità attiva che registra nel biennio 2011-2012 una tenuta sull’infra regionale ed un calo costante sull’extra regionale.



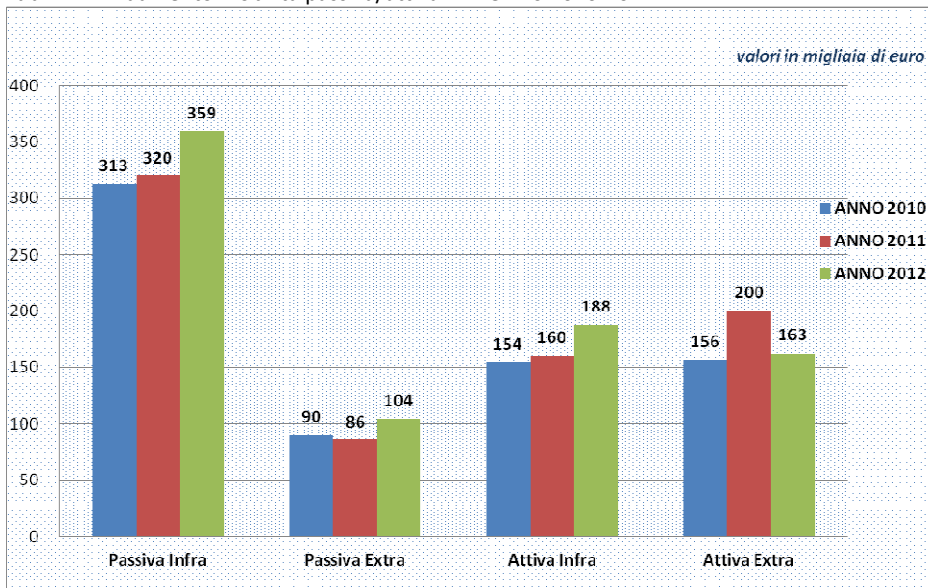
Tab. 11 – Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012 –pur nel decremento complessivo dei valori economici del settore farmaceutica territoriale, risulta un saldo positivo della mobilità attiva 2012 rispetto alla passiva infra ed extra regionale.



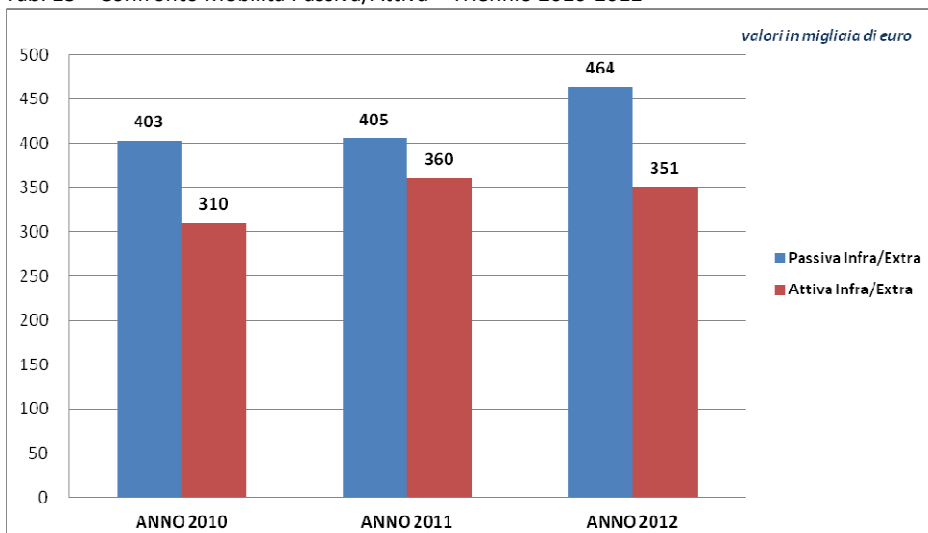
Si riportano inoltre i valori economici dei residui settori di mobilità sanitaria relativi alla Medicina di Base ed ai Trasporti in Ambulanza/Elisoccorso

Settore Medicina di Base:

Tab. 12 – Andamento mobilità passiva/attiva – Triennio 2010-2012

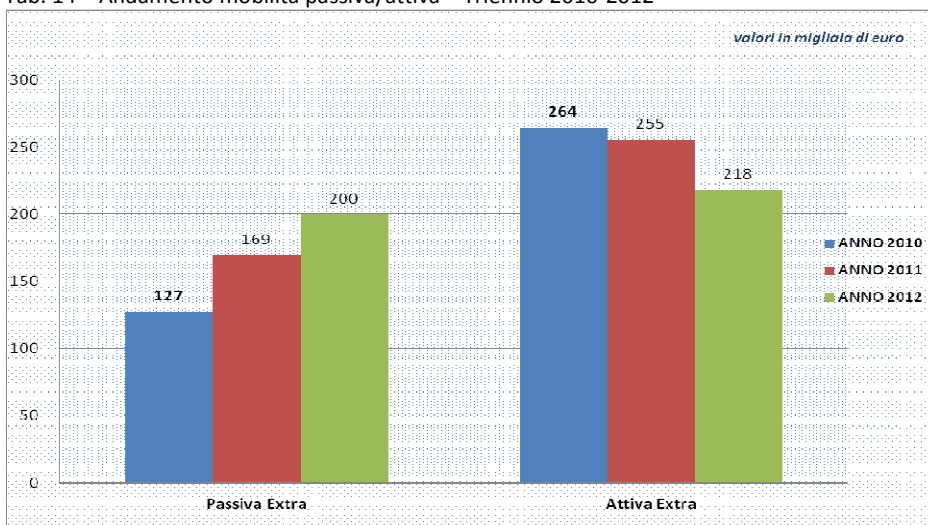


Tab. 13 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012

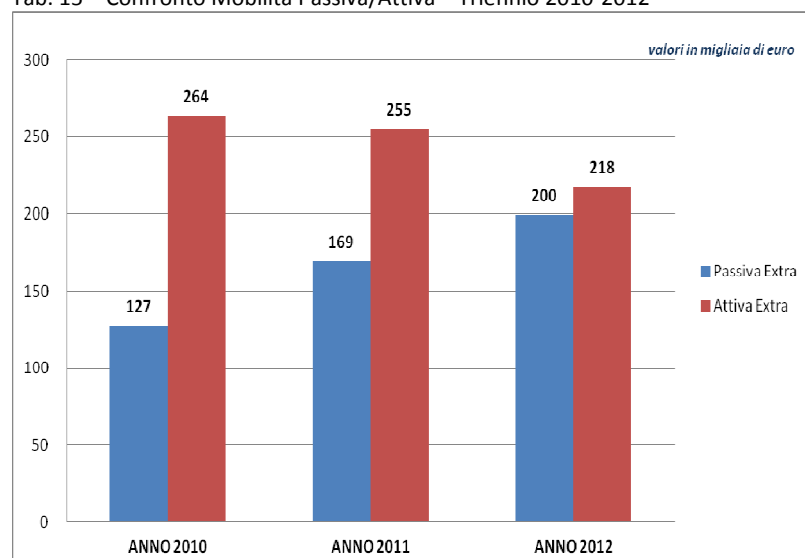


Settore Trasporti:

Tab. 14 – Andamento mobilità passiva/attiva – Triennio 2010-2012



Tab. 15 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012



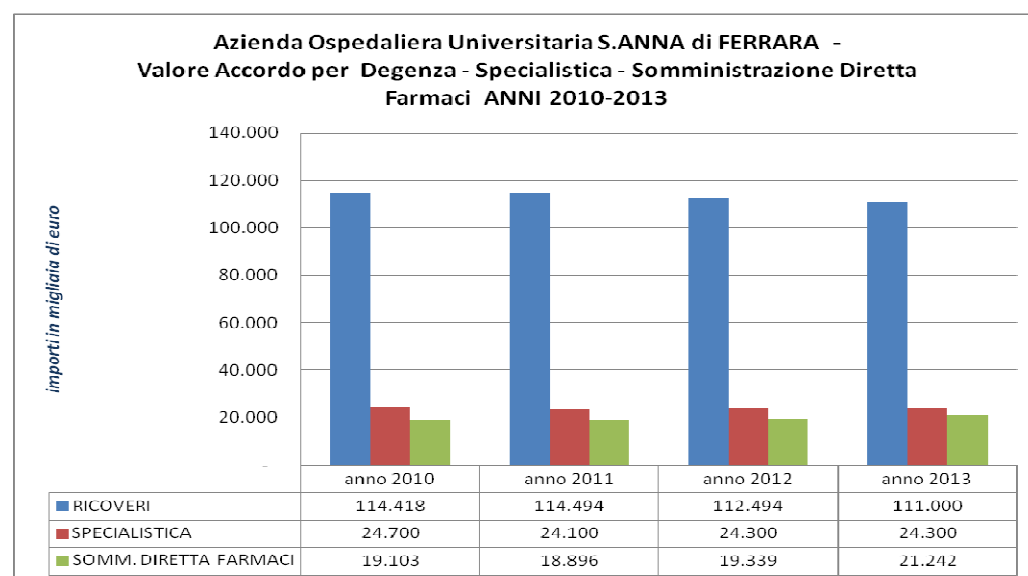
Azienda Ospedaliera Universitaria S.ANNA di FERRARA - Valore Accordo per Degenza - Specialistica - Somministrazione Diretta Farmaci ANNI 2010-2013

La sanità ferrarese deve far fronte a un contesto operativo condizionato da vincoli finanziari e da diminuzioni delle risorse, a causa dei recenti provvedimenti nazionali di contenimento e razionalizzazione della spesa (non ultima la spending review).

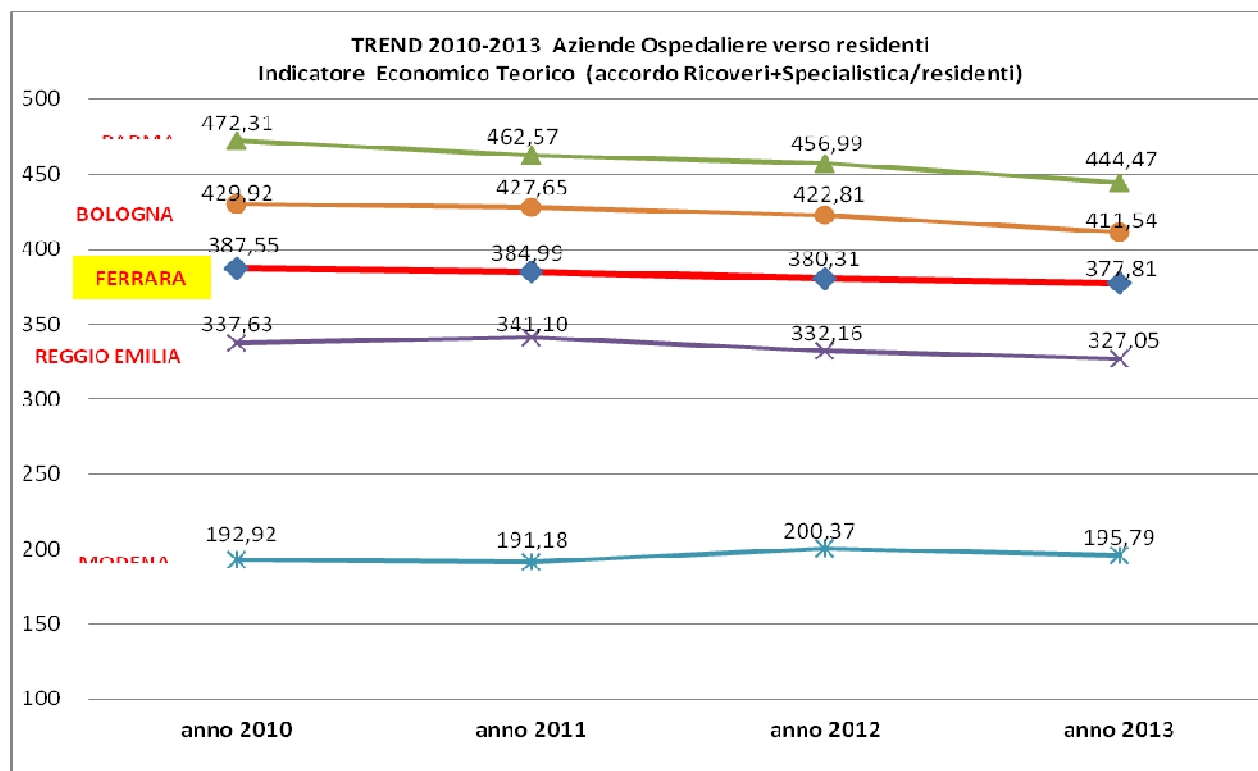
Alla luce di tali vincoli le due aziende sanitarie hanno concordato negli anni accordi di fornitura che pur nell'ottica del riconoscimento delle funzioni hub e di eccellenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S.Anna, con l'adozione di nuove strategie che non comportassero riduzione dei livelli assistenziali, fossero comunque rivolte ad un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.

La tabella che segue indica il valore degli accordi di fornitura stipulati nel corso degli ultimi anni, relativamente al settore ricoveri, specialistica e somministrazione diretta farmaci.

Azienda Ospedaliera Universitaria S.ANNA di FERRARA - Valore Accordo per Degenza - Specialistica - Somministrazione Diretta Farmaci ANNI 2010-2013				
	anno 2010	anno 2011	anno 2012	anno 2013
RICOVERI	114.418	114.494	112.494	111.000
SPECIALISTICA	24.700	24.100	24.300	24.300
SOMM. DIRETTA FARMACI	19.103	18.896	19.339	21.242
TOTALE AOSPFE	158.221	157.490	156.133	156.542

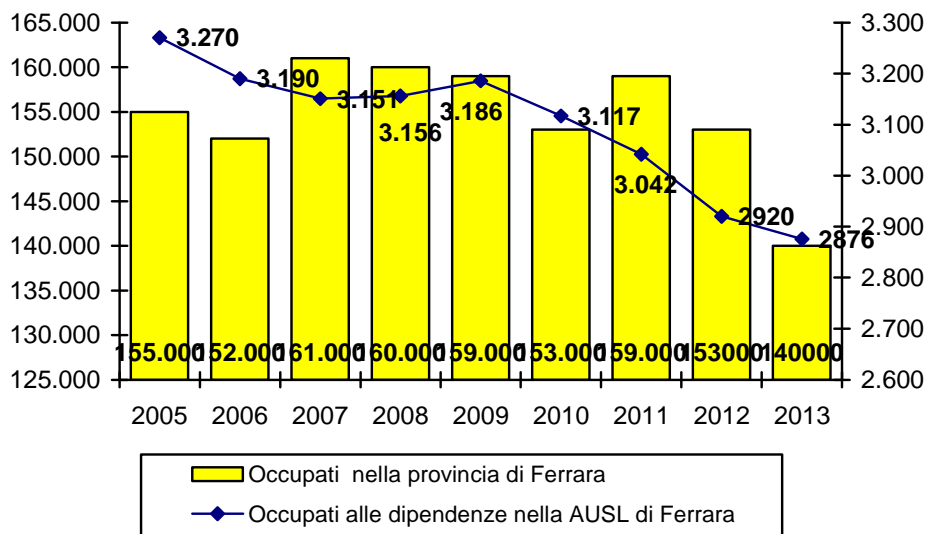


L'indicatore teorico economico mostra il consumo teorico per residente delle risorse economiche messe a disposizione nell'accordo di fornitura (ricoveri+degenze).



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 (a tempo indeterminato e a tempo determinato) alle dipendenze dell'Azienda USL di Ferrara. Questi ultimi mostrano una diminuzione nel tempo dal 2005 al 2013 (-12,0%) con un andamento più marcato dal 2009 al 2013. In linea con anche il dato provinciale, che in particolare dal 2011 al 2013 registra un calo dell'occupazione totale del 12% attestandosi ad un valore minimo negli ultimi otto anni di 140.000 occupati.

La Gestione ambientale nell'Azienda USL di Ferrara

Linea di progetto "SENSIBILIZZAZIONE ALLO SVILUPPO SOSTENIBILE"

All'interno della intranet aziendale è stata attivata una sezione dedicata al sistema gestione ambientale nella quale il gruppo aziendale fornisce a tutti i dipendenti informazioni utili su: gestione rifiuti, mobilità e ambiente.

Qui è possibile consultare sia i documenti amministrativi che le guide ed i vademecum utili per assumere comportamenti corretti per la salvaguardia dell'ambiente.

E' stato creato un indirizzo alias ambiente@ausl.fe.it collegato a tutte le mail dei componenti del gruppo SGA, al quale tutti i dipendenti possono far riferimento per richiesta di chiarimenti su procedure di smaltimento rifiuti o su altri argomenti inerenti la mission del gruppo.

Linea di progetto "GESTIONE AMBIENTALE"

La Gestione ambientale è ormai da anni una priorità per l'Azienda USL di Ferrara, che ha investito risorse e personale per monitorare e gestire il processo della gestione dei rifiuti, del risparmio delle risorse energetiche e della mobilità.

L'Azienda USL di Ferrara, con delibera del Direttore Generale n. 171 del 30.4.2008 ad oggetto: "Costituzione del Sistema di Gestione Ambientale Aziendale", ha nominato un gruppo permanente i cui componenti, appartenenti alle varie articolazioni aziendali, hanno il compito di occuparsi della gestione ambientale al fine di ridurre al minimo gli impatti negativi del sistema sanitario sull'ambiente in termine di produzione di rifiuti, utilizzo di risorse naturali (es. energia, acqua), emissione di sostanze inquinanti (es: per il riscaldamento, per i trasporti), mobilità sostenibile. La Delibera n. 278 del 26 Novembre 2013 ha integrato i componenti del gruppo.

Finalità e obiettivi del Gruppo di lavoro Sistema gestione Ambientale sono:

- Individuare nell'ambito aziendale eventuali criticità
- Individuare funzioni e responsabilità per le soluzioni delle sopradette criticità
- Definire un sistema di controlli integrati fra le varie macro articolazioni aziendali
- Definire i risultati attesi e gli opportuni indicatori
- Proporre azioni di miglioramento continuo e di revisione periodica del sistema
- Definire proposte strategiche inerenti a:
 - ✓ Informazione, Formazione, Addestramento (IFA) dei lavoratori
 - ✓ Verifica di efficacia dell'applicazione delle procedure aziendali
 - ✓ Verifica quali – quantitativa della gestione dei rifiuti prodotti e dei costi di gestione sostenuti; dell'utilizzo di risorse naturali e relativi costi sostenuti, del controllo delle emissioni inquinanti e relative azioni intraprese
 - ✓ Revisione periodica del Sistema di gestione Ambientale

Come negli anni precedenti, anche nel 2013 il Gruppo Sistema Gestione Ambientale ha continuato a sostenere l'Azienda USL nel perseguimento degli obiettivi inseriti all'interno delle Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale, in linea con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna.

In particolare sono stati organizzati i corsi formativi "La gestione del registro di carico e scarico" e "La sostenibilità ambientale".

Il Corso formativo "La compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti" aveva come obiettivo quello di fornire gli strumenti necessari affinché la tenuta della documentazione ambientale e la trasmissione dei dati inerenti la gestione dei rifiuti avvenga secondo le modalità indicate nella normativa vigente. Tale Corso, di n. 3 edizioni, ha visto la partecipazione complessiva di n. 44 dipendenti (su n. 60 potenziali) e ha trattato i seguenti argomenti:

- Adempimenti amministrativi di una struttura sanitaria nell'ambito della gestione dei rifiuti
- Aspetti normativi
- La documentazione ambientale e la trasmissione dei dati inerenti la gestione dei rifiuti: registro di carico e scarico, formulario di identificazione rifiuto, modello unico di dichiarazione ambientale (MUD)
- Casi pratici di compilazione

Il Corso formativo "La sostenibilità ambientale" aveva come obiettivo quello di stimolare comportamenti individuali nella direzione di una maggiore sostenibilità ambientale. Tale Corso, di n. 4 edizioni, ha visto la partecipazione complessiva di n. 302 dipendenti (circa il 10% dei dipendenti complessivi dell'Azienda) e ha trattato i seguenti argomenti:

- Presentazione della bozza della nuova Procedura “La Gestione dei rifiuti”
- Il programma regionale di sostenibilità ambientale
- Gli acquisti verdi
- Il risparmio energetico
- Presentazione ATERSIR e TARES
- La Gestione della Raccolta Differenziata

Linea di progetto "RIFIUTI SANITARI"

Si descrive di seguito cosa è stato fatto nel corso del 2013 da parte del Gruppo di lavoro “Sistema Gestione Ambientale” in tema di gestione rifiuti.

- **Procedura Gestione Rifiuti**
E' stata rivista la Procedura del 2006 ed è stata predisposta una bozza condivisa con tutte le Macrostrutture coinvolte nella gestione dei rifiuti, con i gestori dei rifiuti urbani e con la Ditta deputata alla gestione dei rifiuti speciali.
- **Aspira – liquidi**
Prosegue l'uso delle macchine aspira – liquidi (concesse dalla Ditta Team Ambiente in comodato d'uso gratuito) da parte delle UU.OO. di Chirurgia/Urologia degli Ospedali del Delta e di Cento con riduzione dei costi delle sacche di svuotamento e della produzione dei rifiuti infettivi.
- **Accordi raccolta differenziata**
E' stato rinnovato l'accordo con CMV E' stato posto in essere quanto necessario per il rinnovo dell'accordo in scadenza con Area attraverso l'elaborazione della relativa bozza.
- **Progetto per la gestione dei rifiuti ospedalieri nei governatorati del sud della Cisgiordania**

Continua la collaborazione con la Regione Emilia-Romagna e la ONG Nexus Emilia-Romagna al “Progetto per la gestione dei rifiuti ospedalieri nei governatorati del sud della Cisgiordania” già avviata nel 2011, nell'ambito del programma Palestinian Municipal Support Programm della Cooperazione Italiana e proseguita con le consulenze successive nel 2013.

Si descrive l'andamento della produzione di rifiuti sanitari secondo lo schema:

N°	CER	Descrizione	Quantità (Kg)					Costi IVA inclusa (€)				
			2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
								858.617	802.216	753.316	688.093	
1	18.01.03* 18.02.02*	Rifiuti pericolosi a rischio infettivo	379.627	353.953	273.615	265.279	231.843					
2	180108 180109*	Rifiuti pericolosi che richiedono particolari modalità di gestione (farmaci)	4.557	4.319	3.729	4.147	4.984					
3	Tutti i CER di rifiuti pericolosi non compresi alle righe precedenti	Altri rifiuti pericolosi	6.963	7.723	3.078	4.017	4.781					
4	190814 200304 200306 ecc.	Fanghi	39.850	54.800	39.770	49.140	30.400		60.292	48.679	52.841	35.087
5	150101 150102 150103 150104 150107 160604 160605 170202 170203 170403 170405 200101 200102 200108 200125 200140 200201 ecc	Rifiuti non pericolosi avviati a recupero e raccolte differenziate*	2.477	81.370	66.810	76.120	78.559					
6	Tutti i CER di rifiuti non pericolosi non compresi alle righe precedenti	Altri rifiuti speciali non pericolosi	60.595	64.603	36.716	41.171	61.290					
7	200301	Rifiuti indifferenziati assimilati agli urbani*	/	/	/	/	/	/	/	/		

Si descrivono, in particolare le raccolte differenziate avviate (vedi riga 5 della precedente tabella), secondo lo schema riportato nella seguente tabella:

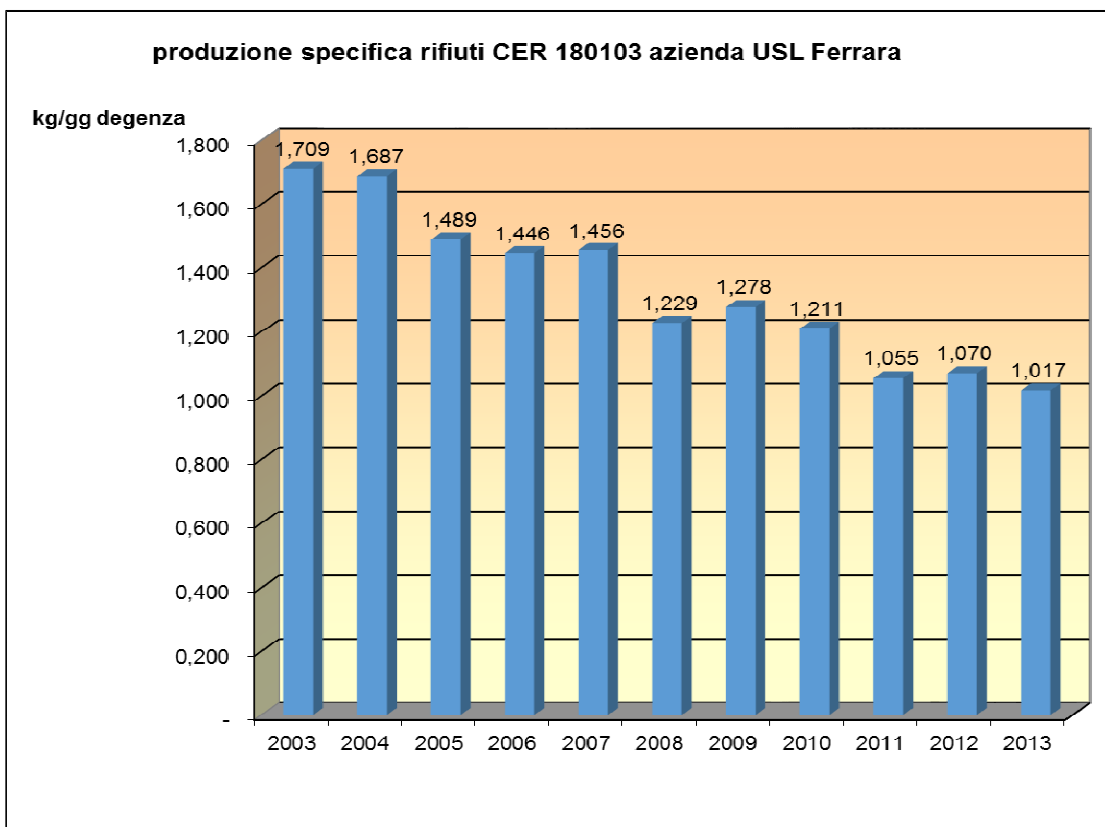
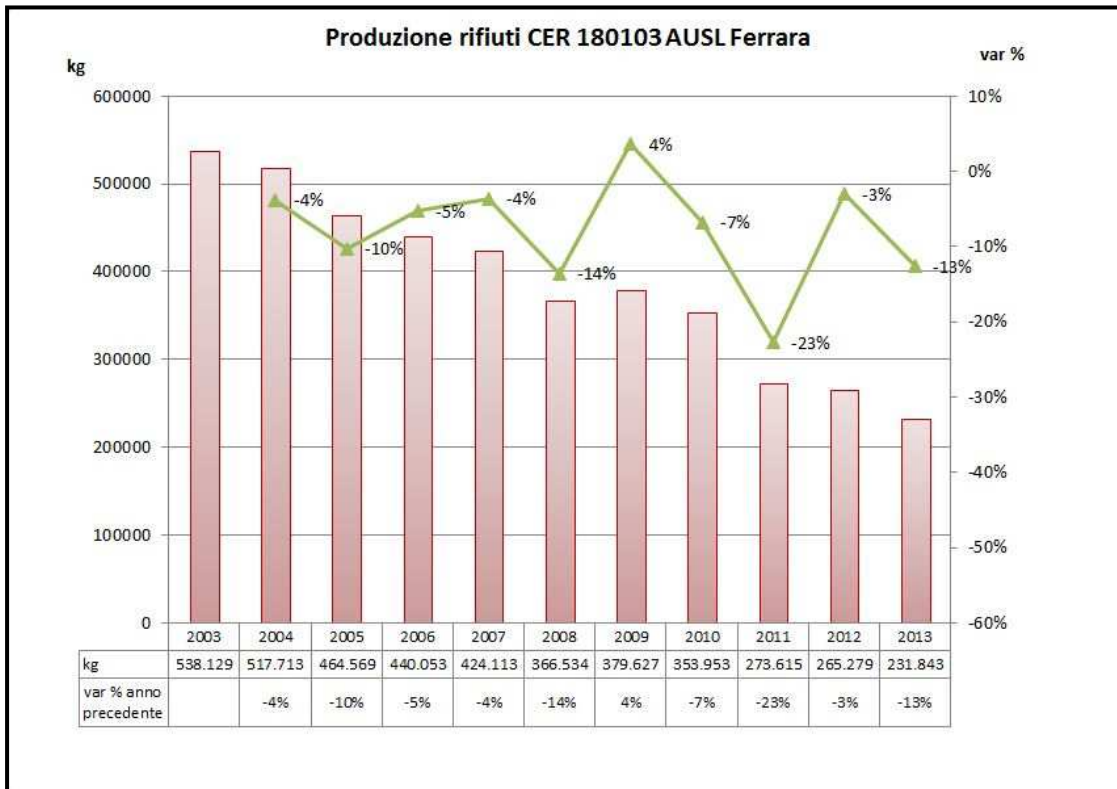
Codice colore

- Prodotto, ma non raccolto in modo differenziato
- Raccolto in parte dell'Azienda (specificare nelle note) e gestito come rifiuto urbano
- Raccolto in tutta l'Azienda e gestito come rifiuto urbano
- Raccolto come rifiuto speciale (specificare CER nelle note)
- Esternalizzato

Frazione rifiuto	Kg e codice colore*	Note
Rifiuti da cucine e mense e altri rifiuti alimentari		
Vetro bianco		
Vetro colorato/misto		
Carta/cartone		
Plastica		
Metalli		
Legno		
Materiali ingombranti		
Rifiuti di giardinaggio e manutenzione aree verdi		
Oli e grassi commestibili		Non prodotto
Pile		
Rifiuto sterilizzato		Non prodotto
Altro (specificare)		

Si analizza di seguito l'andamento dell'indicatore di produzione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo

Anno	Posti letto	Giornate di degenza (DO+DH)	Kg 18.01.03*	Kg/GD	Kg/PLg	Variaz. Kg/GD
2009	751	297.088	379.627	1,278	1,38	
2010	753	292.177	353.953	1,211	1,29	-0,07
2011	753	259.384	273.615	1,055	1,00	-0,16
2012	721	247.883	265.279	1,070	1,01	0,02
2013	600	227.971	231.843	1,017	1,06	-0,05
Media				1,126	1,111	
Mediana				1,070	1,008	



Linea di Progetto “MOBILITA’ SOSTENIBILE”

Si è collaborato con la Regione per la predisposizione di tabelle per la rilevazione del parco auto aziendale. Si è poi provveduto all’inserimento dei dati relativi al parco auto per l’anno 2013, relativamente alle seguenti voci:

- ✓ targa
- ✓ anno di immatricolazione
- ✓ classificazione
- ✓ sede
- ✓ dipartimento di assegnazione
- ✓ uso
- ✓ marca
- ✓ modello
- ✓ alimentazione
- ✓ potenza motore
- ✓ km percorsi.

La rilevazione svolta dal settore automezzi gestito dal Dipartimento Tecnico è strumento del programma di gestione della flotta aziendale, che prevede il graduale rinnovo del parco auto con l’acquisizione di automezzi ecocompatibili.

La gestione della flotta aziendale è parte del progetto più complessivo di risparmio energetico nel quale l’Azienda è fortemente impegnata e consente processi di razionalizzazione dei mezzi sottoutilizzati, nonché di dismissione degli automezzi obsoleti.

Sono state avviate procedure informatiche, tenendo conto di quanto prevedono le norme relative alla privacy, per cui si è installato in ogni vettura un rilevatore collegato ad un software in grado di gestire riparazioni meccaniche, elettriche, ecc, nonché manutenzioni ordinarie e approvvigionamento di carburante. Con i 250.000,00 € previsti dal Piano Annuale 2013 sono stati acquistati n. 8 nuovi automezzi/ambulanza/auto mediche a cui vanno aggiunte n. 5 Fiat Panda acquisite con un ulteriore Fondo Vincolato per un totale di 13 nuovi automezzi, a basso impatto ambientale.

Linea di Progetto “ACQUISTI VERDI”

Anche nel 2013 il Dipartimento Interaziendale Acquisti e Logistica Economale (DIALE) ha continuato ad effettuare iniziative di acquisto volte allo sviluppo sostenibile.

In particolare per quanto concerne gli “acquisti verdi” ha effettuato/prorogato le gare espletate in Area Vasta, da Intercent-ER ed ha altresì aderito alle convenzioni CONSIP.

Linea di Progetto “RISPARMIO ENERGETICO”

Il Dipartimento attività tecnico patrimoniali e tecnologiche ha eseguito il progetto definitivo per interventi di risparmio energetico che è stato approvato in Regione.

Il progetto comprende l’installazione di 4 impianti di cogenerazione, 1 impianto solare termico, 5 nuovi gruppi refrigeratori, la centralizzazione di un impianto di condizionamento, la sostituzione di corpi illuminanti all’interno delle strutture ospedaliere, la sostituzione dei corpi illuminanti nei parcheggi di alcune strutture ospedaliere e la sostituzione di infissi.

Per l’indizione della gara d’appalto del progetto, si attende l’aggiudicazione del nuovo contratto di multiservizio in quanto all’interno dello stesso sono previsti altri interventi di risparmio energetico che potrebbero sovrapporsi a quelli sopra indicati.

Livelli Essenziali di Assistenza

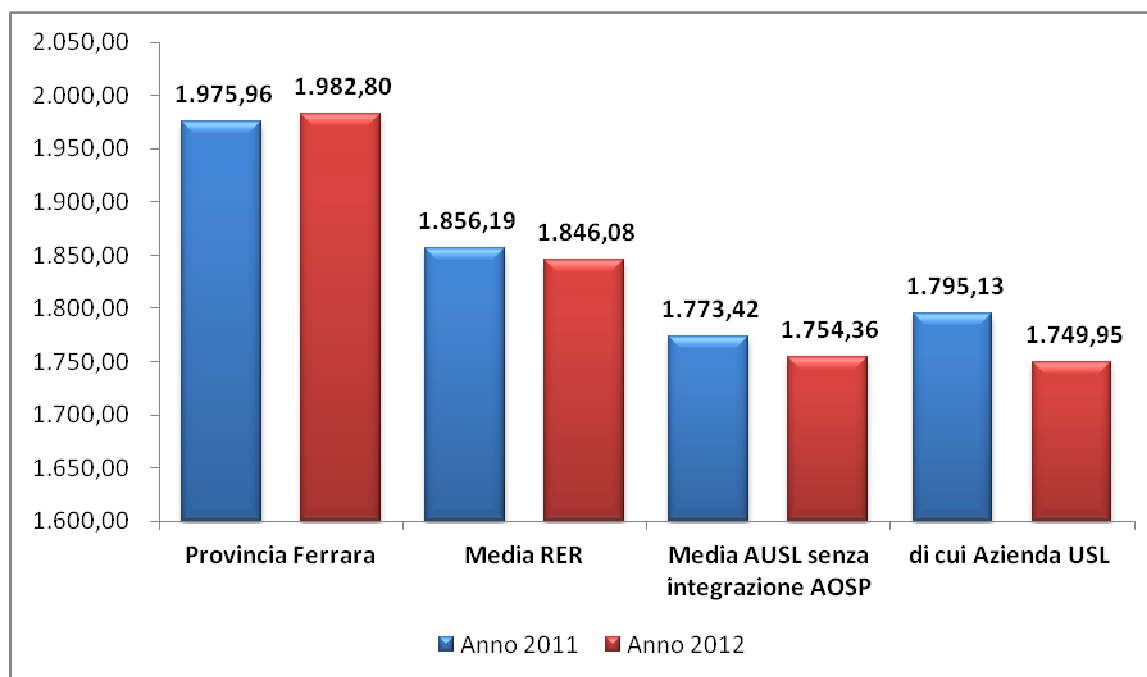
Gli impieghi delle risorse economiche

Costo pro-capite ponderato

Per motivi legati alle tempistiche di elaborazione dei dati delle Aziende e della Regione i valori del costo procapite sono sempre relativi all'anno precedente rispetto a quello di riferimento per il bilancio di missione. 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 provincia, tenuto conto sia dell'Azienda Sanitaria Territoriale che dell'Azienda Ospedaliera. Ponderando la popolazione di riferimento sulla base della composizione per età è possibile mettere a confronto tale indicatore tra le diverse provincie della Regione, rilevando le situazioni ove quest'ultimo assume valori al di sopra della media regionale. Il costo medio pro capite sostenuto dalle Provincie per garantire i livelli di assistenza presenta differenze fra i diversi contesti provinciali.

Le Provincie che storicamente hanno un costo pro-capite inferiore alla media regionale, o che negli ultimi anni si sono portate in linea con la media, sono Reggio Emilia, Parma, Rimini, Piacenza e Modena, mentre tutte le altre, come Ferrara, hanno avuto negli anni un costo pro-capite superiore alla media.

Tali maggiori costi per Livelli di Assistenza trovano motivazione in ragioni di carattere epidemiologico, ma anche in una dotazione più capillare e/o ridondante dei servizi alla popolazione rispetto alla media regionale, nonché in aree di inappropriata e in differenze nei costi di produzione dei servizi e delle prestazioni erogati all'utenza.



La spesa procapite della provincia di Ferrara nel 2012 è pari a 1.982,80 euro (+0,34% rispetto al 2011) contro una media regionale di 1.846,08 (-0,54% rispetto al 2011).

Nel biennio 2011-2012, si è registrata una crescita nei costi complessivamente sostenuti dalle due Aziende provinciali con un peggioramento pari a 7 euro pro-capite. Tale peggioramento è riferibile unicamente ai maggiori costi connessi all'apertura del Nuovo Ospedale di Cona, determinatisi a partire dal secondo semestre 2012. I costi di apertura di un nuovo Ospedale non sono confrontabili con quelli prodotti da una "struttura consolidata". Ne è prova il fatto che il costo procapite per la sola Azienda USL, senza considerare i maggiori costi strutturali per il nuovo ospedale, calcolato in base alla produzione resa, risulta essere pari a 1.749,95. Tale valore è al di sotto del valore medio delle altre Aziende USL calcolato con il medesimo criterio oltre che in diminuzione rispetto al precedente anno del -2,5% (-45,18 euro p.c.), che rappresenta la miglior performance regionale. La situazione del 2012 limitatamente alla parte riferibile alla sola Azienda

Territoriale, non tenendo pertanto conto di quanto integrato a carico dell'Azienda Ospedaliera vede rappresentate con livelli di costo procapite ancora lievemente al di sopra dei valori medi le seguenti aree assistenziali:

- Salute Mentale
- Farmaceutica
- Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro
- Emergenza extraospedaliera
- Degenza e specialistica.

Le ragioni sottostanti ai maggiori livelli di costo sono riconducibili molto sinteticamente ai seguenti motivi:

• *I livelli di costo dell'assistenza sanitaria collettiva sono più alti della media regionale in particolare per ciò che riguarda l'Igiene pubblica e la tutela della salute negli ambienti di lavoro, mentre sono al di sotto del livello medio per ciò che attiene l'assistenza veterinaria.*

• *I livelli di costo della Salute Mentale sono al di sopra del livello medio regionale per ciò che attiene il settore adulti e la Neuropsichiatria infantile mentre si mantengono al di sotto del livello medio nell'area delle Dipendenze patologiche.*

Per entrambe queste due aree l'incidenza del costo fattore umano è particolarmente consistente, da ciò ne consegue che le strategie di approccio al problema sono caratterizzate da revisioni organizzative delle sedi di erogazione (riducendole anche nel numero) e di integrazione delle professionalità evitando così inutili duplicazioni.

• *L'assistenza Farmaceutica convenzionata presenta livelli di costo al di sopra della media regionale principalmente per effetto dell'alto numero di ricette pro capite*

In quest'area, la leva più strategicamente rilevante per ottenere riduzione nei consumi è quella di agire sui fenomeni induttori di alti livelli di prescrizione, in particolare nelle aree caratterizzate da farmaci ad alto livello di costo unitario.

• *Gli alti livelli di costo per la Degenza e specialistica risentono della capillarizzazione delle strutture di offerta.*

La Provincia Ferrarese, da sempre, si è caratterizzata per la numerosità delle strutture ospedaliere rispetto alla quale, da tempo, è stata impostata ed attuata una programmazione volta alla loro riduzione o conversione. Va detto che il 2012, in particolare, è stato caratterizzato dal trasferimento dell'Azienda Ospedaliera nel nuovo Nosocomio di Cona con conseguenti elevatissime ricadute economiche in termini di costi di avviamento.

Coerentemente con quanto sopra il Piano di Sostenibilità 2014-2015 prevede una serie di azioni:

- Nell'area della Salute Mentale e della Sanità Pubblica si sta procedendo alla riorganizzazione e accorpamento delle sedi fisiche. L'organizzazione della Salute Mentale in particolare, viene sempre di più integrata nell'ambito di percorsi condivisi con il Dipartimento di Cure Primarie realizzando, in tal modo, economie nell'utilizzo delle professionalità
- Nell'area della Degenza e specialistica trovano riscontro i piani di riconversione dei Posti letto Ospedalieri in Posti letto Distrettuali di tipologia post-acuzie ad indirizzo riabilitativo estensivo (strutture OSCO). Sul fronte dell'assistenza specialistica l'Azienda ha elaborato un Piano Provinciale interaziendale che, unitamente alla riduzione dei tempi di attesa, consentirà di evitare duplicazioni nell'offerta.
- L'Emergenza Territoriale è caratterizzata dalla riorganizzazione dei punti di soccorso e dalla accorpamento organizzativo nella Centrale Operativa di Area Vasta
- Il governo della spesa farmaceutica si è caratterizzato per un approccio di tipo interaziendale al problema degli elevati costi definendo una serie di obiettivi al perseguimento dei quali sono impegnati sia Medici del Territorio, sia Medici dell'Azienda Ospedaliera.

Per una più dettagliata articolazione degli obiettivi sopra indicati si faccia riferimento al Capitolo 3.

La tabella seguente mette a confronto i valori provinciali con i valori complessivi regionali, in particolare ordinando i dati in rapporto all'entità della variazione rispetto alla media RER.

		2011			2012			2012 VS 2011		
		costo livello (K€)	popolazione	Costo procapite (€)	costo livello (K€)	popolazione	Costo procapite (€)	costo livello (K€)	Costo procapite (€)	%
Integrazione costi da AOSP *	Fe	69.083	382.030	180,83	89.233	383.217	232,85	20.150	52,02	28,8%
	RER	366.869	4.432.439	82,77	408.918	4.459.246	91,70	42.049	8,93	10,8%
SALUTE MENTALE	Fe	25.323	382.030	66,29	26.853	383.217	70,07	1.530	3,79	5,7%
	RER	292.532	4.432.439	66,00	304.326	4.459.246	68,25	11.794	2,25	3,4%
PREVENZIONE	Fe	21.865	382.030	57,23	23.270	383.217	60,72	1.405	3,49	6,1%
	RER	252.370	4.432.439	56,94	253.037	4.459.246	56,74	667	-0,19	-0,3%
EMERGENZA EXTRAOSP.	Fe	14.760	382.030	38,64	15.362	383.217	40,09	602	1,45	3,8%
	RER	149.557	4.432.439	33,74	153.165	4.459.246	34,35	3.608	0,61	1,8%
Degenza e specialistica senza integrazione costi delle AOSP	Fe	384.229	382.030	1.005,76	376.104	383.217	981,44	-8.125	-24,32	-2,4%
	RER	4.343.368	4.432.439	979,90	4.353.762	4.459.246	976,34	10.394	-3,56	-0,4%
DISTRETTO altro	Fe	239.614	382.030	627,21	229.019	383.217	597,62	-10.595	-29,59	-4,7%
	RER	2.822.741	4.432.439	636,84	2.758.823	4.459.246	618,67	-63.918	-18,16	-2,9%
TOTALE	Fe	754.874	382.030	1.975,95	759.841	383.217	1.982,80	4.967	6,84	0,3%
	RER	8.227.437	4.432.439	1.856,19	8.232.031	4.459.246	1.846,06	4.594	-10,13	-0,5%
TOTALE senza integrazione costi da AOSP	Fe	685.791	382.030	1.795,12	670.608	383.217	1.749,94	-15.183	-45,18	-2,5%
	RER	7.860.568	4.432.439	1.773,42	7.823.113	4.459.246	1.754,36	-37.455	-19,06	-1,1%

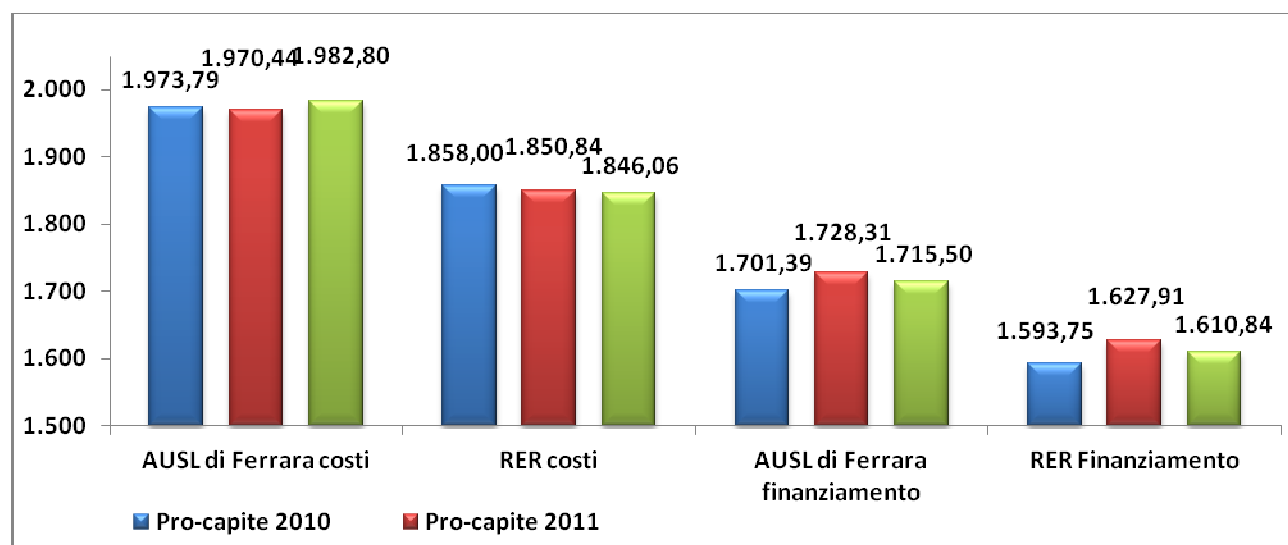
* l'integrazione costi da AOSP è rappresentato dalla differenza tra costi di produzione delle Aziende Ospedaliere e valore economico dell'accordo stipulato con le AUSL

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. Si nota che a livello complessivo provinciale, nel 2012, si assiste all'incremento del costo procapite e al contemporaneo decremento del finanziamento.

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

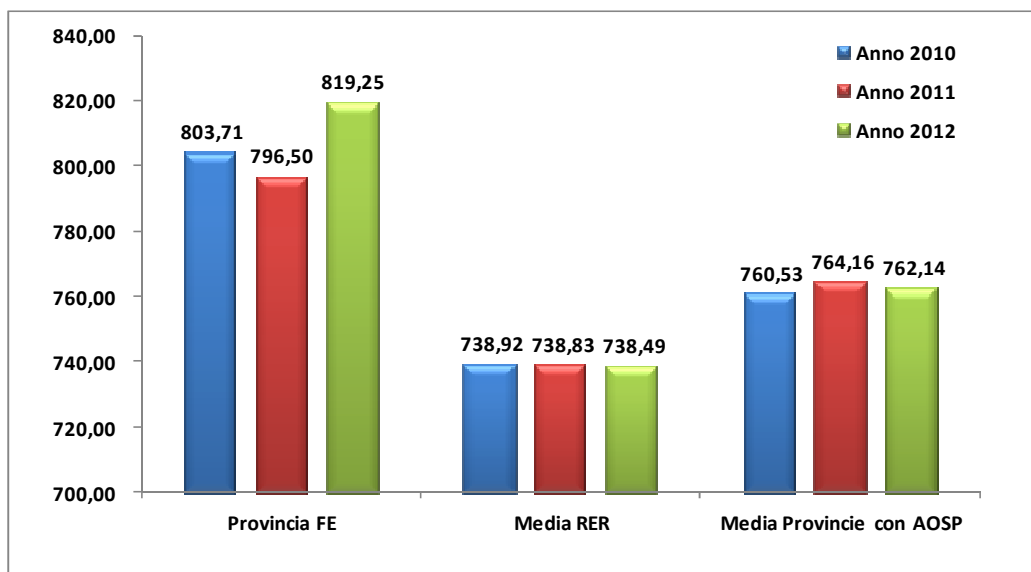
	AUSL di Ferrara costo pro-capite	RER costo pro-capite	AUSL di Ferrara finanziamento pro-capite	RER Finanziamento pro-capite
Pro-capite 2010	1.973,79	1.858,00	1.701,39	1.593,75
Pro capite 2011	1.970,44	1.850,84	1.728,31	1.627,91
Pro capite 2012	1.982,80	1.846,06	1.715,50	1.610,84

Valori in Euro.



Area della degenza ospedaliera

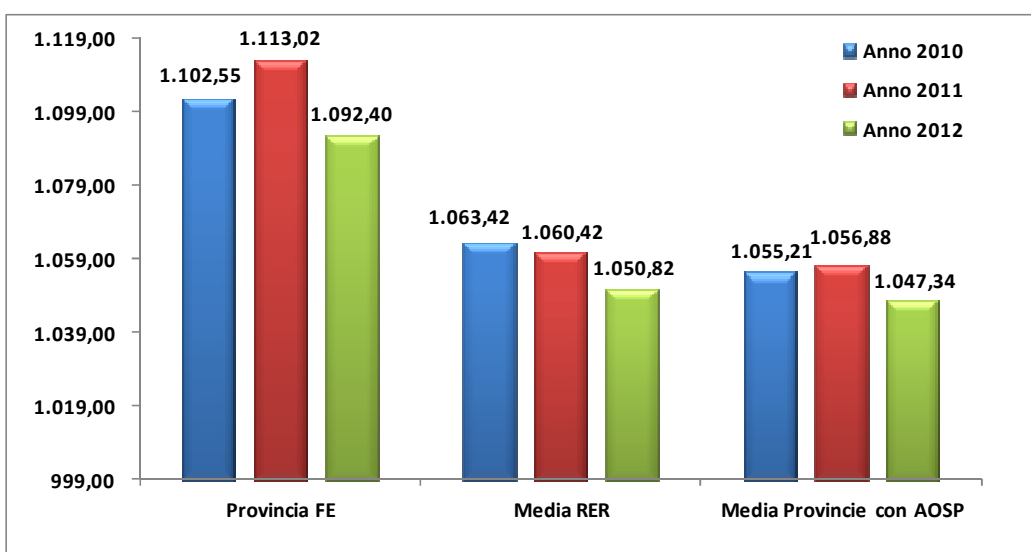
Il costo pro-capite pesato dell'Area Ospedaliera è ottenuto dal rapporto tra i costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere per garantire l'assistenza ospedaliera ai propri cittadini residenti e la popolazione della provincia ponderata in base all'età.



La provincia di Ferrara, ha speso complessivamente nel 2012 un importo pari a 322.095.785 euro per garantire l'assistenza ospedaliera ai propri cittadini, posizionandosi al primo posto in termini di risorse pro capite consumate. Il costo pro-capite ponderato è rimasto, nel tempo, al di sopra dei valori medi regionali. Come già più sopra spiegato, l'alto costo dell'assistenza ospedaliera è sicuramente determinato dalla numerosità delle strutture ospedaliere provinciali, dall'assoluta consistenza del fenomeno legato alla mobilità passiva e, in particolare per l'anno 2012, dalle pesanti ricadute economiche derivanti dal trasloco dell'Azienda Ospedaliera nel nuovo nosocomio di Cona con conseguenti alti costi di avviamento della struttura.

Area Distrettuale

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

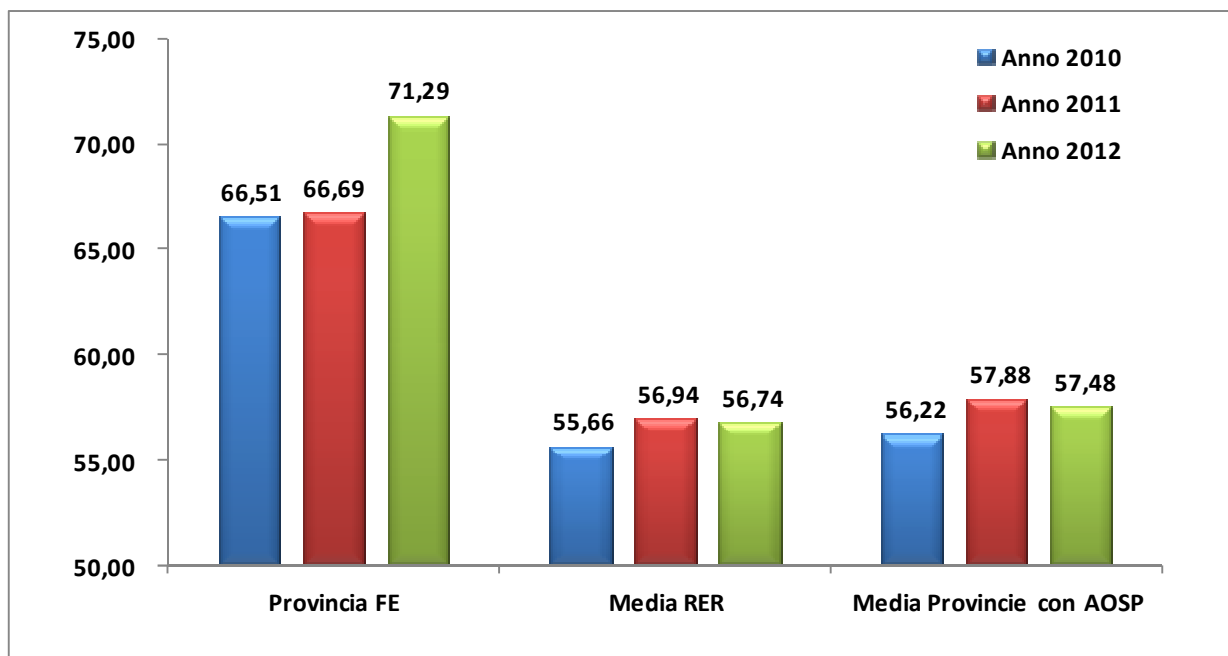


Per garantire l'assistenza distrettuale nel proprio territorio, la provincia di Ferrara, nel 2012 ha consumato risorse per complessivi 414.475.949 euro. Il costo procapite è diminuito del -1,858% rispetto al 2011 contro

un dato RER pari a -0,90%. Risultano al di sopra della media regionale le seguenti aree: Farmaceutica, Specialistica e Salute Mentale. Si rimanda a quanto sopra descritto per ciò che riguarda le principali ragioni degli scostamenti.

Area della Sanità Pubblica

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



Per garantire la funzione di sanità pubblica nel proprio territorio, la provincia di Ferrara, nel 2012 ha consumato risorse per complessivi 23.269.724 euro; rispetto alle altre Aziende territoriali si posiziona al primo posto in termini di costo ponderato pro-capite.

L'incremento di costo evidenziato nel 2012 è spiegabile dal passaggio alla nuova procedura informatica stipendiale, a seguito della quale si sono generate variazioni nei costi del personale dipendente conseguenti ad una più corretta allocazione dello stesso tra i diversi centri di costo aziendali.

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;**
- **le Case della Salute;**
- **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.

BONDENO

Punti prelievi
Salute donna
1 C. P.
1 R.S.A.
Centri Handicap
Neuropsichiatria Infantile
1 Medicina di Gruppo Mista (MMG e PLS)

VIGARANO MAINARDA

Poliambulatorio
Punto prelievi
1 C. P.
1 Medicina di Gruppo

MIRABELLO

Pediatria di Comunità
Punto prelievi

CENTO

Ospedale S. Annunziata
Poliambulatorio, Sportello Unico
Salute Donna
Salute Anziani
ADI
Pediatria di Comunità
1 C.P. Convenzionata
1 C.D. Convenzionato
Ambulatori Serv. psych. territoriale
C.D. psichiatrico Corte dei Liutai
Serv. psych. territoriale. Semiresidenze
Centri Handicap
SASSI
Dipendenze Patologiche
Igiene Pubblica
Medicina del Lavoro
Med. Legale e Amb. Invalidi
Igiene Alimenti e Nutrizione
Servizio Veterinario
Neuropsichiatria Infantile
1 Medicina di Gruppo

SANT'AGOSTINO

1 C. P.
Punto prelievi

POGGIORENATICO

Punto prelievi
1 C. P.

Nuclei di Cure Primarie:
1. Cento
2. S. Agostino-Mirabello-frazioni di Cento
3. Bondeno
4. Vigarano Mainarda-Poggio Renatico

COPPARO

Ospedale S. Giuseppe
1 Pediatria di Gruppo
Casa della Salute "Terra e Fiumi"
Poliambulatorio/Sportello Unico
Punto prelievi
Salute donna, Salute Anziani, ADI, SASSI
Pediatria di Comunità
1 C.P. Convenzionata CRA
1 C.D. Convenzionato
1 Ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie H12

Ambulatorio Serv. psych. territoriale
C.D. Salute Mentale
G. Appartamento Salute mentale
Dipendenze Patologiche
UONPIA

Igiene Pubblica
Medicina del Lavoro
Igiene Alimenti e Nutrizione
Servizio Veterinario

Med. Legale e Amb. Invalidi

BERRA

Medicina di Gruppo
Punto Prelievi

RO

Punto Prelievi
Medicina di Gruppo

IOLANDA DI SAVOIA

CSR disabili diurno e residenziale
Punto prelievi

TRESIGALLO

Sportello Unico
Punto prelievi
1 C. P. CRA.
1 C.D. per anziani

FORMIGNANA

G. Appartamento Salute mentale

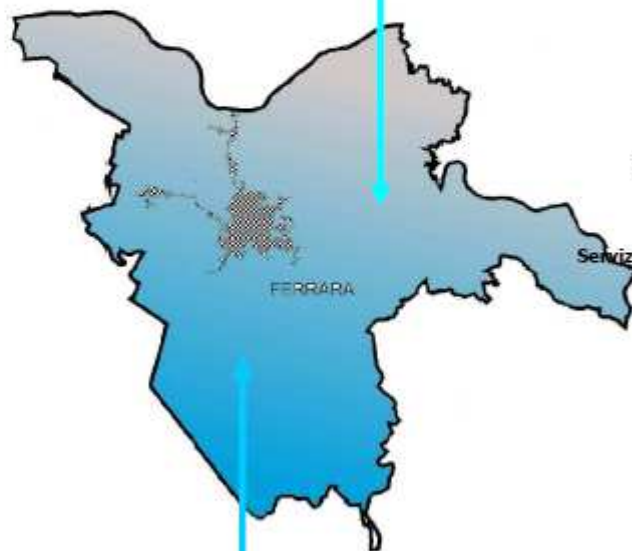
VOGHIERA

Punto prelievi

Nuclei di Cure Primarie:

1. Copparo
2. Ferrara (num.8)

FERRARA



Poliambulatorio – Sportello Unico
Salute donna
Salute infanzia
Salute Anziani
ADI
SASSI
CSR disabili diurno e residenziale
Punti prelievo
6 Medicine di gruppo
3 R.S.A. convenzionate
1 C.D. Convenzionato
6 C.P. Convenzionate
1 Hospice convenzionato

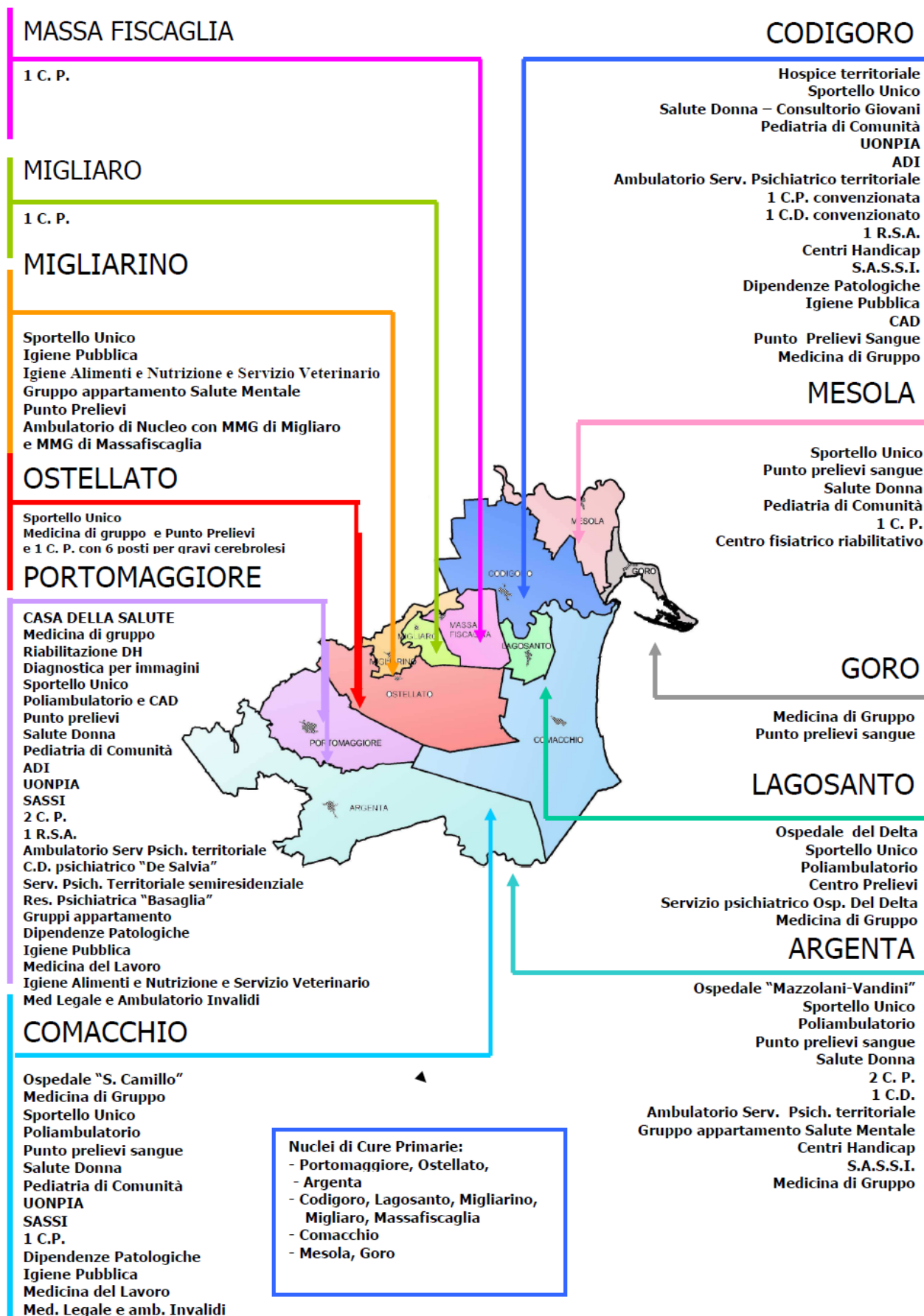
Casa di Cura Salus
Casa di Cura Quisisana

Servizio psichiatrico territoriale
Gruppi Appartamento Salute Mentale
Residenza tratt. intensivo La Luna
Centro Diurno Maoccaro
Res. tratt. protratto il Convento
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura a Cona
Dipendenze Patologiche
UONPIA

Igiene Pubblica
Medicina del Lavoro
Igiene Alimenti e Nutrizione
Servizio Veterinario

Med. Legale e amb. Invalidi

Azienda Ospedaliera Sant'Anna



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.

Screening dei tumori della cervice uterina

Coinvolge le donne nella fascia di età 25-64 anni. Dal 1° ottobre 2011 è iniziato il 6° round triennale organizzativo. Nell'anno 2013, 28354 donne residenti e domiciliate sono state invitate tramite lettera con appuntamento personalizzato ad eseguire il test di screening (pap test) con una estensione corretta all'invito del 96% mentre la percentuale di risposta allo screening è stata del 65%. Le donne non rispondenti all'invito, in accordo alle procedure stabilite, sono richiamate con una lettera di sollecito a distanza di sei mesi dal primo invito (invio al 100% delle non rispondenti). 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 informatico 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 2013 è proseguita l'offerta del test di screening (mammografia) alle donne, residenti e domiciliate dai 45 ai 74 anni, tramite lettera di invito personalizzato e, secondo le modalità procedurali, il richiamo tramite lettera di sollecito alle non rispondenti (invio al 100% delle non rispondenti). Nell'anno 2013 sono state invitate 45124 donne, con un'estensione all'invito del 98,7% (96,1% per le 45-49, 95,2% per le 50-54 e 105% per le 70-74) con una percentuale di risposta allo screening superiore al 75% (del 73% per le 50-69enni, dell'84% per le 45-49 e del 70% per le 70-74).

Nell'anno 2012, nell'ambito del programma di screening del tumore della mammella, è stato aperto l'ambulatorio spoke provinciale per la gestione del rischio eredo-familiare rispondente alla richiesta del Progetto Regionale. Dal 01/06/2012 al 31/12/2013 sono state invitate al centro spoke 2673 donne, di queste 338 hanno risposto e 107 sono state inviate al centro hub.

Screening dei tumori del colon retto

Il 21 marzo 2013 è iniziato il 5° round biennale, che terminerà nel marzo 2015. 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 2013 sono state invitate 48876 persone (un'estensione agli inviti del 99%). La percentuale di risposta allo screening è del 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 2013 sono stati fatti più incontri con il personale delle due aziende coinvolto per esaminare e migliorare i diversi aspetti del percorso di screening.
Nell'anno 2012 è stato aperto l'ambulatorio spoke provinciale per la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella femminile.

Indicatori di attività - Anni 2009 – 2012

	Screening del collo dell'utero (età 25-64 anni)								Screening della mammella (età 50-69anni)							
	% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**				% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
FERRARA	96,3	99,4	110,2	120,1	65,8	64,2	62,8	56,7	96,5	101,6	100,6	112,3	77,9	76,7	74,1	74,5
TOT REGIONE	101,2	106,4	114,1	113,2	61,9	60,0	58,4	56,9	102,6	90,4	116,3	106,4	73,2	72,9	68,0	73,7

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

** % persone esaminate / persone invitate nell'anno.

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

Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella - Indicatori di attività - Anno 2010-2012

Aziende USL	% avanzamento del programma*						% adesione all'invito**					
	fascia 45 - 49 anni			fascia 70 - 74 anni			fascia 45 - 49 anni			fascia 70 - 74 anni		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
FERRARA	99,3	100,0	99,7	117,0	103,8	102,7	61,4	66,3	75,0	68,4	68,8	69,8
TOTALE REGIONE	66,5	76,8	86,3	105,5	102,3	106,9	62,7	70,7	71,1	65,6	65,3	71,3

Screening per la prevenzione dei tumori del colon-retto - Indicatori di attività - Anni 2005 - 2012

Aziende USL	% avanzamento del programma*								% adesione all'invito**							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	FERRARA	80,0	100,8	105,0	102,7	83,2	115,1	90,8	104,8	35,5	54,7	47,6	56,9	44,7	55,3	45,3
TOTALE REGIONE	61,4	124,1	92,8	101,0	90,4	102,6	99,9	106,6	46,2	48,4	47,6	53,7	51,9	53,1	49,4	53,2

* % 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 progressi.

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 anti-epatite 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",
- dal 2012 sono attivi ambulatori in integrazione, nei quali si svolge attività vaccinale rivolta sia agli adulti che a soggetti in età pediatrica
- le vaccinazioni antinfluenzali sono effettuate, oltreché dal DSP dal DCP: PdC, MMG e PLS.

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, è superiore al 97%; rispetto al Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015 si è verificata una lieve flessione

per quanto riguarda la prima dose di MPR, entro i 24 mesi di vita: 94%. E' 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 2012, per la gran parte dei vaccini, coperture vaccinali in linea e al di sopra di quelle della media regionale. Sono state implementate tutte le iniziative volte al recupero delle vaccinazioni per la prevenzione di rosolia congenita e morbillo specie nelle donne in età fertile non vaccinate e nei giovani che non hanno ricevuto la 2° dose di MMR.

Indicatori	Valore atteso regionale 31.12.2011	Valore osservato regionale 31.12.2011	Valore atteso locale 31.12.2011	Valore osservato locale 31.12.2011	Valore atteso regionale 31.12.2012	Valore atteso locale 31.12.2012	Valore al 31/12/2013
Coperture contro polio, difterite, tetano, epatite B al 24° mese	≥ 95%	96,2%	≥ 95%	97,5 %	≥ 95%	>95%	97%
Coperture al 24° mese per le vaccinazioni contro:							
- Pneumococco	≥ 95%	94,1 %	≥ 95%	95,6 %	≥ 95%	>95%	> 95%
- Meningococco tipo C		92,5 %		95,3 %		>95%	94,5%
Copertura per la vaccinazione contro il morbillo al 24° mese	94%	93%	94%	95,7 %	Nell'80% pop. ≥ 95%; nel restante 20% pop. >90%	>95% >90%	94%

Vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV)

	Coorti di nascita							
	1997		1998		1999		2000	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture e vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture e vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture e vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)
Azienda USL FE 31/12/2013	85,9	84	83,9	81,4	84,8	83,4	87,3	85,1

Aziende USL	Polio al 24° mese*				Morbillo al 24° mese**				Hib al 24° mese*				Pertosse al 24° mese*			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
FERRARA	98,8	97,2	97,6	97,2	97,0	95,3	95,6	94,7	98,3	97,0	97,1	95,4	98,7	97,2	97,5	97,1
RER	97,3	96,7	96,5	96,3	93,7	92,9	92,9	92,6	96,5	96,0	95,4	95,4	97,1	96,4	96,2	96,0

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

Copertura vaccinale Morbillo al 24° mese per Distretto - Anno 2012

Azienda USL	Distretto	% vaccinati
FERRARA	Centro Nord	94,0
	Sud Est	95,5
	Ovest	95,5
	Totale Ausl Ferrara	94,7
	RER	92,6

Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1997-2001 distinte per Azienda Usi al 30/06/2013

Aziende Usi	Coorti di nascita									
	1997		1998		1999		2000		2001	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)
Ferrara	85,4	82,7	83,0	81,0	84,3	82,7	86,8	84,1	76,6	32,8
Regione Emilia-Romagna	78,4	75,6	79,2	76,0	76,2	72,9	77,3	73,4	74,3	50,7

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,
- esecuzione della vaccinazione a tutte le altre coorti fino al compimento del 18° anno, su richiesta della famiglia e con pagamento di ticket.
- esecuzione della vaccinazione a tutte le altre coorti (maschi e femmine) oltre il compimento del 18° anno, su richiesta e con pagamento di ticket.

Le vaccinazioni sono 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).

Le vaccinazioni sono, inoltre, eseguite, per la fascia dai 18 ai 45 anni presso gli ambulatori del DSP e, per tutte le fasce di età, negli ambulatori gestiti in autonomia ed in integrazione.

Campagna antinfluenzale 2013/14

La Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2013/14 è stata effettuata secondo le indicazioni delle Circolari Nazionale e Regionale .

- 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.

E' stata realizzata, inoltre, una campagna di comunicazione specifica per enti e associazioni interessate, e una rivolta alla popolazione generale. E' continuata, altresì, la sorveglianza delle reazioni avverse alla

vaccinazione. Gli indici di copertura vaccinale - diminuiti negli ultimi tempi, a livello nazionale e regionale (< al 60%) - sono risultati in ripresa e l'Azienda USL di Ferrara ha realizzato uno dei migliori risultato regionali.

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE
TASSO DI COPERTURA VACCINALE (%)
NELLA POPOLAZIONE DI ETÀ >= 65 ANNI**

AZIENDA USL	campagna 2001/2002	campagna 2002/2003	campagna 2003/2004	campagna 2004/2005	campagna 2005/2006	campagna 2006/2007	campagna 2007/2008	campagna 2008/2009	campagna 2009/2010	campagna 2010/2011	campagna 2011/2012	campagna 2012/2013*
PIACENZA	53,9	63,5	71,4	72,1	75,3	74,5	73,8	74,4	74,5	61,0	65,3	55,4
PARMA	48,8	53,3	56,5	62,3	69,0	68,3	66,5	66,0	68,3	52,7	54,9	47,3
REGGIO EMILIA	64,9	67,8	71,6	73,7	76,2	76,1	75,5	75,9	76,9	70,5	65,6	53,1
MODENA	70,4	74,4	75,9	75,6	78,0	77,7	76,3	75,8	75,5	65,2	66,5	55,7
BOLOGNA	57,3	62,6	68,5	69,5	72,8	72,9	71,6	72,5	72,4	65,7	62,9	56,0
IMOLA	66,0	71,9	72,6	71,6	73,9	74,0	72,0	72,6	71,2	63,3	64,9	58,0
FERRARA	63,1	66,7	69,5	70,1	73,9	75,0	74,3	75,3	75,9	66,9	68,3	57,4
RAVENNA	63,2	64,5	67,6	70,3	74,9	75,6	72,9	71,6	73,3	61,7	63,1	55,1
FORLÌ	65,6	67,0	76,4	75,8	77,9	78,7	77,5	77,6	75,1	63,8	65,2	57,6
CESENA	64,9	65,2	68,8	70,0	72,0	73,0	70,8	70,5	71,2	59,7	64,0	52,1
RIMINI	62,9	64,9	68,2	69,4	72,4	74,2	73,3	72,3	65,1	58,2	59,8	52,2
RER	61,2	65,2	69,3	70,8	74,2	74,4	73,1	73,0	63,3	63,6	54,5	

N.B.: La popolazione di riferimento è quella al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale.
*Per la campagna 2012/13 la popolazione è riferita al 31/12/2011 in quanto ancora non disponibile al 31/12/2012.
I dati di copertura vaccinale sono provvisori ed aggiornati al **06/03/2013**
Fonte: Popolazione residente, Statistica self-service - Regione Emilia-Romagna

Campagna 2013/2014 : indice di copertura nella popolazione di età => ai 65 anni → 60,3%

Vaccinazione antinfluenzale. Numero di soggetti vaccinati (tutte le età)

Aziende USL				Variazione % dei soggetti vaccinati tra 2012/13 e 2000/01
	Campagna 2010/2011	Campagna 2011/2012	Campagna 2012/2013	
FERRARA	87.956	89.745	72.979	49,0
TOTALE REGIONE	844.920	851.986	710.840	38,9

Vaccinazione antinfluenzale. Tasso di copertura per 100 abitanti di età oltre i 65 anni (%)*

Aziende USL			
	Campagna 2010/2011	Campagna 2011/2012	Campagna 2012/2013
FERRARA	66,9	68,3	57,9
TOTALE REGIONE	63,3	63,6	54,7

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

Copertura vaccinale meningococco

	Copertura vaccinale al 24° mese		Copertura vaccinale a 16 anni	
	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2011	Anno 2012
FERRARA	95,3%	94,5	89,6%	87,5
Totale Regione	92,5%	92,2	78,7%	80,4

Copertura vaccinale pneumococco

	Copertura vaccinale al 12° mese	
	Anno 2011	Anno 2012
FERRARA	94,0%	96,8
Totale Regione	95,2%	95,5

Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro

L'Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ha come obiettivo la tutela della salute dei lavoratori in ambito lavorativo e lo persegue utilizzando strumenti normativi e informativi, verificando all'interno delle aziende del territorio l'attuazione dei contenuti legislativi in materia di sicurezza e di riduzione e /o eliminazione dei rischi per la salute dei lavoratori addetti. Nell'ambito della più vasta opera di prevenzione assiste e informa i lavoratori ed i datori di lavoro sulla corretta applicazione delle leggi a tutela dell'integrità fisica dei soggetti che operano nelle realtà produttive.

Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro. Anno 2013

AUSL	UNITÁ LOCALI				
	esistenti fonte ISTAT	PAT totali 2012 fonte INAIL (*)	PAT 2009 fonte INAIL (**)	controllate	prescrizioni
FE	29.420	22.914	14.297	1.527	264
TOTALE	389.231	337.359	209.956	21.595	2.504

PAT Totali 2012 (*): Posizioni Assicurate Territoriali totali, di Industria e Servizi estratte dall'archivio INAIL (Nuovi Flussi Informativi aggiornati a dicembre 2013)

PAT 2009 (**): Posizioni Assicurate Territoriali di Industria e Servizi estratte dall'archivio Nuovi Flussi Informativi INAIL 2012. Il totale delle PAT comprende quelle residenti attive al 31/12/2009, con almeno un dipendente (o addetto speciale) oppure almeno due artigiani

Percentuale di aziende controllate sulle esistenti

AUSL	Anno 2013		
	Confronto con i dati fonte ISTAT	Confronto con le PAT 2013 Totali fonte INAIL	Confronto con le PAT 2009 almeno 1 dip. e almeno 2 artig. fonte INAIL
FE	5,2	6,7	10,7
TOTALE	5,5	6,4	10,3

Percentuale di aziende sanzionate sulle aziende controllate. Anni 2010-2013

AUSL	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
FE	9,9	15,9	15,1	17,3
TOTALE	17,2	15,0	12,7	11,6

Il perdurare della crisi economica assieme agli effetti del terremoto che ha fortemente colpito una vasta area intensamente industrializzata della nostra Provincia, ha avuto come effetto, negli ultimi anni, la progressiva riduzione delle aziende attive nel nostro territorio con un evidente decremento delle aziende assicurate Inail, unico dato, che verificato annualmente, ci permette di avere una situazione aggiornata delle attività produttive esistenti nella Provincia di Ferrara.

Dall'analisi dei dati forniti dall'INAIL sull'andamento infortunistico dal 2008 al 2012, si evidenzia per la Provincia di Ferrara una progressiva riduzione del numero degli infortuni denunciati con una variazione in

diminuzione pari al 30,9%, unico dato in aumento nella nostra Provincia, in analogia con quanto riscontrato nel resto della Regione, risulta essere quello relativo agli infortuni così detti in itinere, che avvengono lungo il percorso per raggiungere o per tornare dal luogo di lavoro. Per quanto riguarda le malattie professionali dall'anno 2008 all'anno 2012, nella Provincia di Ferrara, si è registrato un progressivo aumento di quelle denunciate all'INAIL, come del resto è avvenuto in quasi tutte le realtà provinciali della Regione, attestandosi attorno al valore di 300 l'anno. Tale fenomeno in aumento è in parte probabilmente dovuto ad una maggiore sensibilità dei medici rispetto a questo problema, anche come risultato delle iniziative di sensibilizzazione messe in atto dall'Unità Operativa e in parte ad una revisione della tabella delle tecnopatie che ha agevolato il loro riconoscimento. Per quanto riguarda la nostra Provincia, dal 2008 al 2012 si è avuto un aumento delle denunce di malattia professionale pari al 22,6%.

Nell'ambito dell'attività di vigilanza, sono state controllate dal SPSAL nel 2013 n. 1.466 Unità Locali, risultando questa attività pressoché invariata rispetto all'anno 2012.

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 nel 2012 risulta essere pari a 14.297 e al numeratore dal numero di aziende controllate pari a 1.466. Applicando la formula sopra descritta si ottiene un 10,1 % di aziende controllate rispetto alle PAT INAIL con almeno un dipendente.

L'obiettivo del 9% delle aziende da controllare imposto dalla RER per il 2013 è stato raggiunto e superato (10,1% Unità Locali Controllate). Dall'analisi dei dati di attività riferita all'anno 2013, si evidenzia un consistente aumento delle aziende sanzionate rispetto al totale delle aziende ispezionate rispetto all'andamento degli ultimi anni. Questo dato certamente impone una riflessione in merito all'applicazione delle norme in materia di sicurezza sul lavoro in quanto dimostra il perdurare di una situazione di elevata inadempienza che giustifica una costante attenzione in termini di vigilanza e controllo sull'attuazione della prevenzione dei danni alla salute all'interno delle attività produttive.

Sanità Pubblica Veterinaria

Nell'anno 2013 l'Unità Operativa Attività Veterinarie (UOAV), che si occupa di tutti gli aspetti della sanità pubblica Veterinaria operando per la Sicurezza Alimentare e la tutela del benessere 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.

Sistema di Gestione della Qualità

L'Unità Operativa è impegnata per garantire la qualità delle prestazioni erogate mediante:

- programmazione del lavoro dettagliata in ogni settore di attività, con frequenza dei controlli stabilita in base al "rischio" delle strutture
- qualifica degli Operatori addetti al controllo come "Auditor per la Sicurezza alimentare"
- utilizzo di procedure e istruzioni operative per l'esecuzione dei controlli
- verifiche (follow-up) entro tempi certi sulla risoluzione delle irregolarità riscontrate nei controlli ufficiali
- registrazione su base informatica di ogni controllo svolto e delle non conformità riscontrate. 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), in funzione della valutazione dei rischi
- verifica della qualità delle prestazioni mediante un programma di supervisioni e audit interni
- verifica dei risultati, ai fini del riesame e della successiva riprogrammazione
- gestione di un complesso sistema informativo che gestisce tutte le informazioni necessarie mediante uno specifico software.

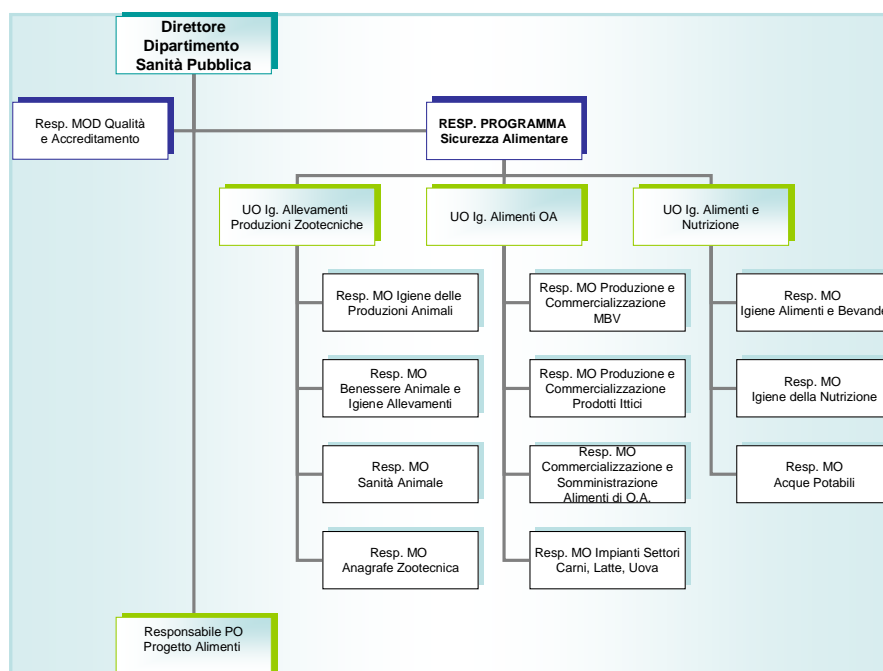
La supervisione è stata introdotta, in attuazione di specifico obiettivo regionale e aziendale, nel 2013. Consiste nell'effettuazione di ispezioni in presenza sul campo del Veterinario supervisionato e del Veterinario supervisore, con discussione delle risultanze del controllo ufficiale eseguito. La supervisione ha

quali finalità quella di verificare, su mandato della Direzione dell'Unità Operativa, l'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, ottenendo elementi al fine di indirizzare la pianificazione della formazione e di altri strumenti tesi al miglioramento, promuovendo altresì la socializzazione delle migliori conoscenze disponibili. I settori sottoposti a supervisione sono stati i controlli ufficiali sulla biosicurezza degli allevamenti avicoli, sull'anagrafe degli equidi, sull'igiene della produzione alla stalla di latte bovino e ovino, sul benessere animale in allevamento, sul controllo degli stabilimenti di depurazione dei molluschi e di produzione di prodotti a base di carne. Sono state effettuate n. 41 supervisioni, le cui risultanze sono state elaborate e illustrate, in riunione plenaria, a tutto il Personale Veterinario. Ha fatto seguito, quale azione di miglioramento per l'anno seguente, la programmazione di attività formative, affiancamenti e tutoraggi.

Sicurezza alimentare

La "sicurezza alimentare" prevede la responsabilità principale del produttore, *Operatore del Settore Alimentare (OSA)*, e quella dell'*Autorità Competente* addetta al controllo ufficiale di parte terza sulla correttezza dei processi produttivi. Il sistema è, quindi, un sistema integrato privato-pubblico, che si basa sui principi dell'analisi del rischio, della rintracciabilità degli animali e degli alimenti ai fini della gestione delle emergenze.

Con Delibera aziendale n. 363 del 14/12/2012 è stato istituito il "Programma Sicurezza Alimentare", quale struttura di Coordinamento del Personale delle Unità Operative Attività Veterinarie e Igiene Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Sanità Pubblica che costituiscono L'*Autorità Competente*, con un proprio organigramma:



Il Programma valorizza le competenze delle diverse figure professionali, ne favorisce l'integrazione operativa e persegue, come importante finalità, la chiarezza degli atti emessi e la semplicità del linguaggio.

Per realizzare il proprio mandato, il Programma definisce procedure, protocolli, istruzioni operative che precisano obiettivi, responsabilità, ruoli delle figure professionali, piani annuali di attività con indicatori e verifiche.

Tra le diverse attività realizzate dal Programma per il 2013, si riportano i risultati del Piano di ispezioni congiunte tra Personale, veterinario, medico o tecnico della prevenzione, effettuate presso gli Operatori del settore alimentare, che ha dato i seguenti risultati:

COMPARTO	Ferrara		Copparo		Codigoro		Portomaggiore		Cento		AUSL	
	n. controlli progr.	eseguiti	n. controlli progr.	eseguiti	n. controlli progr.	eseguiti	n. controlli progr.	eseguiti	n. controlli progr.	eseguiti	n. controlli progr.	eseguiti
GRANDE DISTRIBUZIONE	15	11	3	5	6	3	3	4	6	6	33	29
RISTORAZIONE COLLETTIVA > 250 PASTI	4	4	2	3	2	2	3	3	2	3	13	15
RISTORANTI	14	15	9	8	19	18	8	8	8	8	58	57
ROSTICCERIE	7	6	4	4	1	2	5	5	6	7	23	24
NEGOZI DI VICINATO	8	11	5	6	8	7	6	10	4	4	31	38
DEPOSITI ALIMENTI	3	6	0	1	4	2	0	0	0	0	7	9
DEPOSITI CEREALI	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	8	8
FIERE FESTIVAL SAGRE	3	4	3	3	3	6	3	4	3	3	15	20
ALTRO	0	3	0	0	1	1	0	0	2	3	3	7
TOTALE	56	62	28	32	44	41	30	36	33	36	191	207

Il numero di ispezioni effettuate, n. 207 su n. 191 programmate a livello provinciale, costituisce una minima parte dei controlli complessivi per la Sicurezza alimentare effettuati nell'anno, ma presenta il valore aggiunto dell'interdisciplinarietà del controllo.

Gli obiettivi principali perseguiti dall'**Unità Operativa Attività Veterinarie** nel corso del 2013 sono riportati di seguito, con particolare riguardo a quelli fissati dalla Regione.

Sanità animale

Anagrafe zootecnica

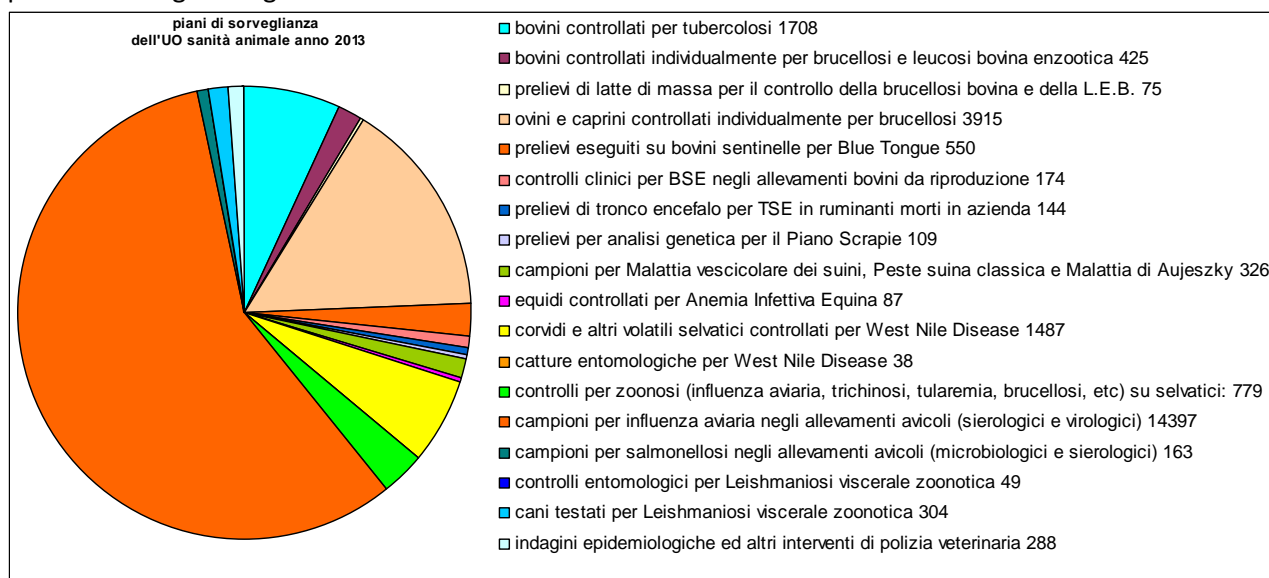
L'obiettivo riguarda l'attuazione di controlli dell'anagrafe su almeno il 3% degli allevamenti bovini e ovicaprini, l'1% degli allevamenti suini e il 5% degli allevamenti di equidi registrati nella Banca Dati Nazionale (BDN) dell'Anagrafe zootecnica. I controlli sono effettuati secondo istruzioni operative codificate e vengono registrati, con i relativi esiti, in BDN.

Sono stati effettuati tutti i 45 controlli programmati in base alle percentuali suddette: 8 allevamenti bovini, 6 allevamenti ovicaprini, 3 allevamenti di suini e 28 allevamenti di equidi:

	Allevamenti registrati in BDN	n. controlli programmati	n. controlli eseguiti	% sugli allevamenti esistenti	standard
Allevamenti bovini	177	8	8	4,5	3%
Allevamenti ovicaprini	140	6	6	4,2	3%
Allevamenti suini	242	3	3	1,2	1%
Allevamenti equini	529	28	28	5,2	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 determinati da emergenze. L'attività complessiva svolta è riportata nel seguente grafico:



Si evidenziano:

- la cospicua intensificazione dell'attività di sorveglianza per l'influenza aviaria dovuto all'epidemia da virus H7 ad alta patogenicità verificatasi a partire dal mese di agosto nella nostra AUSL;
- il mantenimento di un elevato livello di attività di sorveglianza per la West Nile Disease, che ha precocemente evidenziato positività nel 2013 (85 volatili positivi a partire dal 30 luglio) ;
- il mantenimento di un elevato livello di attività di sorveglianza per la leishmaniosi zoonotica viscerale, con l'esame di 304 cani nei 5 canili della Provincia (2 nuovi positivi, 0,70% di incidenza), e 49 esami su pool di insetti catturati presso i canili, che non hanno evidenziato la presenza del flebotomo vettore, continuando a confermare che i casi di positività sono tutti di origine non autoctona, in cani provenienti da zone endemiche quali per es. le regioni meridionali.

Emergenza Influenza Aviaria ad alta patogenicità (HPAI) agosto 2013

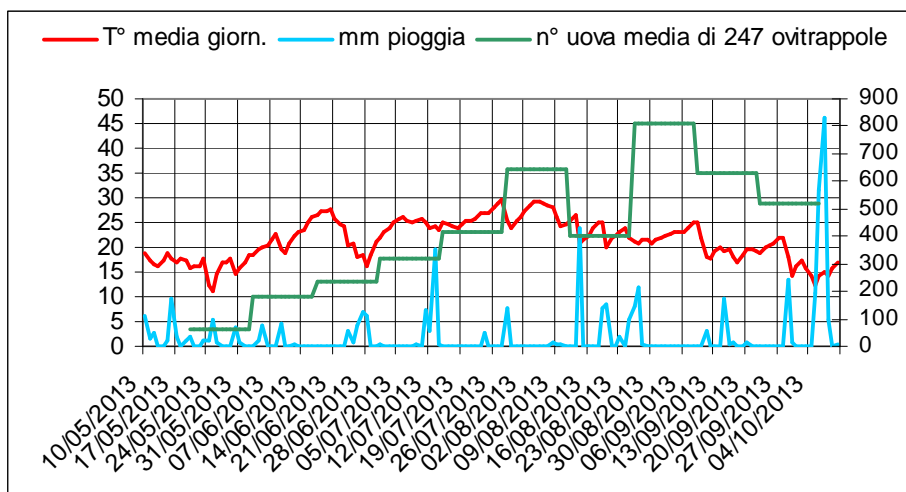
Il 14 agosto 2013 è pervenuta alla sede dell'Unità Operativa la comunicazione della presenza del virus dell'Influenza aviaria ad alta patogenicità presso un allevamento di galline ovaiole di Ostellato dove erano presenti n. 127.442 capi, il 23 agosto 2013 perveniva la conferma di un ulteriore focolaio della medesima malattia in un allevamento di n. 19.640 tacchini da carne, in Comune di Portomaggiore e il 28 agosto la Regione Emilia Romagna decideva l'abbattimento preventivo di n. 64.795 tacchini da carne presso un altro allevamento di Portomaggiore, sospetti di contaminazione. In seguito, nei primi giorni di settembre, si sono accertati un altro focolaio della malattia in un piccolo allevamento rurale di Bondeno (3 galline) ed un sospetto, poi non confermato, in altro rurale di Iolanda di Savoia, con abbattimento di 101 avicoli misti.

Nel corso dell'emergenza si è reso necessario programmare, con carattere di assoluta urgenza, fin dal 14 agosto, turni di presenze in servizio h 24 (3 turni nelle 24 ore) di Veterinari per garantire la vigilanza presso gli allevamenti focolaio, anche in orario festivo e notturno, nonché per dare attuazione al piano di sorveglianza in emergenza sulla generalità dei 52 allevamenti avicoli industriali del territorio. Durante le operazioni presso gli allevamenti il Personale dell'AUSL ha operato con dotazione di DPI specifici (autorespiratori), trattandosi di una zoonosi potenzialmente grave.

La vigilanza presso i focolai ha riguardato la correttezza delle operazioni di abbattimento, nel rispetto della protezione degli animali, il controllo sulle regole di biosicurezza, la verifica sui quantitativi dei materiali da smaltire, il corretto uso dei DPI da parte del Personale incaricato delle operazioni abbattimento dei capi e trasporto delle carcasse e altri materiali da smaltire. Nessun caso di malattia umana si è verificato.

Gli indennizzi agli allevatori, pari a € 2.408.452, sono stati corrisposti dalla Regione Emilia Romagna sulla base di pratiche tempestivamente predisposte e verificate dall'Unità Operativa entro le scadenze previste dalla normativa comunitaria. Le attività di sorveglianza presso gli allevamenti avicoli del territorio proseguono, anche in tempo di pace, in attuazione dei piani di sorveglianza delle malattie infettive, al fine di tenere sotto controllo in permanenza lo stato sanitario degli animali allevati.

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. 247 ovitrappele per 10 turni di raccolta):



Si può constatare l'elevata presenza della zanzara tigre ad inizio del mese di agosto e del mese di settembre, favorita dalle piogge della seconda settimana di luglio e della seconda settimana di agosto, in presenza di temperature favorevoli, seguita da un progressivo calo in parallelo con il calo della temperatura; anche nel 2013 le due principali malattie trasmesse da questa zanzara non sono state presenti con casi autoctoni nel nostro paese, dopo l'epidemia di Chikungunya del 2007 ed l'allarme per l'epidemia di Dengue nell'isola di Madera.

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

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 e di verificare l'uso di sostanze illecite. Sono stati eseguiti nel 2013 n. 140 campioni programmati su diverse matrici e prodotti di origine animale, prelevati presso gli allevamenti (sangue, urina, pelo, latte, uova), impianti di lavorazione (miele e stabilimenti di ovoprodotti) e presso i macelli, uno di specie avicole e uno di ovini del territorio (matrici organiche) con riscontri analitici tutti regolari. Sono state, invece, segnalate irregolarità da macelli regionali su animali provenienti dal territorio ferrarese, uno avicolo e uno di bovini. In particolare, sono state riscontrate la presenza di un farmaco chinolonico (enrofloxacin) in muscolo di tacchino e la positività istologica, da sospetto utilizzo di cortisonici, in timo di un bovino. Alle irregolarità hanno fatto seguito le indagini epidemiologiche con particolari approfondimenti di farmacovigilanza e, in un caso, è stata irrogata la sanzione amministrativa prevista all'allevatore.

E' proseguito il piano di monitoraggio straordinario disposto dal ministero della Salute ai fini della prevenzione della contaminazione da aflatossine nelle derrate alimentari ed in particolare del latte vaccino e del mais destinato all'alimentazione animale a seguito dell'emergenza 2012.

I campionamenti ufficiali per la ricerca di aflatossine nel latte bovino sono stati n. 32, risultati tutti regolari, anche se alcuni di essi hanno evidenziato tenori di contaminante prossimi al valore soglia. In questi casi è stato comunque prescritto alle Aziende interessate di intensificare, in regime di autocontrollo, la sorveglianza sia sul mangime che sul latte prodotto. Sono stati segnalati dalle Ditte Prime Acquirenti del latte,

superamenti dei valori massimi in regime di autocontrollo in n. 7 aziende; a tali segnalazioni hanno fatto seguito indagini epidemiologiche, prescrizioni per la variazione dell'approvvigionamento del mais o del mangime complementare nella razione alimentare degli animali ed esecuzione di un campione ufficiale di latte per la conferma del ripristino della conformità del prodotto.

I campionamenti previsti dal Piano Alimentazione Animale e Piano Micotossine negli alimenti per animali, consentono di valutare il livello igienico sanitario dei mangimi utilizzati presso gli allevamenti di specie destinate alla produzione di alimenti o a quelle che vivono abitualmente a contatto con l'uomo (pet) e forniscono elementi di valutazione sull'adeguatezza delle buone pratiche in uso presso i mangimifici: gli esiti irregolari possono determinare l'adozione, in caso di allerta, di provvedimenti di sequestro e ritiro dei prodotti. Sono stati eseguiti complessivamente n. 130 campioni di mangimi presso gli operatori della filiera mangimistica.

Nell'ambito del Piano alimenti, sono stati effettuati controlli presso i 16 distributori fissi di latte crudo e presso una rivendita ambulante, con n. 31 campioni per ricerca germi patogeni (Salmonella, E. Coli O157, S. aureus, L.monocytogenes, Campylobacter), sostanze inibenti, parametri igienico sanitari (cellule somatiche/ml. e tenore di germi a 30°C/ ml.) a cui sono seguiti n. 2 campioni aggiuntivi per ricerca E. Coli O157 a seguito di "non negatività" in altrettanti campioni di monitoraggio e ulteriori 2 campioni di verifica del Tenore di germi a 30°C e del Tenore di cellule somatiche per riscontro di irregolarità.

L'attività svolta nell'ambito dei piani di campionamento sopra descritti è sintetizzata di seguito:

Piani Sorveglianza	n. campioni programmati	n. campioni eseguiti	%	Standard %	n. campioni irregolari
Piano Nazionale Residui (PNR)	140	140	100	95	0
Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA)	130	130	100	95	0
Piano Micotossine (aflatossine)	25	32	128	95	0
Piano sorveglianza latte vendita diretta (distributori automatici di latte crudo)	34	35	103	95	2

Nell'ambito dei controlli nel settore della farmacovigilanza, va segnalata la corposa attività svolta a supporto di indagini affidate al Corpo Forestale dello Stato dall'Autorità Giudiziaria a seguito del reperimento di un grande quantitativo di farmaci per uso umano e animale, detenuti illecitamente in locali posti all'interno di un'azienda zootecnica. Le indagini da parte del C.F.S. sono tuttora in corso.

Nel corso dell'anno 2013, a seguito della emanazione della D.G.R. n. 274/2013 che recepisce le disposizioni applicative delle norme sanitarie europee in materia di sottoprodotti di origine animale, l'U.O. ha iniziato una nuova attività di rilascio pareri alla Provincia di Ferrara, nell'ambito dei procedimenti delle autorizzazioni ambientali rilasciate alle aziende che gestiscono impianti di biogas o compostaggio e che utilizzano biomasse di origine animale (sottoprodotti di origine animali o derivati).

Sono state gestite nell'anno 2013 n. 9 pratiche amministrative relative ad altrettanti impianti.

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. strutture programmate per il controllo	n. strutture controllate	n. strutture con irregolarità	% di strutture con irregolarità sulle controllate
Bovini / bufalini	171	48	64	16	25%
Suini (escluso autoconsumo)	52	12	11	2	18%
Ovicapri	114	16	20	1	5%
Equini ingrasso	52	4	4	1	25%
Galline ovaiole	6	6	6	1	17%
Altri avicoli > 250 capi	39	20	18	2	11%
Conigli	3	3	3	0	0%
Animali pelliccia	1	1	1	0	0%
Pesci	3	1	1	0	0%
Selvaggina	3	1	1	0	0%
Totali	444	112	129	23	18%

Si è effettuato il 115% dei controlli programmati. Sono emerse non conformità nel 18% degli allevamenti suinicoli controllati, riconducibili a svariati requisiti, quali libertà di movimento, spazio disponibile, edifici e locali di stabulazione, illuminazione minima, pavimentazioni, materiale manipolabile, alimentazione e abbeveraggio; in un solo allevamento di ovaiole, successivamente chiuso, dove è emerso in particolare il problema delle gabbie non a norma; nell'11% circa degli allevamenti di tacchini, riferibili a personale e attrezzature automatiche; nel 25% degli allevamenti bovini controllati, riferibili a edifici e locali di stabulazione.

Controlli effettuati durante il trasporto di animali:

Numero di controlli	N. dei mezzi di trasporto ispezionati	Numero di animali controllati					
		Bovini	Suini	Ovi-caprini	Equini	Avicoli e Conigli	Altre specie
Durante il trasporto stradale	29	159	586	686	3	66.166	-
Al luogo di arrivo	57	134	-	-	15	150.337	1184
Controlli documentali	88	293	586	686	18	216.503	1184

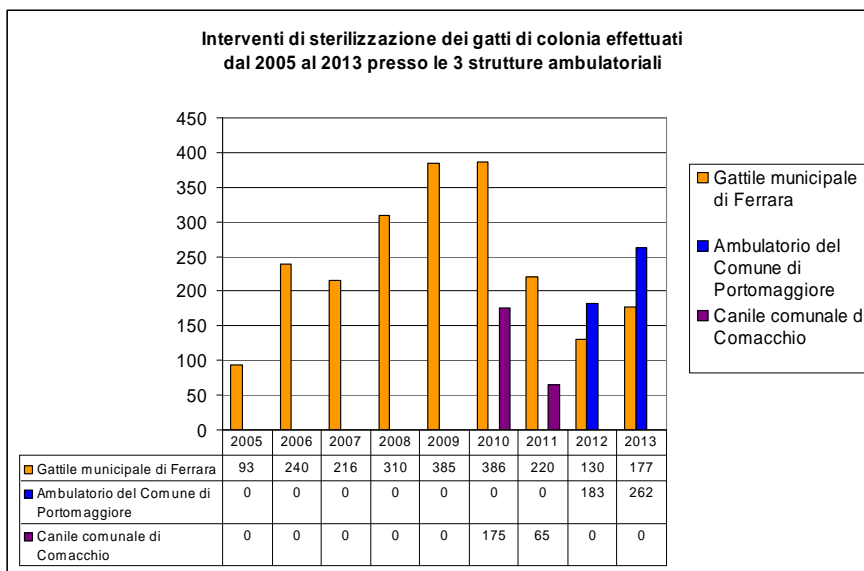
Le irregolarità rilevate al luogo di arrivo degli animali hanno riguardato 6 partite di volatili, per un totale di 19674 soggetti scaricati al macello avicolo, dei quali si è riscontrata eccessiva mortalità in relazione alla durata del viaggio e alla elevata temperatura esterna. Le irregolarità rilevate nei controlli sulla strada hanno riguardato 3 automezzi che trasportavano bovini o pollame. Si sono rilevate anche 9 irregolarità documentali, su 88 controlli eseguiti.

Igiene urbana veterinaria

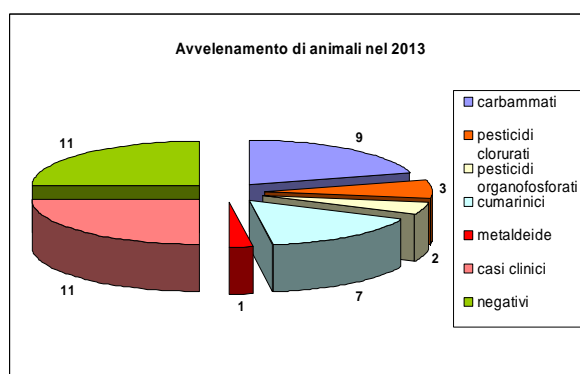
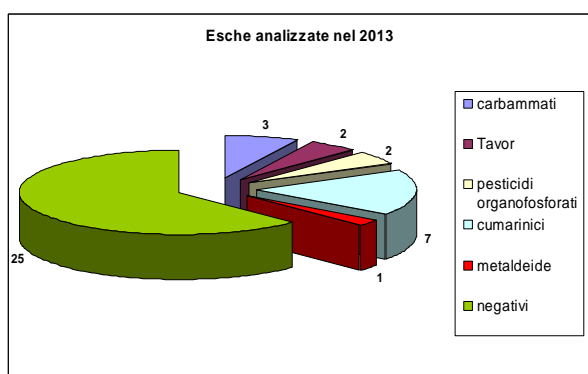
L'attività è svolta per la prevenzione delle problematiche di convivenza uomo animale in ambito urbano e riguarda il controllo della popolazione canina e felina, la tutela del benessere degli animali da compagnia, la prevenzione delle zoonosi, la prevenzione delle morsicature provocate dai cani, ivi 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 2013 è riassunto nella tabella seguente:

	Impianti di cura di animali d'affezione	Canili, gattili, colonie feline	Esposti di privati cittadini	Cani che hanno morso o segnalati per aggressività	Interventi di sterilizzazione di gatti di colonia	Passaporti rilasciati a cani, gatti o furetti	Rivendite, toelettature, pensioni e allevamenti di animali d'affezione
N. di controlli / prestazioni	66	261	183	225	439	347	53

Nell'ambito delle attività rivolte agli animali d'affezione, dal 2005 l'Unità Operativa ha attivato, presso l'ambulatorio veterinario del Gattile municipale di Ferrara, la sterilizzazione chirurgica dei gatti delle colonie feline censite presso i Comuni, affidata ai Veterinari dell'AUSL. L'attività, che si svolge in stretta collaborazione con i Comuni, le Associazioni animaliste e i cittadini Referenti di colonia, è stata poi attivata anche presso l'ambulatorio presente presso il Canile di Comacchio e, dal 2012, all'ambulatorio ad hoc realizzato dal Comune di Portomaggiore. Dal 2005 al 2013 sono stati operati complessivamente n. 2842 gatti e il numero degli interventi è in crescita, come rappresentato nel grafico che segue: nel 2013 sono stati operati n. 439 gatti delle colonie feline di Ferrara, Argenta, Portomaggiore, Ostellato, Migliarino.



Per ciò che riguarda il piano di controllo degli avvelenamenti degli animali in applicazione della DGR n. 469/2009, sono state gestite nel 2013 n. 78 segnalazioni di casi sospetti tra esche, carcasse di animali deceduti e sospetti clinici: 12 esche e 19 carcasse di animali sono risultate positive all'esame tossicologico. Le sostanze ritrovate sono riportate nei grafici seguenti:



Igiene Alimenti di Origine Animale

Presso gli stabilimenti riconosciuti per la 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 le 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	Controlli eseguiti	Irregolarità riscontrate	Sanzioni	Prescrizioni	Provvedimenti sanitari coattivi	Denunce
Impianti riconosciuti	77	77	1910	254	16	254	0	12

Le irregolarità più frequentemente riscontrate presso tali impianti hanno riguardato il prodotto finito, la sua rintracciabilità ed il piano HACCP.

Altre aziende di 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:

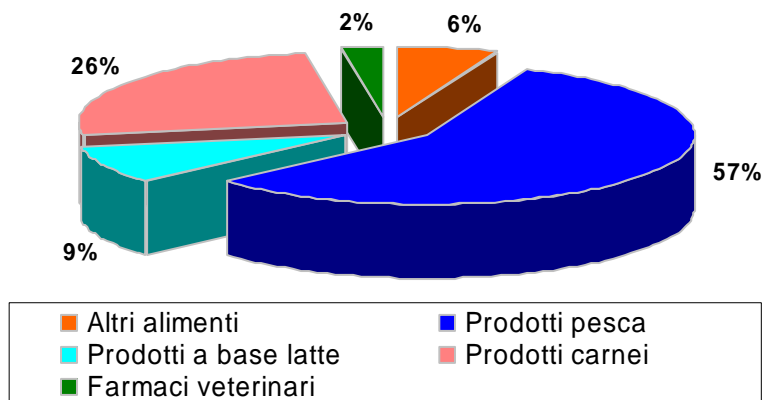
	Strutture esistenti	Strutture controllate	%	Controlli eseguiti	Irregolarità riscontrate	Sanzioni	Prescrizioni	Provvedimenti sanitari coattivi	Denunce
Altre strutture	1946	696	35,8	995	476	20	476	1	4

In questo settore, le irregolarità più frequentemente riscontrate hanno riguardato l'idoneità di strutture ed attrezzature, il prodotto finito ed il piano HACCP.

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. Nella gestione dell'allerta, secondo procedura dipartimentale, si garantisce l'attivazione dell'UO 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.

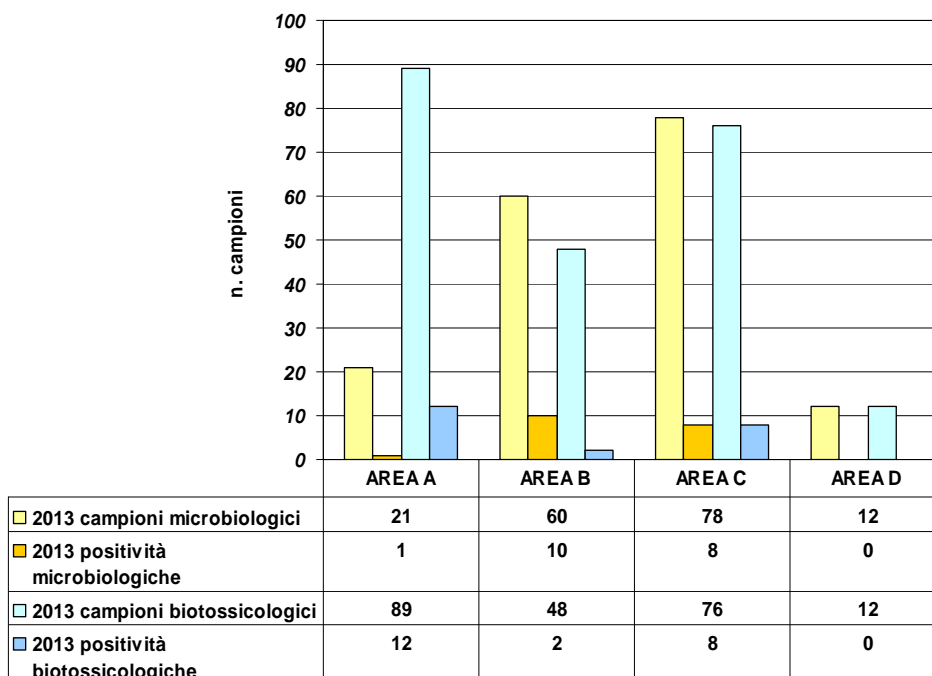
Nel 2013 sono state gestite n. 70 emergenze, tra allerta e notifiche di informazione per attenzione provenienti da altri Enti, tutte riguardanti alimenti di origine animale, mentre n. 10 allerta sono state attivate dall'Unità Operativa. Nell'ambito dei mangimi non si è verificata nessuna allerta mentre sono state gestite 2 allerta per difetti di qualità di farmaci veterinari per animali da compagnia. Le matrici interessate sono rappresentate in grafico:



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 e raccolgono vongole veraci, con obbligo di depurazione dei molluschi raccolti prima della commercializzazione.

Monitoraggio delle zone di produzione di Molluschi bivalvi - anno 2013



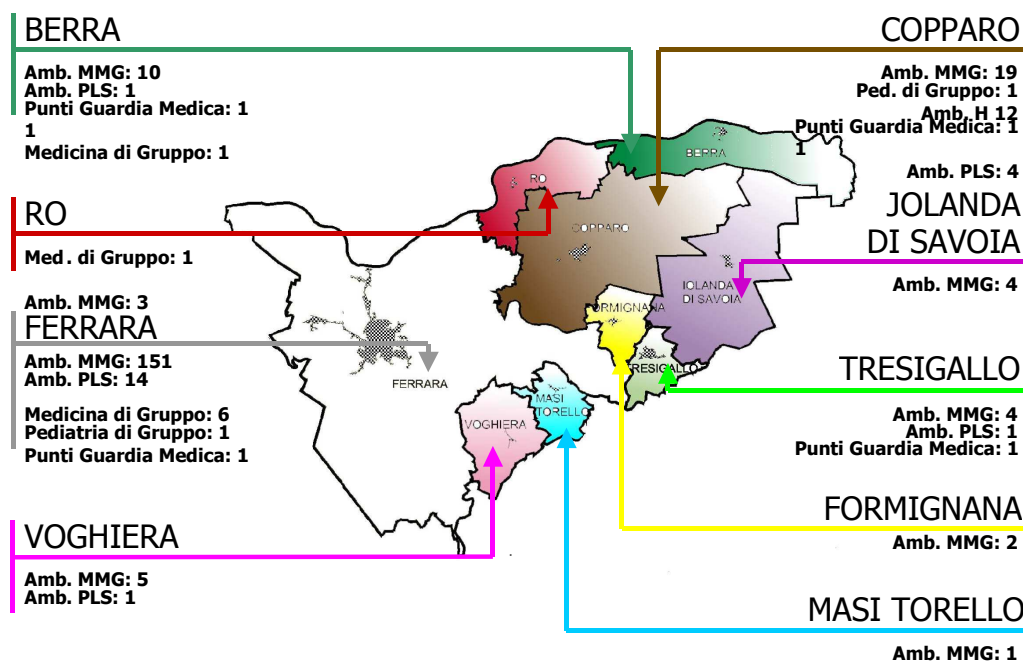
Dai risultati del monitoraggio si traggono valutazioni sul rischio microbiologico e biotossicologico delle diverse zone di produzione che, in taluni casi, impongono l'adozione di provvedimenti restrittivi, di chiusura delle zone di raccolta. Nel 2013 sono stati adottati n. 19 provvedimenti di chiusura temporanea di zone di produzione a seguito di non conformità microbiologiche e n. 22 a seguito di non conformità biotossicologiche come conseguenza della risultanze riportate in tabella.

Assistenza distrettuale

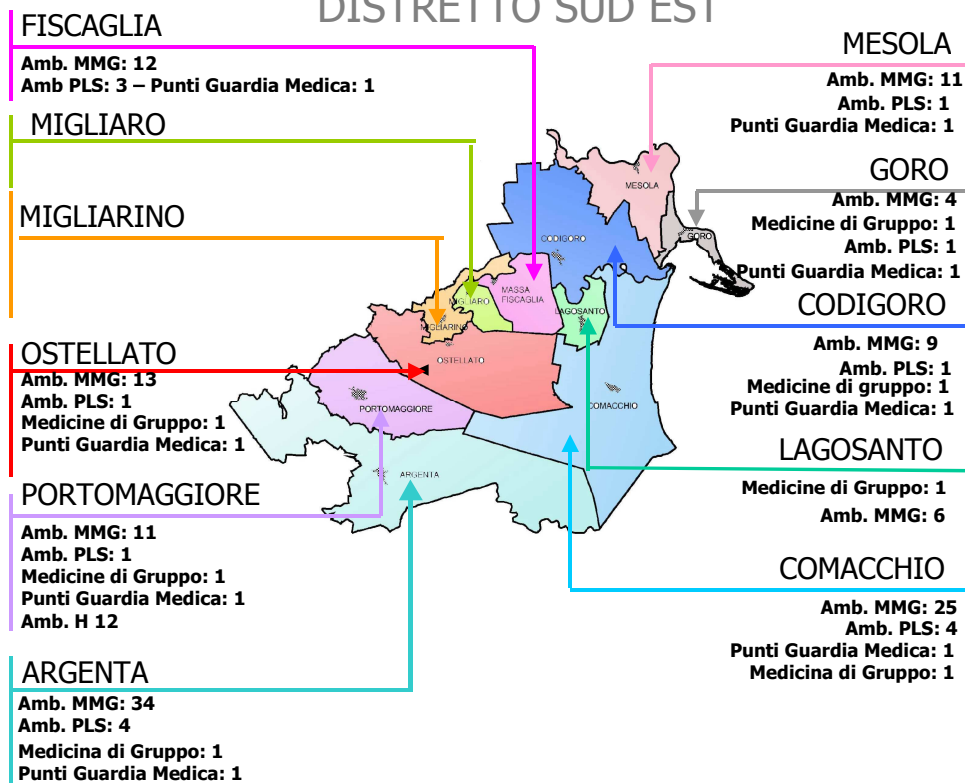
Assetto organizzativo dell'assistenza di base

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.

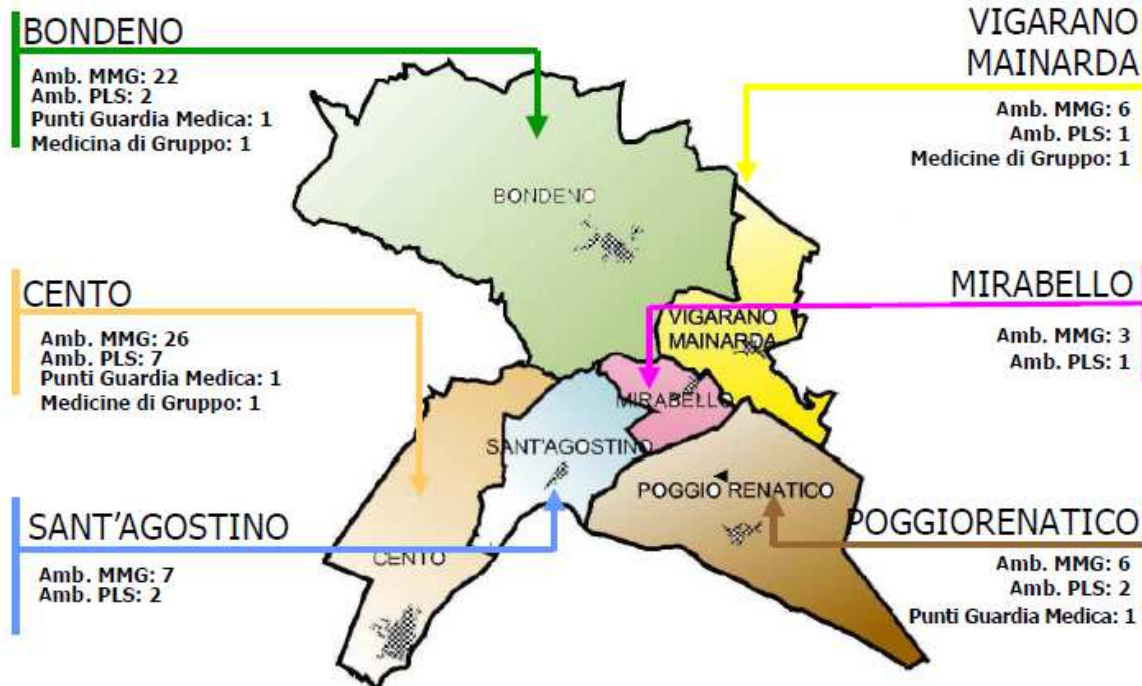
DISTRETTO CENTRO NORD



DISTRETTO SUD EST



DISTRETTO OVEST



Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Le risorse del FRNA per l'anno 2013 sono state ripartite fra i distretti dalla CTSS nella seduta del 23 maggio 2013.

Nel 2013 oltre al FRNA la regione ha assegnato alle Aziende una quota di FNA e una quota di FNA finalizzato all'assistenza in favore di utenti malati di SLA.

Il piano di riparto del FRNA fra i distretti Centro Nord, Sud Est e Ovest ha tenuto conto della spesa storica dei servizi e dei presidi socio-sanitari sul territorio e delle indicazioni regionali ad esempio in materia di gravissime disabilità acquisite e SLA.. I Distretti, attraverso gli Uffici di Piano e i Comitati di Distretto hanno successivamente programmato l'utilizzo delle risorse con riferimento alle singole aree – domiciliarità e residenzialità – e alla tipologia di utenti – anziani e disabili. Sono altresì state programmate anche alcune azioni trasversali.

Assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani

Nella Provincia di Ferrara tutte le strutture socio sanitarie sono da tempo accreditate. L'accreditamento e l'adozione di tariffe omogenee nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani e disabili si dimostra molto razionale per erogare assistenza con ben definiti livelli di qualità e costi univoci.

I contratti di servizio sono gli strumenti che definiscono i contenuti dell'assistenza residenziale e semiresidenziale in favore di anziani non autosufficienti.

Nel corso del 2013 la rete dei servizi residenziali per anziani del distretto Centro Nord è stata riprogrammata per consentire la chiusura ed il superamento dell'ultima struttura per anziani a gestione diretta dell'Azienda USL di Ferrara. La CRA ex RSA di Tresigallo è stata chiusa nel corso dell'anno ed i posti letto sono stati distribuiti fra le strutture residenziali dell'area di Copparo, realizzando in nucleo ad alta intensità assistenziale presso la CRA di Copparo, implementando di 10 posti letto in accreditamento provvisorio e di ulteriori 10 posti letto temporanei la CRA di Serravalle.

Il 2013 è stato il primo anno di condivisione delle relazioni annuali inviate dagli enti gestori per la verifica del percorso di accreditamento.

Nel quadro complessivo dell'offerta assistenziale, i posti letto di sollievo per periodi di tempo non superiori ai 30 giorni con tariffe agevolate e finanziamento a carico del FRNA, rappresentano uno strumento di sostegno alla domiciliarità.

N. di posti ogni 1000 >74	Posti residenziali convenzionati (CP +RSA)				Posti semi residenziali convenzionati (CD)			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
FERRARA	31,9	31,9	32,3	31,3	2,7	2,7	2,7	2,7
TOTALE REGIONE	30,3	30,2	29,8	29,7	6,0	6,1	5,8	5,7

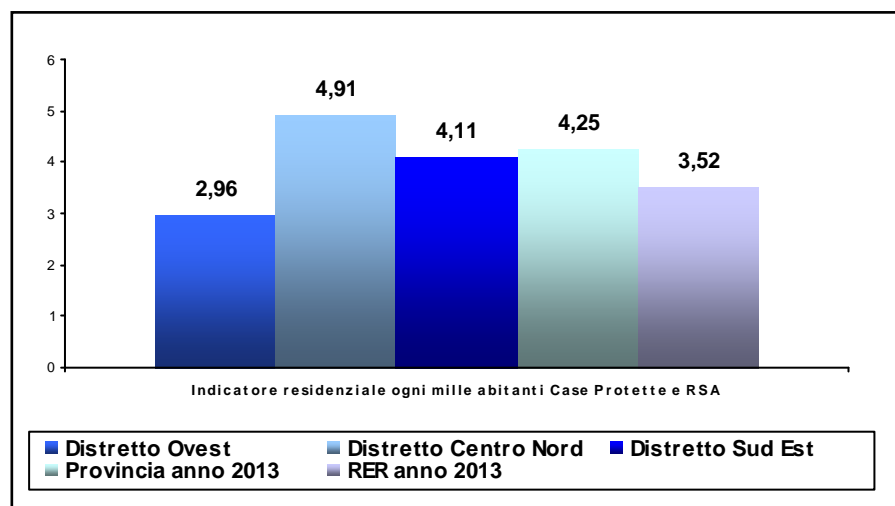
Ferrara	Case protette e RSA	Centri Diurni
2000	1.400	84
2001	1.125	105
2002	1.387	112
2003	1.382	112
2004	1.381	116
2005	1.460	113
2006	1.437	126
2007	1.445	131
2008	1455	130
2009	1.493	155
2010	1.517	130
2011	1.596	130
2012	1.522	131

Struttura dell'offerta (valori assoluti)

N. di posti Convenzionati	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2013
Residenziale Protetta (RSA e CP)	234	869	419	1.522
Centri Diurni per anziani	22	74	35	131

Indicatori di offerta e di utilizzo (anno 2013)

	Centri diurni Tasso di copertura su >74*	Residenzialità protetta e RSA Tasso di copertura >74*
Distretto Ovest	0,28	2,96
Distretto Centro Nord	0,42	4,91
Distretto Sud Est	0,34	4,11
Provincia 2013	0,37	4,25
RER 2013	0,68	3,52



Centri Diurni

L'ospitalità semi residenziale per anziani, anch'essa servizio accreditato, si evidenzia come opzione assistenziale non ancora del tutto apprezzata dagli utenti.

Nel corso dell'anno sono stati avviati percorsi per il migliore utilizzo del Centri Diurni per anziani.

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 6,1 posti a livello regionale).

Assegno di cura

L'erogazione dell'Assegno di cura in favore di utenti non autosufficienti è funzionale a contrastare o ritardare il ricorso ai ricoveri in istituti. E' finanziato con fondi del Fondo regionale per la Non Autosufficienza. E' riconosciuto a fronte di infermità attestate dall'Unità di valutazione geriatrica e che possono riguardare sia fattori sociali, relazionali che sanitari ma sempre considerati in maniera integrata.

Il contributo è attribuito in favore dell'intervento di cura della famiglia o di in care giver, 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. Particolare riguardo deve essere dato all'igiene e alla cura della persona, al mantenimento dell'ambiente di vita, alle condizioni dell'alimentazione, alla vita di relazione e socializzazione. Il contributo è commisurato alla difficoltà del caso 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. In caso di concorrenza dell'Assegno di cura con l'Ida, il primo viene ridotto. 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.

Nel corso del 2013 sono state avviate azioni per il potenziamento del numero di assegni di cura erogati

Assistenza residenziale e semi-residenziale per disabili

Il processo di accreditamento ha coinvolto anche l'area dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per utenti disabili ed il relativo sistema di remunerazione.

Nel corso del 2013 sono state avviate le procedure per esternalizzare l'ultima struttura semiresidenziale per disabili a gestione diretta dell'Azienda USL di Ferrara.

L'assistenza in favore di disabili adulti, residenziale e semiresidenziale è indirizzata a sostenere utenti in condizione di particolare difficoltà che richiedono interventi soprattutto assistenziali ed educativi, ma anche medici, infermieristici e riabilitativi con programmi personalizzati a lungo termine.

In particolare presso i Centri Semi Residenziali viene garantito il mantenimento dei livelli di autonomia acquisiti e l'equilibrio degli ospiti, perseguendo l'integrazione sociale degli stessi 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 caregivers, 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)¹

	Residenziali				Semiresidenziali			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
FERRARA	0,56	0,59	0,66	0,70	0,63	0,78	0,75	0,74
TOTALE REGIONE	0,47	0,51	0,53	0,54	0,90	0,97	1,00	1,03

Posti letto disabili residenziali al 31.12.2013

AZ. USL	AMBITI DISTRETTUALI	POSTI	POPOL. 2013 *	INDICATORE
FERRARA	FERRARA CENTRO-NORD	60	177.045	0,3
	FERRARA OVEST	30	79.081	0,4
	FERRARA SUD-EST	159	101.990	1,6
REGIONE EMILIA ROMAGNA		2.416	4.471.104	0,5

Posti letto disabili semi-residenziali al 31.12.2013

AZ. USL	AMBITI DISTRETTUALI	POSTI	POPOL. 2013 *	INDICATORE
FERRARA	FERRARA CENTRO-NORD	142	177.045	0,8
	FERRARA OVEST	56	79.081	0,7
	FERRARA SUD-EST	67	101.990	0,7
REGIONE EMILIA ROMAGNA		4.593	4.471.104	1,0

¹ Manca il dato relativo all'anno 2008 perché l'Istat ha sospeso la rilevazione dei Presidi per quell'anno.

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
2011	214	279
2012	238	268
2013	249	265

Gravissime disabilità acquisite

Una quota del FRNA è dedicata a garantire agli utenti affetti da gravissime disabilità acquisite, l'accesso ai servizi residenziali o all'assegno di cura. Le équipes multi professionali distrettuali predispongono allo scopo specifici Piani Assistenziali.

La rete dei posti letto residenziali è garantita da un nucleo accreditato dedicato di 6 posti letto nel Distretto Sud Est e da ricoveri singoli, sulla base dei piani personalizzati, presso strutture in possesso dei requisiti stabiliti dalla DGR 840/2008.

Numero di pazienti presi in carico per tipologia di assistenza - Anno 2013

Distretto erogatore	Assistiti solo al domicilio	Assistiti solo in Assistenza residenziale	Assistiti al domicilio e in Assistenza residenziale (entrambe)	Totale assistiti
OVEST	14	9	0	23
CENTRO-NORD	22	17	1	40
SUD-EST	24	9	4	37
TOTALE	60	35	5	100
RER	903	359	100	1362

Per assistiti al domicilio si intendono gli assistiti con assegno di cura, e/o in assistenza domiciliare, e/o con ricovero di sollievo e/o con la sola assistenza protesica.

Pazienti in carico per classi di età e distretti sanitari - Anno 2013

Distretto erogatore	Classi di età					TOTALE
	0-17	18-44	45-64	65-74	oltre 75	
OVEST	1	2	9	9	2	23
CENTRO-NORD	0	9	18	11	2	40
SUD-EST	1	9	18	4	5	37
TOTALE	2	20	45	24	9	100
RER	82	279	564	295	142	1362

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 e una ripresa a partire dal 2012. La degenza media è di circa 15,4 giorni per l'ADO e

16,7 per l'hospice di Codigoro a dimostrazione dell'elevato turn-over trattandosi di pazienti terminali con trattamenti palliativi.

Dimessi dagli Hospice, Degenza Media e % di decessi per Azienda di residenza. Anno 2013

	DEGENZA MEDIA	% DECESSI
HOSPICE ADO	15,4	73,6
HOSPICE DI CODIGORO	16,7	80,6

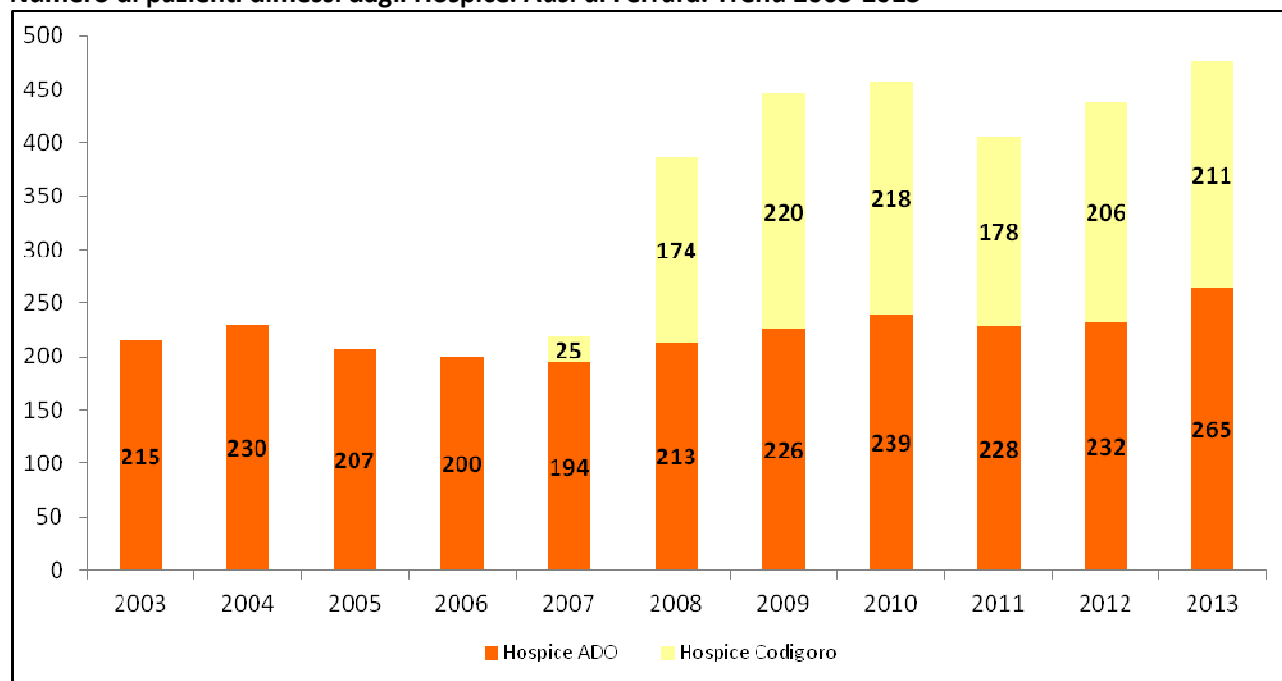
Dimessi dagli Hospice e % di decessi per Distretto e Azienda di residenza.

Indice di dipendenza * 100.000 abitanti - Anno 2013

	CENTRO NORD			SUD EST			OVEST		
	dimessi	Indice di dip.	%decessi	dimessi	Indice di dip.	%decessi	dimessi	Indice di dip.	%decessi
HOSPICE POLICLINICO DI MODENA	1	0,4	100	.	.	.	1	1,1	100
HOSPICE CASTEL SAN PIETRO	.	.	.	2	1,1	50	.	.	.
HOSPICE MT CHIATORE SERAGNOLI	.	.	.	6	3,2	83,3	42	45,2	76,2
HOSPICE ADO	190	76,9	73,7	27	14,4	77,8	47	50,5	66
HOSPICE CODIGORO	54	21,9	74,1	149	79,7	84,6	3	3,2	33,3
HOSPICE BELLARIA	1	0,4	100	1	0,5	100	.	.	.
HOSPICE OSPEDALIERO LUGO	.	.	.	2	1,1	50	.	.	.
HOSPICE CASALECCHIO	1	0,4	100

	FERRARA AUSL			REGIONE		
	dimessi	Indice di dipendenza	%decessi	dimessi	Indice di dipendenza	%decessi
HOSPICE POLICLINICO DI MODENA	2	0,4	100	222	4,4	78,8
HOSPICE CASTEL SAN PIETRO	2	0,4	50	188	3,7	77,1
HOSPICE MT CHIATORE SERAGNOLI	48	9,1	77,1	675	13,3	76,3
HOSPICE ADO	264	50,1	72,7	265	5,2	72,8
HOSPICE CODIGORO	206	39,1	81,1	207	4,1	81,2
HOSPICE BELLARIA	2	0,4	100	287	5,7	75,3
HOSPICE OSPEDALIERO LUGO	2	0,4	50	196	3,9	80,6
HOSPICE CASALECCHIO	1	0,2	100	262	5,2	72,1

Numero di pazienti dimessi dagli Hospice. Ausl di Ferrara. Trend 2003-2013²



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.

Nel 2013, il totale dei pazienti trattati con almeno una prestazione odontoiatrica, è pari a 3.150.

Il numero di utenti "Non Vulnerabili" che, nell'anno 2012, hanno ricevuto assistenza odontoiatrica e di 51 pari al 1,6% (non superiore al 30% del totale degli utenti trattati) da cui si può dedurre il rispetto della normativa Regionale che regola l'accesso ai servizi privilegiando la categoria di pazienti che presentano i requisiti di Vulnerabilità Sociale e/o Sanitaria.

Numero di utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa protesica e ortodonzia sul totale dei pazienti trattati. Anno 2013

Azienda erogante	UTENTI NON VULNERABILI				TOTALE UTENTI				%			
	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti 0-14	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile
FERRARA	27	11	3	10	1447	649	120	934	1,9%	1,7%	2,5%	1,1%
REGIONE	2.724	715	143	845	24.744	7.225	1.121	6.794	11,0%	9,9%	12,8%	12,4%

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

² L'Hospice di Codigoro è stato aperto il 15/7/07.

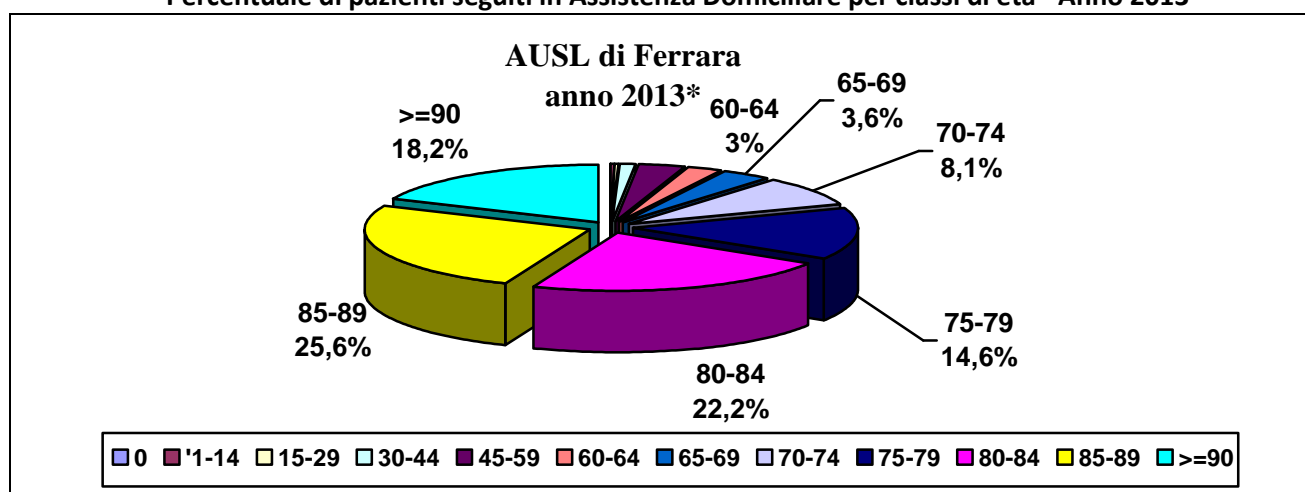
assistenziale personalizzato; si basano sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarità delle risorse necessarie al raggiungimento dei risultati di salute.

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.

Un aspetto fondamentale è quello di garantire la continuità delle cure, presidiando il momento di interfaccia tra i reparti ospedalieri e l'assistenza domiciliare: la modalità organizzativa utilizzata è stata quella di inserire nel percorso il case-manager ospedaliero, ossia un infermiere territoriale dell'ADI con il compito di assicurare la continuità assistenziale per i pazienti che, concluso l'episodio di ricovero, necessitano di un proseguimento delle cure. Ciò ha permesso di introdurre elementi di forte rassicurazione nei confronti dei famigliari e di velocizzare il contatto con i Medici di Medicina Generale (MMG), rendendo più rapido il trasferimento del paziente ad un setting assistenziale più appropriato.

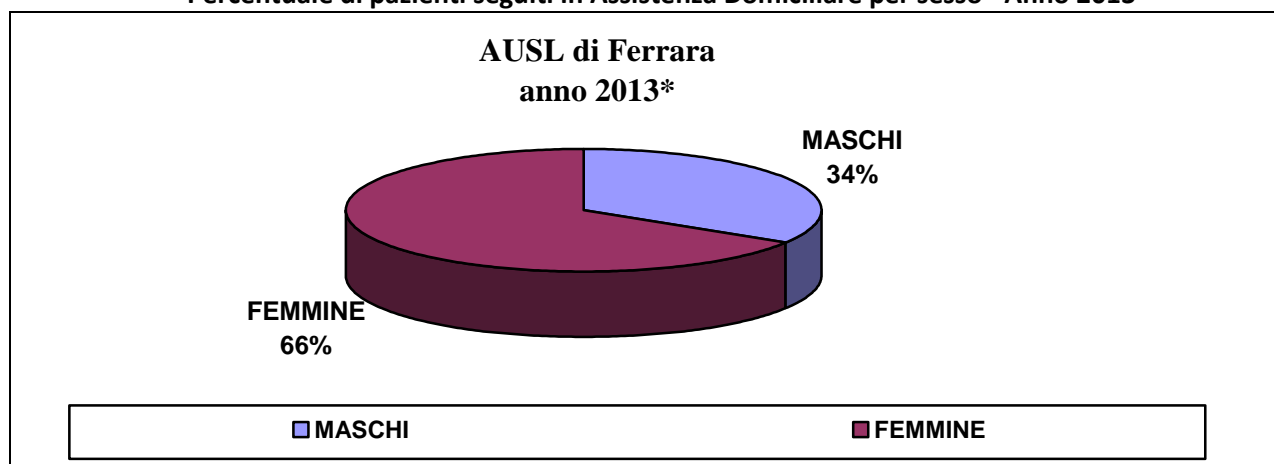
Un altro aspetto assai significativo dell'assistenza domiciliare è rappresentato dall'assistenza infermieristica che può svolgere la propria attività di nursing anche in maniera esclusiva (cioè non in forma integrata).

Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per classi di età - Anno 2013



*Nella lettura del conteggio degli assistiti per Azienda occorre tenere conto della possibilità per i pazienti di usufruire dei servizi territoriali ADI da parte di due o più aziende diverse, in periodi diversi dell'anno. Ne consegue che i totali riportati in tali tabelle potrebbero divergere da quelli pubblicati in altre tabelle dove il conteggio avviene per Distretto socio-sanitario.

Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per sesso - Anno 2013



Anche nel 2013, oltre l'80% dei pazienti ha un'età superiore ai 74 anni e, tra questi, gli over 85 costituiscono più della metà (52%); risulta invariato, rispetto agli anni precedenti, il rapporto maschi/femmine, le quali rappresentano i 2/3 della popolazione assistita.

Percentuale di episodi di presa in carico per tipo di assistenza - Anno 2013

	ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE		ASSISTENZA INFERMIERISTICA		ASSISTENZA ASSOCIAZIONI NO PROFIT		ASSISTENZA SOCIO- SANITARIA		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
FERRARA	4.277	6,6	3.849	6,9	280	18	100	3	8.506	6,8
Totale	64.865	100	55.947	100	1.554	100	3.359	100	125.725	100

Considerando anche le prestazioni occasionali, cioè tutte quelle prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali che si concludono con una prestazione del professionista, e non necessitano di un piano personalizzato di assistenza né di una valutazione multidimensionale, gli episodi di presa in carico prevalenti risultano essere quelli infermieristici, seguono gli episodi di presa in carico di Medicina Generale; la percentuale si inverte nel caso in cui le prestazioni occasionali vengano escluse e si rileva un maggiore allineamento alle percentuali regionali; fanno eccezione gli episodi di presa in carico delle Associazioni no-profit e di assistenza socio-sanitaria. Con percentuali invertite a livello regionale.

Composizione per livelli

Pazienti per 1.000 residenti per classe d'età e livello di attività assistenziale: rapporto tra il numero di pazienti seguiti nell'anno e popolazione residente - ANNO 2013

	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia 2013	RER 2013
Bassa intensità	15,11	19,61	15,80	17,53	18,16
Media intensità	2,87	4,14	6,05	4,40	6,83
Alta intensità	1,33	2,16	1,64	1,83	2,83
TOTALE	19,31	25,91	23,48	23,76	27,82

*Popolazione al 01/01/2013

In tutti e tre i Distretti la tipologia di assistenza prevalente è quella a bassa intensità; la percentuale maggiore di assistenza a media intensità si rileva nel Distretto Sud Est, mentre il Distretto Centro Nord eroga in misura maggiore assistenza ad alta intensità.

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.

Prevenzione Oncologica 2013

USL	N. pap test eseguiti	N. colposcopie	Totale prestazioni prevenzione tumori
AUSL Ferrara	24.215	462	24.677

Percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari sul totale delle donne gravide in carico ai consultori familiari. Anno 2012

AUSL	Gravide in carico ai C.F.	Gravide immigrate in carico ai C.F.	% immigrate gravide/totale gravide in carico ai C.F.
AUSL Ferrara	788	366	46,4
TOTALE R.E.R.	16.520	9.179	55,6

*Dal 2012 è attivo il Sistema Informativo dei Consultori Familiari. Come primo anno di rilevazione alcune AUSL non sono riuscite ad inviare tutti i dati richiesti, e in alcuni casi le attività svolte dai Consultori non sono state attribuite correttamente, pertanto i dati di questo primo anno risentono di problemi sia in termini di completezza che qualità. Il totale regionale corrisponde al numero reale di persone pertanto può non corrispondere alla somma delle singole AUSL perché lo stesso utente può essere stato seguito da Aziende diverse.

Percentuale di donne seguite in gravidanza sul totale dei nati vivi e prestazioni per assistenza alla gravidanza. Anno 2012

AUSL	Gravide in carico ai C.F.	Nati vivi da residenti nell'anno*	% Gravide in carico/ nati vivi
AUSL Ferrara	788	2.632	29,9
TOTALE R.E.R.	16.520	39.337	42,0

UTENTI ED ATTIVITA' 2012

Percentuale di utenti in carico ai C.F. su popolazione target. Settore di attività: Ostetricia e ginecologia/Andrologia

Distretto	Popolazione target *	Totale utenti	% utenti su pop. target
Ovest	50.268	1.244	2,5
Centro Nord	110.025	5.104	4,6
Sud-Est	63.969	1.095	1,7
AUSL Ferrara	224.262	7.377	3,3
TOTALE R.E.R.	2.850.467	102.711	3,6

* Popolazione target= 15-64 anni residenti al 31-12-2012

*Dal 2012 è attivo il Sistema Informativo dei Consulenti Familiari. Come primo anno di rilevazione alcune AUSL non sono riuscite ad inviare tutti i dati richiesti, e in alcuni casi le attività svolte dai Consulenti non sono state attribuite correttamente, pertanto i dati di questo primo anno risentono di problemi sia in termini di completezza che qualità. Il totale regionale corrisponde al numero reale di persone pertanto può non corrispondere alla somma delle singole AUSL perché lo stesso utente può essere stato seguito da Aziende diverse.

Percentuale di utenti in carico ai C.F. su popolazione target. Settore di attività: Psicologia

Distretto	Popolazione target*	Totale utenti	% utenti su pop. target
Ovest	50.268		
Centro Nord	110.025		
Sud-Est	63.969		
AUSL Ferrara	224.262	0	0,0
TOTALE R.E.R.	2.850.467	6.276	0,2

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consulenti familiari. Ambito di attività: Gravidanza. Anno 2012

AUSL	Prestazioni in gravidanza	Totale prestazioni	% prestazioni di assistenza alla gravidanza sul totale prestazioni
AUSL Ferrara	2.364	22.715	10,4
TOTALE R.E.R.	218.997	670.435	32,7

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consulenti familiari. Ambito di attività: Contraccezione. Anno 2012

AUSL	Prestazioni contraccezione	Totale prestazioni	% prestazioni contraccezione su totale prestazioni
AUSL Ferrara	74	22.715	0,3
TOTALE R.E.R.	41.571	670.435	6,2

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: IVG. Anno 2012

AUSL	Prestazioni per IVG	Totale prestazioni	% prestazioni per IVG su totale prestazioni
AUSL Ferrara	163	22.715	0,7
TOTALE R.E.R.	17.165	670.435	2,6

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: Menopausa. Anno 2012

AUSL	Prestazioni in menopausa	Totale prestazioni	% Prestazioni in menopausa su totale prestazioni
AUSL Ferrara	237	22.715	1,0
TOTALE R.E.R.	11.401	670.435	1,7

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito della prevenzione tumori femminili. Anno 2012

AUSL	Totale prestazioni prevenzione tumori	Totale prestazioni	% prestazioni per diagnosi precoce tumori femminili su totale prestazioni
AUSL Ferrara	9.930	22.715	43,7
TOTALE R.E.R.	185.862	670.435	27,7

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Psicologia. Anno 2012

AUSL	Prestazioni di psicologia	Totale prestazioni	% prestazioni di psicologia su totale prestazioni
AUSL Ferrara	0	22.715	0,0
TOTALE R.E.R.	26.053	670.435	3,9

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Puerperio. Anno 2012

AUSL	Prestazioni per puerpere	Totale prestazioni	% Prestazioni per puerpere su totale prestazioni
AUSL Ferrara	139	22.715	0,6
TOTALE R.E.R.	18.905	670.435	2,8

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Specialistica Ginecologica. Anno 2012

AUSL	Prestazioni di specialistica ginecologica	Totale prestazioni	% prestazioni di specialistica ginecologica su totale prestazioni
AUSL Ferrara	9.808	22.715	43,2
TOTALE R.E.R.	150.481	670.435	22,4

Nel valutare le prestazioni, 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".

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:

Prevenzione delle malattie infettive nell'ambito del progetto di riorganizzazione delle attività di sorveglianza e controllo delle malattie trasmissibili nell'Azienda Usl di Ferrara attraverso l'attività integrata del DSP e DCP:

-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, haemophilus influenzae B 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 C) 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;

-individuazione delle Case della Salute, Copparo con Pediatria di Gruppo e Portomaggiore con U.O. Igiene Pubblica, come sede prioritaria per la sperimentazione dei modelli di integrazione, successivamente implementati anche nelle sedi di Cento e Codigoro;

-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, con l'obiettivo della valorizzazione dell'autonomia professionale e della responsabilità degli AS e degli infermieri, come da DGR 256/09;

-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 e migliorare la trasmissione e archiviazione dei dati;

-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.

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:

La Pediatria di Comunità e il SIAN (Servizio igiene degli alimenti e nutrizione) stabiliscono la tabella dietetica quotidiana nelle comunità infantili per una corretta alimentazione dei bambini. La Pediatria di Comunità

valuta l'ammissibilità delle diete speciali per patologia prescritte dal medico curante e collabora a programmi di educazione alimentare e di sorveglianza dietetica nelle comunità infantili in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica - SIAN (Servizio Igiene Ambienti Nutrizione) e i servizi scolastici.

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, in applicazione del Protocollo Provinciale in applicazione delle linee guida inerenti la somministrazione di farmaci in contesti extra – famigliari, educativi o scolastici in Emilia – Romagna, alla cui redazione ha partecipato una Pediatra di Comunità in rappresentanza della AUSL FE;
- 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 Tavolo Tecnico Regionale “ Diabete in età pediatrica”.

Interventi di controllo, informazione, educazione alla salute: partecipazione ad indagini epidemiologiche in collaborazione con l'Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara e al progetto di sorveglianza “HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children): fattori di rischio e risorse utili alla salute per informare le politiche regionali” per la popolazione Italiana in età adolescenziale. 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 ed è stato aggiornato nel 2013;
- 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 2013 é 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.

Da settembre 2011, grazie a risorse aggiuntive decise dal Tavolo Salute Donna e inserite nel Piano di Zona, il servizio accoglie mamme e bambini al martedì e al giovedì mattina, dalle ore 9.30 alle 12.30, e il primo giovedì del mese si tengono anche incontri di gruppo con i genitori. Le visite domiciliari iniziate nella tarda primavera 2010 dopo la firma dell'accordo tra Comune, Azienda UsI ed Ospedale avvengono prevalentemente (anche se non esclusivamente) nelle stesse giornate, mentre la presenza presso il reparto maternità è assicurata a giorni alterni, tre mattine alla settimana, da un'assistente sanitaria della Pediatria di Comunità e dalla psicologa del Centro per le Famiglie. Nella primavera 2012 è stato inoltre avviato un incontro prima mensile, poi quindicinale, e ora tre volte al mese, per piccoli gruppi di mamme e neonati, cui

partecipa, oltre alle operatrici a turno del Punto d'Ascolto, una fisioterapista. L'appuntamento è denominato **“Il tappeto dei piccoli”** ed è dedicato rispettivamente il secondo giovedì del mese ai bambini neonati (entro massimo il primo mese e mezzo di vita), il terzo giovedì del mese a bambini che hanno già compiuto il 3° mese di vita (fino al massimo a 4 mesi e mezzo di vita) e il quarto giovedì ai bambini che hanno compiuto il 5° mese (fino al massimo a 6 mesi). Obiettivo della proposta è quello di offrire ai neo-genitori che accedono al Punto d'Ascolto appuntamenti con possibilità di approfondire la conoscenza del proprio bambino in momenti cruciali del suo primo sviluppo psico-motorio.

Attività del PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO “BEN ARRIVATO” 1 gennaio 2009 - 31 dicembre 2013

PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO “BEN ARRIVATO ... PICCOLO!MIO!”										
	2009		2010		2011		2012		2013	
	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.
Prime prese in carico										
Primi colloqui	10	16	22	19	14	16	22	17	14	18
Prime consulenze telefoniche	3	7	20	22	14	17	23	14	12	26
Prime Visite Domiciliari			7	25	28	29	34	20	20	40
Interventi di proseguimento										
Colloqui	9	19	22	26	22	31	42	34	16	13
Consulenze telefoniche		2	6	8	3	12	16	53	23	25
Visite Domiciliari successive					1	4	5	23	6	6
Colloqui post domiciliari al BA					22	18	25	20	7	9
Colloqui di coppia							13	6		
Accompagnamenti ai servizi							2	1		
Totali interventi										
Tot. Visite Domiciliari			7	25	29	33	39	43	26	52
Tot. Colloqui	19	35	44	45	58	65	102	77	30	31
Tot. Consulenze telefoniche	3	9	26	30	17	29	39	67	35	51
Interventi di accompagnamento							2	1		
Tot. Genitori partec. al Tappeto dei piccoli							28	19	47	34
TOTALE	22	44	77	100	104	127	182	188	138	168

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.

Il pediatra di comunità del Distretto Ovest è integrato coi 2 pediatri ospedalieri nel servizio pediatrico h24 al punto nascita di Cento. I 2 pediatri ospedalieri collaborano nell’attività vaccinale della sede di Cento.

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

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI SM DP) è la struttura operativa dell'Azienda USL di Ferrara che si configura come l'organizzazione di base per il governo delle Unità Operative Complesse: Psichiatria Adulti (CSM), Neuropsichiatria Infanzia-Adolescenza (UONPIA); SerT - Dipendenze Patologiche; Psichiatria Ospedaliera a direzione Universitaria.

Il Dipartimento gestisce e organizza le attività per la produzione dei prodotti finalizzati alla:

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle disabilità psicofisiche delle persone, sia minori che 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 2013³ è stata approvata la riorganizzazione del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche che prevede la complessiva revisione organizzativa della macrostruttura onde garantire l'organicità degli interventi nell'assetto strutturale, nonché l'adeguamento al nuovo impianto legislativo e alla complessiva rete di funzioni e competenze istituzionali.

La proposta riorganizzativa è in linea con la legislazione vigente, il Piano triennale Salute Mentale 2009-2011 e le attuali linee di contenimento delle spese nazionali, regionali ed aziendali e ha realizzato le seguenti azioni di cambiamento: sviluppo della semplificazione e razionalizzazione dei percorsi di accesso e di presa in carico dei pazienti, garantendo livelli di appropriatezza e qualità assistenziale e del rispetto della sicurezza anche degli operatori; unificazione dell'assistenza psichiatrica nell'area ospedaliera attraverso la costituzione di una Unità Operativa a direzione universitaria; unicità e continuità dei percorsi terapeutici riabilitativi nel territorio provinciale attraverso la costituzione di una estesa U.O. complessa che governa unitariamente nel territorio la salute mentale, superando la logica particolaristica dei distretti Centro/Nord e Sud/Est; integrazione intra-dipartimentale e interdipartimentale (Dipartimento Sanità Pubblica, Dipartimento Cure Primarie) e con l'Azienda Ospedaliera Universitaria; superamento della logica della frammentazione distrettuale delle risorse umane amministrative riorganizzando l'U.O. Servizi Amministrativi del DAI SM DP.

Programma di Psicologia Clinica e di Comunità

Ulteriore sviluppo del Dipartimento è l'implementazione del Programma di Psicologia Clinica e di Comunità finalizzato ad una razionale valorizzazione di tutte le risorse professionali di psicologo presenti in Azienda, nel senso di garantire un'appropriata risposta ai bisogni diagnostico assistenziali provenienti da una realtà sociale in continua evoluzione per gli aspetti epidemiologici e garantire equità nell'organizzazione ed erogazione della risposta. Una visione d'insieme del panorama professionale, principalmente rappresentato nel DAISMDP ed in minima parte nel DCP, e delle esigenze emergenti trova nel Programma il necessario punto di coordinamento e facilitazione gestionale. I settori di attività specifica propri del Programma, per i quali si configura, quindi, una piena responsabilità di coordinamento di idonee forme di gestione sono:

- Affidamento familiare, Adozioni nazionali e internazionali e Centro contro l'Abuso all'infanzia in forte integrazione con gli enti locali.
- Centro di alta specializzazione per diagnosi e trattamento Disturbi Specifici Apprendimento (DSA) e valutazioni neuropsicologiche complesse. Il Centro si occupa di Psicologia Cognitiva ed in particolare della valutazione e certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (dislessia, discalculia, disortografia, disgrafia ecc.) per tutta la provincia di Ferrara.
- Centro di psicoterapia breve centralizzato per tutte le U.U.O.O. che ne fanno richiesta, con prestazioni previste nell'ambito dei LEA

³ Delibera N. 173 del 26/07/2013, "Approvazione riorganizzazione dipartimento assistenziale integrato salute mentale e dipendenze patologiche".

Ulteriore sviluppo del Dipartimento è nella riorganizzazione delle cure relative ai **Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)** che in accordo con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, deve garantire dei percorsi appropriati per i cittadini adulti e minori affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare, specialmente per le forme più gravi.

L'Azienda USL è impegnata ad assicurare: attenzione ai processi di prevenzione secondaria dei DCA; qualificazione dei percorsi di appropriatezza terapeutica e continuità assistenziale; individuazione delle risorse specificamente destinate alla diagnosi e presa in carico dei pazienti.

Programma salute mentale nell'Istituto Penitenziario

In applicazione al D.P.C.M. del 1° aprile 2008 concernente le "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", l'Azienda USL di Ferrara ha stabilito, mediante atto aziendale del settembre 2008, che la Sanità Penitenziaria afferisse 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 e con disturbi da abuso di sostanze psicotrope. Questa attività dipartimentale di salute mentale viene attuata in stretta collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie.

Un altro progetto è quello che riguarda l'accoglienza presso le Comunità Terapeutiche per i detenuti con problematiche di tossicodipendenza (SerT) che possono usufruire dei benefici della legge sugli arresti domiciliari.

Il Progetto Nuovi Giunti (Circolare Dipartimento Amministrazione Penitenziaria n.3233/5683 "Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati e organizzazione del servizio nuovi giunti"), è rivolto ai detenuti nel loro primo accesso all'istituzione e prevede: colloqui con lo psicologo, valutazione medico SIAS, discussione del caso nell'équipe Salute Mentale e successivamente anche con lo staff socio-educativo del Direttore del carcere.

Comitato Utenti Famiglie Operatori (CUFO)

Il Comitato Utenti Famiglie e Operatori è un importante organismo di integrazione tra i diversi attori istituzionali e sociali, che hanno come mission lo sviluppo della salute mentale.

Il CUFO nel corso degli ultimi 4 anni si è regolarmente incontrato (ogni anno in media 5 incontri plenari, 6 incontri dei vari sottogruppi di lavoro) 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.

Psichiatria adulti

Nei Centri di Salute Mentale (CSM) si trovano le strutture e le équipes che garantiscono i diversi tipi di cure psichiatriche territoriali; le cure possono essere erogate in ambulatorio, a domicilio, in semiresidenza (Centro Diurno), nei Gruppi appartamento e nelle Unità Abitative, nelle Residenze psichiatriche a Trattamento Intensivo e a Trattamento Protratto. Queste ultime residenze psichiatriche rispondono alle necessità di ricovero riabilitativo per tutto il DAI SM DP.

Nei CSM vengono sviluppate le linee di indirizzo previste nel programma regionale "G. Leggieri" che ha la finalità di favorire l'integrazione clinica tra il Dipartimento Salute Mentale e il Dipartimento delle Cure Primarie a favore dei cittadini che presentano disturbi psichiatrici.

Spetta ai Centri di Salute Mentale rispondere alle richieste di Prima Visita psichiatrica ed Accoglienza, di Visita in urgenza, di Trattamenti Sanitari Obbligatorii, di Trattamenti psichiatrici semplici e di Trattamenti riabilitativi integrati. Questi ultimi, assieme agli inserimenti lavorativi, sono il centro delle cure per sviluppare le competenze psicosociali nei pazienti che hanno presentato una diminuzione delle abilità. Indispensabile è l'integrazione con le famiglie dei pazienti e con le agenzie socio-sanitarie degli Enti Locali (ASP, Associazioni dei Servizi Sociali).

Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati. Anni 2010/2013 - Età >18 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013	
	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo
Ferrara	19,6	21	19,2	20,8	18,4	20,8	17,4	20,0
RER	17,6	19,2	17,4	19,4	17,2	19,8	17,2	19,8

Pazienti in trattamento nei Centri di Salute mentale dell'Emilia Romagna per Azienda e distretto di residenza (x 10.000 abitanti)

		2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ferrara	OVEST	154,3	184,2	176,5	173,0	179,9	163,0
	CENTRO-NORD	150,3	216,2	213,5	204,3	204,9	205,2
	SUD-EST	178,1	221,7	235,0	241,5	239,0	219,0
Totale Azienda		159,2	211,1	211,9	208,3	209,3	200,1
Totale		168,0	184,5	192,0	195,0	198,6	199,4

Fonte: Archivio regionale SISM. Dati di attività e popolazione >=18 anni

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale: attività ambulatoriale

Attività Ambulatoriale							
	Centro nord	Ovest	Sud est	Non Resid.	2013	2012	Δ %
Numero Utenti Trattati	3421	851	1975	407	6.654	6.888	-3,4%
Nuovi ingressi:	1662	427	836	343	3.268	3.454	-5,4%
Ingressi Ambulatoriali	1035	353	587	118	2.093	2.224	-5,9%
Consulenze Ospedaliere	564	50	207	184	1.005	1.088	-7,6%
Ingressi Reparto	63	24	42	41	170	142	+19,7%
Pazienti presi in carico	488	105	284	47	924	1.051	-12,1%
Pazienti già in carico	2.002	476	1314	103	3.895	3.825	+1,8%
Pazienti in carico TOTALI	2.490	581	1598	150	4.819	4.876	-1,2%

Nel 2013 i pazienti che si sono rivolti ai servizi territoriali della Psichiatri Adulti sono stati 6.654 (58,7 maschi; 41,3% femmine), distribuiti per il 51,4% nel distretto Centro Nord, per il 29,7% nel distretto Sud Est e per il 12,8% nel distretto Ovest. La quota degli utenti non residenti raggiunge il 6,1% del totale.

I nuovi ingressi rappresentano il 49% dell'utenza complessiva: si tratta in prevalenza di attività sanitarie ambulatoriali (64%), anche se le consulenze ospedaliere rappresentano il 31%. Gli ingressi in reparto hanno riguardato 170 pazienti, il 5,2% dei nuovi ingressi.

I pazienti in carico totali sono risultati 4.819, il 72,4% degli utenti trattati, di questi 924 (19,2%) sono risultati nuovi utenti e 3.825 (80,8%) già in carico da anni precedenti.

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale distinti per diagnosi primaria

DIAGNOSI	TOTALE 2013	
PSICOSI	1303	19,58%
DISTURBI AFFETTIVI	1052	15,81%
DISTURBI NEVROTICI	1258	18,91%
DISTURBI DI PERSONALITA	510	7,66%
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	147	2,21%
DISTURBI REATTIVI	1026	15,42%
RITARDI MENTALI	224	3,37%
DEMENZE	225	3,38%
DISTURBI ORGANICI	192	2,89%
ALTRE DIAGNOSI	196	2,95%
IN OSSERVAZIONE	463	6,96%
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	58	0,87%
TOTALE	6.654	100,00%

Questi dati rivelano che i trattamenti diagnostici terapeutici del CSM sono rivolti in particolare verso i disturbi psichiatrici maggiori (psicotici (19,6%), gravi disturbi affettivi (15,8%), gravi disturbi di personalità (7,7%) e disturbi psichiatrici associati ad abuso di sostanze); contemporaneamente il CSM cura anche i disturbi meno gravi presenti nella popolazione, quali i disturbi nevrotici (18,9%) e i disturbi reattivi.

DIAGNOSI	< 18 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	>65 anni	TOTALE 2013
PSICOSI		27	355	653	268	1303
DISTURBI AFFETTIVI		8	157	522	365	1052
DISTURBI NEVROTICI	1	45	373	497	342	1258
DISTURBI DI PERSONALITA'	1	22	205	237	44	510
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE		7	49	74	17	147
DISTURBI REATTIVI		32	315	417	262	1026
RITARDI MENTALI	1	18	84	88	33	224
DEMENZE			1	12	212	225
DISTURBI ORGANICI		1	30	61	100	192
ALTRE DIAGNOSI	10	25	57	57	47	196
IN OSSERVAZIONE	4	25	179	171	84	463
IN ATTESA DI VALUTAZIONE		2	8	23	25	58
TOTALE	17	212	1.813	2.812	1.799	6.654

Questi dati indicano che la popolazione trattata nei CSM è principalmente caratterizzata da un'alta percentuale di persone con età avanzata (42,3% dai 45-64; 27% over 65), come riflesso della tendenza alla cronicizzazione di molti disturbi psichiatrici.

Trattamenti Residenziali

Il Dipartimento gestisce due Residenze Psichiatriche a Trattamento Intensivo e una Residenza a Trattamento Protratto, per un totale di 92 posti letto a gestione diretta.

Le strutture residenziali sono in rete tra loro; una "cabina 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.

Le **Residenze Psichiatriche a Trattamento Intensivo (RTI)** sono la "Luna" (a Ferrara) e la "Franco Basaglia" (a Portomaggiore); dispongono di 16 posti letto ciascuna e sono integrate 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 di stabilizzare il quadro clinico acuto psicopatologico e di iniziare percorsi riabilitativi con approccio biopsicosociale. Il ricovero medio presso queste residenze ha la durata di rispettivamente di 56,2 e 45,7 giorni.

A Ferrara la **Residenza a Trattamento Protratto (RTP)** "Il Convento- San Bartolo" dispone di due Moduli (di 15 posti letto ciascuno) e 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.

I pazienti presenti nelle strutture residenziali dipartimentali nel 2013 sono risultati 203, il 12,8% in più rispetto all'anno precedente, con 153 giornate medie di degenza.

Le strutture residenziali del Dipartimento a gestione diretta non soddisfano completamente i bisogni assistenziali della popolazione, pertanto il DAISM DP utilizza altri **posti letto esterni con pagamento della retta** a favore di 119 pazienti provenienti dal vecchio ospedale psichiatrico e a favore di pazienti più giovani, appartenenti alla fascia della cosiddetta "nuova cronicità" (98).

Per l'**assistenza residenziale psichiatrica intensiva e/o protratta** il Dipartimento si avvale dell'integrazione con le Case di Cura private accreditate, in base al contratto regionale AIOP.

Nel 2013 sono stati inseriti nelle Case di Cura accreditate 52 pazienti, il 24% in meno rispetto al 2012, con una media di 30 giornate di assistenza.

Posti residenziali sanitari accreditati RER per la salute mentale adulti. Di cui:

Azienda Usl	Posti residenziali	gestiti direttamente dai DSM	gestiti da cooperative sociali	gestiti da Ospedali privati
Ferrara	62	62	0	0
Regione	1.086	442	282	362

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale con Trattamenti Residenziali

	2013			2012		
	RICOVERI	GG. degenza	PAZIENTI ricoverati	RICOVERI	GG. degenza	PAZIENTI ricoverati
Ricoveri Residenziali a gestione diretta						
Il Convento - S. Bartolo (adulti)	74	11.346	47	73	11.444	40
La Luna (adulti)	97	5.450	73	92	5.654	73
Basaglia (adulti)	122	5.540	83	117	5.711	67
Ricoveri Residenziali in Retta						
Altre Residenze non definite (adulti - ex op)	119	42.475	119	130	45.869	130
Altre Residenze non definite (adulti - no op)	98	30.102	98	109	31.549	109
TOTALE	217	72.577	217	239	77.418	239
Ricoveri Residenziali in Retta in altre Province a residenti						
Case di cura accreditate Entro RER	64	1.546	52	79	2.714	68

Trattamenti Semiresidenziali (Centri Diurni)

Il **Centro Diurno "Il Convento"** è una struttura semiresidenziale a 55 posti, aperto 365 giorni all'anno, fornisce una risposta riabilitativa psichiatrica ed occupazionale per i cittadini residenti nella provincia di Ferrara. Compito del Centro è garantire un Trattamento psichiatrico integrato ai cittadini affetti da disturbi psichiatrici in fase subacuta e/o cronica.

Lo staff considera il percorso riabilitativo in Centro Diurno come un momento del trattamento più vasto del paziente, in stretta collaborazione con i colleghi inviati e la famiglia; pertanto è importante realizzare la continuità terapeutica con l'équipe inviata e l'informazione/partecipazione delle famiglie al trattamento.

L'integrazione si realizza attraverso un approccio biopsicosociale, che sostiene la relazione tra "stress ambientale - vulnerabilità individuale - disturbi psichiatrici".

Il **Centro Diurno "Maccaccaro"**, è una struttura semiresidenziale con 24 posti, fornisce i seguenti trattamenti: a) programmi terapeutici riabilitativi intensivi a breve termine (da uno a tre mesi) finalizzati al supporto dell'utente per prevenire il ricovero o per favorire il rientro a domicilio dopo una fase di ricovero; b) programmi terapeutici riabilitativi intensivi a medio e lungo termine (da tre mesi a un anno) con progetti personalizzati concordati con l'équipe inviata; c) programmi socio-riabilitativi orientati all'integrazione sociale e al miglioramento della qualità della vita. Si tratta di una funzione di socializzazione per quei pazienti che non richiedono interventi riabilitativi altamente strutturati, ma che necessitano di spazi di incontro e di attività per mantenere le proprie abilità sociali e relazionali. Il programma si articola nei Trattamenti Socio-Riabilitativi di Gruppo nonché in progetti e iniziative, realizzati in collaborazione con la rete sociale allargata: Associazione Irregolarmente, ARCI, Associazione Club Integriamoci, Polisportiva Integriamoci, UISP, ANPIS. La partecipazione degli utenti alle attività si articola in funzione del singolo progetto individuale.

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale con Trattamenti Semiresidenziali

CENTRI DIURNI	2011	2012	2013
Il Convento (S. Bartolo)			
Accessi	13.845	14.909	15.280
Pazienti	60	60	60
Maccaccaro (Ferrara)			
Accessi	4.795	5.077	6.226
Pazienti	92	94	101
TOTALE PAZIENTI	152	154	161

Gruppi Appartamento e Unità Abitative supportate

Il CSM utilizza numerosi gruppi appartamento e unità abitative per curare numerosi pazienti nel contesto normale della società secondo l'orientamento tipico della psichiatria di comunità che privilegia l'ottica della riabilitazione biopsicosociale territoriale. Questo tipo di trattamento riabilitativo è concordato con il paziente, la famiglia, l'amministratore di sostegno e le cooperative sociali con le quali il Dipartimento è in convenzione.

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale in Gruppi Appartamento e Unità Abitative

	2011	2012	2013
Gruppi Appartamento			
Posti letto	30	30	28
Pazienti	35	31	29
Unità Abitative			
Posti letto	20	20	28
Pazienti	20	21	31

Psichiatria Ospedaliera Universitaria

Nel DAI SMDP esistono due servizi di psichiatria ospedaliera, il **Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura** (15 posti letto c/o Azienda Ospedaliero-Universitaria - Arcispedale S. Anna) e il **Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo** (15 posti letto c/o Ospedale del Delta) che sono stati riorganizzati nell'Unità Operativa di Psichiatria Ospedaliera a Direzione Universitaria.

Queste due strutture rispondono alle necessità cliniche sia dell'urgenza psichiatrica e dipendenze patologiche sia dei ricoveri ospedalieri programmati di cittadini con disturbi in fase acuta.

Il SPOI garantisce anche un ricovero programmato per adolescenti con disturbo mentale su invio della Unità Operativa di Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza. Viene garantita la gestione coordinata tra lo SPOI e i SERT di un posto letto, 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.

Le due strutture hanno inoltre il compito di garantire l'attività di consulenza psichiatrica per persone ricoverate in tutti i reparti (degenza e servizi di Day-Hospital) medici e chirurgici dell'ospedale (sia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria - Arcispedale S. Anna sia dell'Ospedale del Delta) sia in urgenza che programmata. Il SPDC e il SPOI hanno inoltre il compito di "lavorare in rete" con tutte le altre strutture dipartimentali che dispongono di posti letto.

Il SPDC può accettare ricoveri sia volontari che in Trattamento sanitario Obbligatorio (TSO), mentre lo SPOI attua solo ricoveri su base volontaria (TSV).

In entrambi i reparti è disponibile una guardia psichiatrica attiva h. 24. La durata media di ricovero ospedaliero è sovrapponibile per entrambi i reparti è di circa due settimane.

Dimessi dai reparti di psichiatria (SPOI e SPDC) e tasso di ospedalizzazione

Azienda di residenza	2011			2012			2013		
	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab
Ferrara	947	313.325	30,2	842	312.549	26,9	808	310.777	26,0
Totale Regione	9.179	3.737.396	24,6	9.137	3.754.501	24,3	9.031	3.759.836	24,0

Dimessi dai reparti di Psichiatria, in regime ordinario, con età >=18 (compresa la mobilità passiva interregionale eccetto il 2013). Fonte SDO

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)

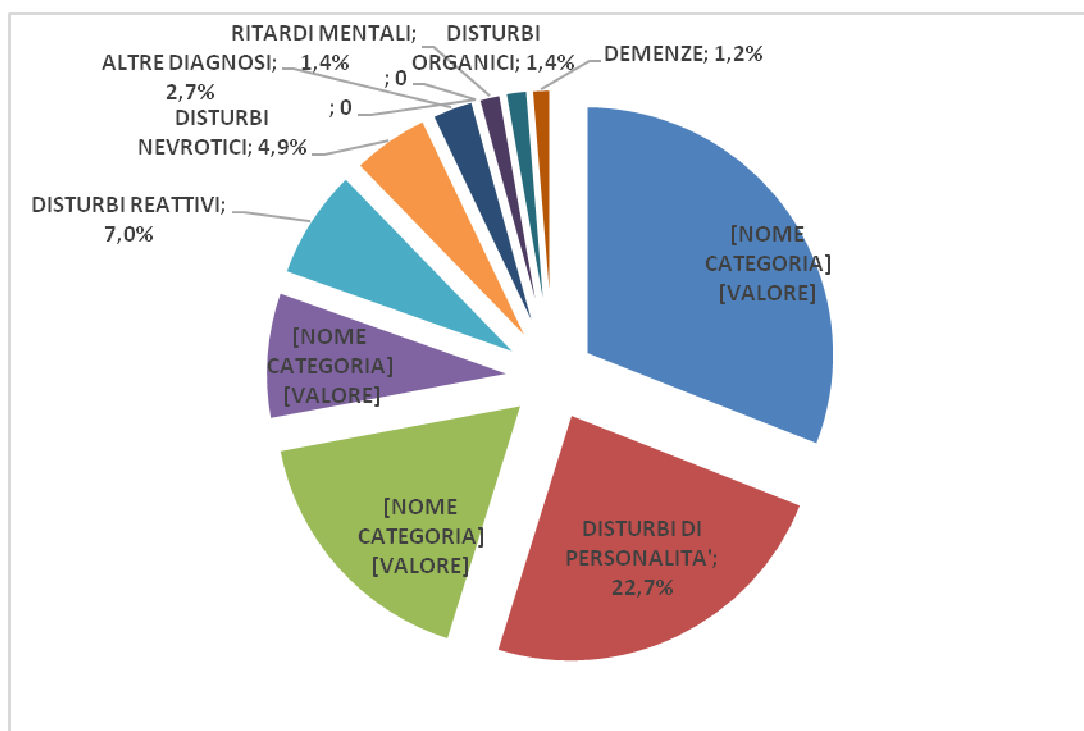
Spetta a questo servizio garantire il ricovero volontario (TSV) o in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) di pazienti con disturbi psichiatrici in fase acuta. Nel corso del ricovero vengono realizzati i trattamenti più appropriati, affinché il paziente usufruisca di un ambiente sicuro e terapeutico, sia dal punto di vista diagnostico-farmacologico, sia dal punto di vista dell'atmosfera relazionale.

Alla dimissione del paziente deve essere garantita la continuità terapeutica con il medico di riferimento dell'équipe territoriale del DAI SMDP.

Pazienti ricoverati in SPDC

SPDC	2011	2012	2013
Pazienti ricoverati	335	312	362
Ricoveri	485	423	489
Indice occupazione posti letto	98,61	97,98%	104,35%
Presenza media giornaliera	14,79	14,7	15,65

Ricoveri suddivisi per fasce di diagnosi. Anno 2013



FASCE DI DIAGNOSI	n.	%
PSICOSI	144	29,4%
DISTURBI DI PERSONALITA'	111	22,7%
DISTURBI AFFETTIVI	80	16,4%
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	39	8,0%
DISTURBI REATTIVI	34	7,0%
DISTURBI NEVROTICI	24	4,9%
ALTRE DIAGNOSI	13	2,7%
RITARDI MENTALI	7	1,4%
DISTURBI ORGANICI	7	1,4%
DEMENZE	6	1,2%
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	13	2,7%
IN OSSERVAZIONE	11	2,2%
TOTALE	489	100,0%

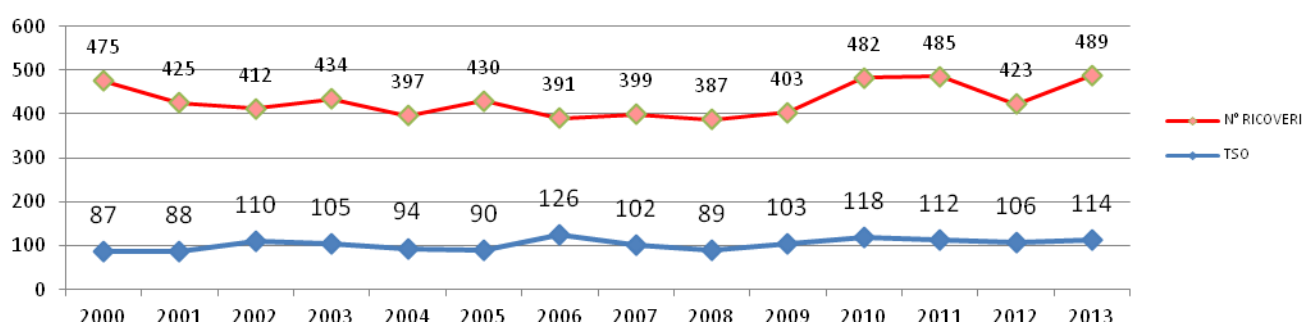
Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

L'applicazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) viene rivolto solo ai pazienti psichiatrici che 1) non hanno coscienza del proprio disturbo, 2) necessitano di interventi terapeutici rifiutati dal paziente stesso, 3) questi trattamenti debbono essere erogati solo in ambiente ospedaliero (Legge 833/79).

Pazienti con Trattamento Sanitario Obbligatorio

Aziende USL	anno 2013		
	TSO	Totale Dimessi SPDC	% TSO/Ricoveri
Ferrara	97	423	22,9
Totale Regione	985	6.987	14,1

S.P.D.C. Ferrara - Andamento dei ricoveri e dei ricoveri TSO - Periodo 2000-2013



L'analisi di questi dati evidenzia che il Dipartimento è costante nell'uso del TSO (min 87 ricoveri nel 2000 – max 114 nel 2013); in generale su 4 ricoveri 1 è in TSO.

Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI)

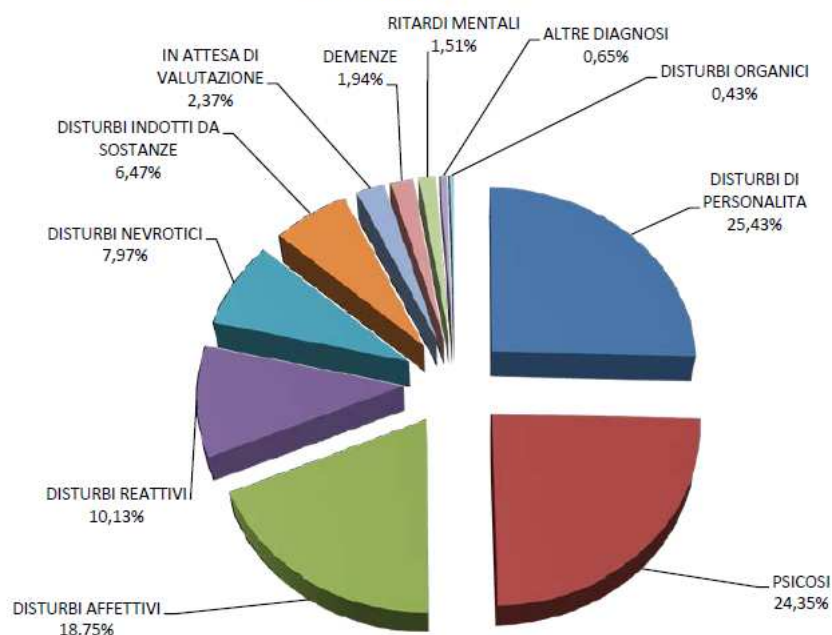
Spetta allo SPOI garantire il ricovero volontario (TSV) di pazienti con disturbi psichiatrici in fase acuta. Nel corso del ricovero vengono realizzati i trattamenti più appropriati, affinché il paziente usufruisca di un ambiente sicuro e terapeutico, sia dal punto di vista diagnostico farmacologico, sia dal punto di vista dell'atmosfera relazionale. Alla dimissione del paziente deve essere garantita la continuità terapeutica con il medico di riferimento dell'équipe territoriale del DAI SMDP.

Pazienti ricoverati in SPOI

SPOI	2011	2012	2013
Pazienti ricoverati	327	305	334
Ricoveri	463	433	466
Indice occupazione posti letto	98,90%	99,60%	100,11%
Presenza media giornaliera	14,84	14,94	15,02
Dimessi	484	496	489

Ricoveri suddivisi per fasce di diagnosi

Anno 2013



Fasce di Diagnosi	n°
DISTURBI DI PERSONALITÀ	118
PSICOSI	113
DISTURBI AFFETTIVI	87
DISTURBI REATTIVI	47
DISTURBI NEVROTICI	37
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	30
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	11
DEMENZE	9
RITARDI MENTALI	7
ALTRE DIAGNOSI	3
DISTURBI ORGANICI	2
Totale	464

Servizio Psichiatria di Consultazione (SPC)

Spetta a questo servizio garantire la risposta alle richieste di consulenza psichiatrica che provengono dai reparti di degenza e dai servizi di Day Hospital medici e chirurgici dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna e dell'Ospedale del Delta, incluso il coordinamento della attività di consulenza psichiatrica d'urgenza richiesta dal Pronto soccorso (Dipartimento di Emergenza) dei due suddetti poli ospedalieri.

CONSULENZE OSPEDALIERE	2011	2012	2013
Adulti	2.800	2485	2.447
Azienda Ospedaliera S. Anna	2.085	1861	1.895
Altri Ospedali (Delta e San Giorgio)	715	624	552
Minori	4	13	19

Servizio di Psiconcologia e Psichiatria nelle cure palliative

È inoltre gestito all'interno della Unità Operativa di Psichiatria Ospedaliera a direzione universitaria il programma assistenziale psichiatrico per persone affette da cancro e i loro familiari, svolto dal Servizio di Psiconcologia. Tale servizio svolge inoltre attività di collegamento per la componente psiconcologica con le varie attività svolte dalla Azienda Ospedaliero Universitaria (ad es. Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per cancro della mammella) e dalla Azienda USL (ad es. Tavolo Cure Palliative).

Sert – Programma Dipendenze Patologiche

Si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi legati al consumo problematico e alla dipendenza patologica da eroina, cocaina, alcol, poliabuso di sostanze chimiche, cannabinoidi e tabacco.

Garantisce la continuità del trattamento per i detenuti tossicodipendenti in carcere attraverso l'équipe carcere del Dipartimento e la prevenzione della mortalità e morbilità con interventi di riduzione del danno.

Il servizio affronta l'insieme dei problemi presentati dall'utente con un approccio biopsicosociale.

La persona è al centro dell'intervento dell'équipe multidisciplinare che affronta i problemi della salute, delle conseguenze psicologiche, familiari, legali e sociali causate dalla tossicodipendenza.

Il SerT lavora in rete con i servizi inter e intra dipartimentali per i casi in doppia diagnosi, i servizi sociali (ASP) e il sistema del privato sociale accreditato (Comunità Terapeutiche) attraverso il Programma Dipendenze Patologiche. Negli ultimi anni l'attenzione è rivolta anche alla dipendenza da gioco d'azzardo patologico (GAP). Sono in aumento, infatti, tipi di dipendenza sine substantia, che presentano tratti caratteristici in comune con la tradizionale dipendenza da sostanze stupefacenti.

Programmi di prevenzione mirata e interventi precoci, in collaborazione con Spazio Giovani, Promeco, Operatori di Strada, per interventi sul territorio non medicalizzati e per la presa in carico e cura per la fascia d'età 14-24 anni, nella consapevolezza che prima si interviene e più risulta favorevole l'evoluzione clinica.

Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati. Anni 2010/2013 - Età 15-64 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013	
	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo
Ferrara	6,8	8,4	6,8	8,4	6,2	8,2	5,8	8
RER	6,4	7,8	6,4	7,8	6,6	9,2	7	9,4

Il Servizio Tossicodipendenze (SerT)

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 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.

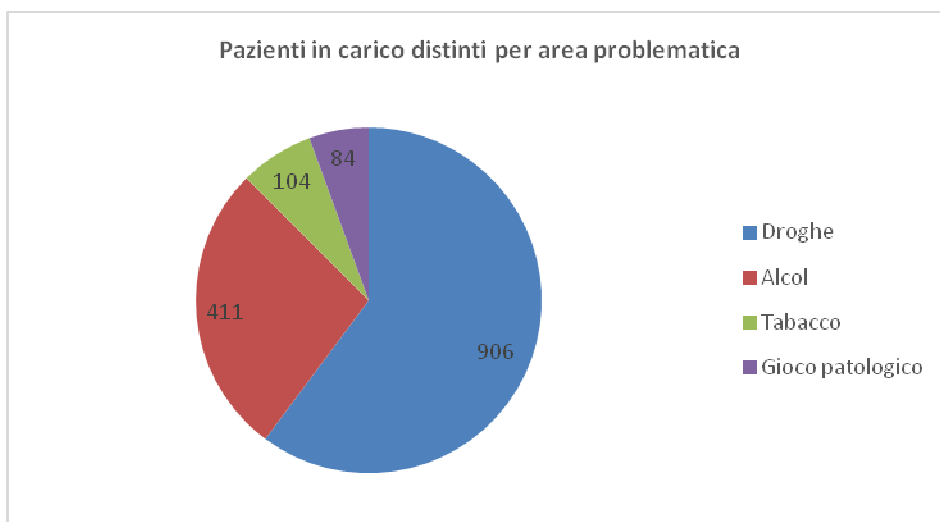
UTENTI SERT	Totale 2013	Totale 2012	Δ %
TOTALE PAZIENTI TRATTATI	2.223	2.205	+0,8
Nuovi pazienti presi in carico	289	336	-14,0
Ambulatoriali	253	286	-11,5
In carcere	36	50	-28,0
Pazienti già in carico	1.216	1.136	+7,0
Ambulatoriali	1.111	1.038	+7,0
In carcere	105	98	+7,1
TOTALE PAZIENTI IN CARICO	1.505	1.472	+2,2

Nel 2013 i servizi per le dipendenze patologiche hanno risposto alla domanda di trattamento proveniente da 2.223 utenti, 1.364 (61,4%) hanno seguito un programma terapeutico ambulatoriale, 141 in carcere (6,3%), 718 (32,3%) hanno ricevuto prestazioni in fase di osservazione e diagnosi o in fase di post dimissione o consulenza.

Tra i pazienti con un programma terapeutico il 60,2% presentava problematiche relative alla dipendenza da droghe e il 27,3% da alcol. Il 7% si è rivolto ai Centri Antifumo per la disassuefazione dal fumo di tabacco e il 5,6% per gioco d'azzardo patologico.

Pazienti in carico distinti per area problematica	Centro Nord	Sud Est	Ovest	Totale	%
Droghe	525	259	122	906	60,2%
Alcol	208	139	64	411	27,3%
Gioco patologico	67	10	7	84	5,6%
Tabacco*	104			104	6,9%
TOTALE	904	408	193	1.505	100%

*I Centri Antifumo per il trattamento della disassuefazione dal fumo di sigarette sono solo nel distretto Centro Nord



Accesso differenziato per Adolescenti e Giovani al SerT: In risposta all'aumento del consumo di sostanze tra la popolazione giovanile, per facilitare gli accessi al sistema di cura, 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. In particolare l'intervento precoce dedicato ai giovani mira all'inquadramento diagnostico e al lavoro integrato con le famiglie ad orientamento cognitivo comportamentale. Nel 2013 sono stati 140 i giovani che hanno seguito un percorso dedicato presso

i SerT; il 17,8% degli accessi è stato tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 17 anni e l'82,2% nella fascia d'età 18-24 anni.

Accesso differenziato per adolescenti e giovani	Centro Nord	Sud Est	Ovest	2013	%	2012	%
Giovani di età 15-17 anni con accesso al percorso dedicato	13	11	1	25	17,8	28	13,5
Giovani di età 18-24 anni con accesso al percorso dedicato	60	29	26	115	82,2	179	86,5
TOTALE	73	40	27	140	100%	207	100%

Monitoraggio della salute: L'invecchiamento della popolazione già in carico al SerT e l'arrivo di nuova utenza con problematiche diverse, ha imposto un ripensamento sul monitoraggio della salute e delle malattie infettive per procedere ad interventi precoci e più efficaci.

Lo screening proposto 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 disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina, viene proposta una eventuale valutazione ORL, l'elettrocardiogramma (Rx-Torace 2P più eventuale prova da sforzo) e la visita cardiologia.

Nel 2013 i pazienti inclusi nel percorso di screening sono stati 1.033, di questi 671 (65%) è stato sottoposto al monitoraggio dello stato di salute (134 nuovi utenti, 537 già in carico).

Monitoraggio della salute	Utenti da screenare	Utenti screenati 2013	Nuovi utenti	Utenti già in carico	%
Centro Nord	511	342	52	290	66,9%
Sud Est	382	238	55	183	62,3%
Ovest	140	91	27	64	65,0%
TOTALE	1.033	671	134	537	65%

Attività socio-riabilitativa: Nel corso del biennio 2012-2013 è stato portato a termine il progetto RELI, finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per la realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi, di **formazione-orientamento per l'avviamento al lavoro** di utenti in carico al SerT. Il progetto ha messo in rete le 6 Comunità accreditate del territorio con i 5 SerT e la Coop. Sociale Work and Services, con il coinvolgimento di 75 utenti impegnati in borsa lavoro. Il progetto si è concluso nel 2013, ha portato al consolidamento della rete dei servizi e al mantenimento delle opportunità promosse dalla sperimentazione.

Continuità Terapeutica in Carcere: L'attività di un'équipe carceraria, in rapporto con il SerT, garantisce l'assistenza alle persone detenute con problemi di dipendenza da sostanze. Nel 2013 i soggetti detenuti seguiti con un trattamento terapeutico sono stati 141, il 90% per droga e il 10% per alcol.

Pazienti con trattamento in carcere distinti per Area problematica	Nuovo	Già in carico	Totale
Droghe	35	92	127
Alcol	1	13	14
Totale	36	105	141

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; una 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.

Posti residenziali e semiresidenziali sanitari gestiti da privato sociale e accreditati RER per trattamento dipendenze patologiche

	Posti residenziali	Posti semiresidenziali	Totale
FERRARA	100	12	112
RER	1300	196	1496

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).

Dopo il percorso di accreditamento e la stipula degli accordi locali tra Aziende USL ed Enti gestori le procedure relative all'invio nelle strutture e alla gestione dei trattamenti residenziali/semiresidenziali sempre più spesso costituiscono il prodotto di un lavoro condiviso, fra pubblico e privato, finalizzato a garantire trattamenti più appropriati, dal punto di vista clinico ed organizzativo.

Inserimenti di pazienti SerT in strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali

	2013	2012	2011
Inserimenti presso Enti Accreditati Regionali			
Soggetti inseriti	90	76	91
Numero di ricoveri	117	104	105
Giornate totali	14.112	12.892	11.451
Inserimenti presso Altri Enti			
Soggetti inseriti	16	18	13
Numero di ricoveri	18	22	13
Giornate totali	3.747	4.748	2.565
Inserimenti di soggetti agli arresti domiciliari			
Soggetti inseriti	5	7	12
Numero di ricoveri	5	7	14
Giornate totali	539	1.033	2.269

Nel 2013 sono stati attivati 21 percorsi speciali (per 18 pazienti) post-comunitari a sostegno del reinserimento in regime non residenziale in Comunità Terapeutica. Le prestazioni erogate dalla C.T riguardano: inserimenti in appartamenti protetti, casa famiglia, colloqui individuali psicoterapeutici o educativi, sostegno nel reinserimento lavorativo.

Il nuovo programma regionale dipendenze patologiche (DGR n. 999/2011) orienta i Programmi Aziendali verso la programmazione congiunta con le strutture residenziali e l'attuazione di percorsi residenziali più brevi e personalizzati.

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.

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

Nel corso degli ultimi anni 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. La realizzazione di queste attività è avvenuta attraverso l'attivazione di una rete istituzionale che ha permesso di programmare e realizzare interventi nelle scuole (*Punto di vista: l'operatore a scuola*), sul territorio (*Servizi di Prossimità: Progetto FREE ENTRY*) e di offrire di spazi di ascolto rivolti ai giovani (*Progetto Asterix: interventi precoci in adolescenza*) e ai genitori (*Spazio di consulenza ai genitori di adolescenti*).

Questa esperienza troverà la sua integrazione formale nell'attuazione del progetto regionale adolescenza: dalla prevenzione, alla presa in carico precoce, alla cura finalizzato ai giovani compresi nella fascia di età 14-24 anni.

Progetto Punto di vista: l'operatore a scuola. 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". Si passa così da una logica di sollecitazione, stimolo e valorizzazione delle risorse, al potenziamento del patrimonio del singolo aumentando la capacità individuale di far fronte alle difficoltà all'interno del contesto scuola.

I progetti sono attivati e integrati sul territorio provinciale con l'obiettivo di prevenire e o di intervenire in modo integrato su situazioni di disagio con particolare riguardo all'uso di sostanze legali e illegali, alle difficoltà di integrazione nel gruppo classe, nelle prevaricazioni e nelle violenze, nelle difficoltà personali di relazione, nel supporto alle difficoltà nel percorso di crescita.

In particolare il progetto punto di vista, coordinato da Promeco, garantisce la presenza di un operatore (psicologo scolastico o educatore professionale o pedagogista), all'interno delle scuole secondarie di I° e II° grado con compiti di supporto agli insegnanti, alla direzione didattica e a gli studenti.

Il progetto ha coinvolto la maggior parte degli istituti del territorio su percorsi di integrazione dei gruppi classe (finalizzati alla prevenzione delle difficoltà relazionali, hanno lo scopo di favorire un clima di classe positivo prevenendo dinamiche relazionali distorte tra pari e nei confronti degli insegnanti) o percorsi in classi segnalate (di contrasto alle difficoltà relazionali in caso di dinamiche relazionali distorte tra il gruppo dei pari o di difficile gestione del gruppo da parte degli insegnanti).

Il progetto offre inoltre uno spazio di ascolto per studenti di riflessione guidata su situazioni di difficoltà nell'ambito del quale l'operatore offre un intervento di consulenza breve che la finalità di ri-orientare l'adolescente in difficoltà nella direzione di individuare strategie per fronteggiare il momento di crisi; per genitori rispondendo a situazioni problematiche riguardanti i figli o la comunicazione tra scuola e famiglia. Infine con la consulenza insegnanti, viene offerto un confronto rispetto alla gestione della classe o a situazioni personali di alcuni studenti.

Interventi nelle scuole - Anno scolastico 2012/2013

	Prevenzione comportamenti a rischio	Accoglienza ed integrazione	Percorsi in classe segnalate	Consulenza studenti	Consulenza insegnanti	Consulenza ai genitori
Studenti raggiunti						
Scuole secondarie di I°	1250	700	550	193	115	143
Scuole secondarie di II°	2.025	1875	1125	402	159	124
Classi raggiunte						
Scuole secondarie di I°	50	28	22	460	285	265
Scuole secondarie di II°	81	75	45	1127	186	186

Spazio di consulenza ai genitori di adolescenti: 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. Gli interventi di consulenza hanno lo scopo di sostenere e sviluppare le potenzialità dei genitori, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta. Lo spazio di consulenza si occupa in particolare di gestione delle regole e di situazioni conflittuali, di attivazione degli equilibri delle funzioni genitoriali, di mediazione tra scuola e famiglia e di riadattamento individuale e della coppia alla fase evolutiva dei figli.

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).

Gli incontri di consulenza vengono realizzati nella sede di Promeco, luogo non connotato da un punto di vista "sanitario", dove è più semplice sviluppare relazioni empatiche più legate alla faticosa normalità.

Nel 2013 sono state seguite 108 famiglie, incontrate 208 persone e sono stati realizzati 368 incontri.

Per quanto riguarda le persone incontrate, spesso si tratta di coppie di genitori che necessitano di riflettere sul loro agire educativo quotidiano, ripensare e ritrovare una importante "sinergia" nelle indicazioni educativo-valoriali, ricercando un diverso equilibrio, in cui implementare a volte il ruolo paterno così importante in questo periodo evolutivo. In collaborazione con le scuole nell'anno scolastico 2012/2013 sono stati realizzati 6 seminari dal titolo "Figli adolescenti che crescono" ai quali hanno partecipato 410 genitori.

Progetto Genitori	2011	2012	2013
Famiglie incontrate	82	68	108
Partecipanti laboratori	45	n.d.	410
Persone incontrate	169	115	208
Incontri realizzati	224	197	368

Progetto Asterix: interventi precoci in adolescenza: Il progetto è promosso dal SerT di Ferrara, nell'ambito dell'attività di prevenzione delle tossicodipendenze con interventi precoci integrati tra gli operatori di strada, lo Spazio Giovani dell'Azienda USL di Ferrara, Area Giovani e Promeco del Comune di Ferrara.

La finalità del progetto è prevenire lo sviluppo, in adolescenti con comportamenti a rischio, di atteggiamenti problematici, rinforzando i fattori protettivi individuali e favorendo la consapevolezza e l'elaborazione dei propri vissuti emotivi.

Il progetto si rivolge a giovani in fase di iniziale consumo di sostanze che frequentano il SerT e inviati dalla Prefettura nell'ambito delle procedure previste in materia di tossicodipendenza, o con difficoltà psicologiche, sociali, comportamentali segnalati da Spazio Giovani, Area giovani, Servizio Materno Infantile, Promeco (progetto Punto di vista), Scuole.

Il Gruppo, misto di maschi e femmine, è aperto e prevede un numero minimo di 5-6 persone e un numero massimo di 12. Gruppi differenziati per età compresa tra 15-18 e 19-24. La conduzione del gruppo è affidata a tre operatori del SerT e una psicologa di Spazio Giovani. Al fine di un supporto rivolto al buon esito dell'esperienza, ai partecipanti viene data l'opportunità di un lavoro con le famiglie.

Il progetto utilizza una metodologia di intervento integrata, secondo l'approccio sistemico-relazionale e biosistemico (attività psicocorporea, elaborazione cognitiva, vissuti emozionali). Sono previsti colloqui individuali, gruppi di lavoro, laboratori, attività esterne, incontri con le famiglie.

Negli ultimi tre anni i ragazzi che hanno frequentato il gruppo sono stati complessivamente 15, con un'età compresa tra i 15 e i 17 anni. Le Problematiche presentate hanno riguardato: disagi familiari a seguito di separazione dei genitori; disturbi alimentari; disagi relazionali.

L'attività di gruppo si è incentrata principalmente su giochi animativi di conoscenza reciproca; esercizi biosistemici per accrescere il senso di fiducia e di appartenenza al gruppo; discussione e confronto sulle tematiche emerse (famiglia e rapporti difficili con i genitori); le relazioni con i pari; scelte e decisioni rispetto al futuro. La specificità di questo intervento è quella di essere precoce, a bassa soglia, indirizzato agli adolescenti in situazioni emotive e relazionali difficili, con comportamenti a rischio o di addiction. Il progetto

promuove le competenze pro sociali e life skills (solidarietà, ascolto, cooperazione), lo sviluppo delle capacità critiche e l'assunzione di responsabilità nei comportamenti.

Si tratta di costruire un servizio non medicalizzato per l'identificazione e trattamento di soggetti a rischio di dipendenza patologica, di disagio sociale, psicologico-relazionale, disturbi del comportamento alimentare, e in fase prodromica di disturbo mentale.

Servizi di Prossimità: Progetto FREE ENTRY. Il progetto operatori di strada è attivo sul territorio ferrarese ormai da 15 anni. A partire dal 2013, ha cambiato denominazione diventando Progetto Free Entry ed estendendo la propria area di intervento su tutta la Provincia ferrarese. Gli interventi oltre che a Ferrara sono stati effettuati a Copparo, Portomaggiore, Comacchio, Bondeno e Cento.

FREE ENTRY O "ENTRATA LIBERA" ESPRIME L'IDEOLOGIA ALLA BASE DEL PROGETTO CHE SI FA FORZA DI PAROLE CHIAVE COME SERVIZIO DI PROSSIMITÀ, ACCESSO LIBERO AL SERVIZIO, PRESENZA NEI LUOGHI DEL DIVERTIMENTO E DELL'AGGREGAZIONE, UTILIZZO DI UN APPROCCIO COMUNITARIO, RELAZIONE COME STRUMENTO CENTRALE DEL PROPRIO INTERVENTO.

L'obiettivo principale del progetto rimane la prevenzione di comportamenti a rischio legati all'assunzione di sostanze alcoliche e psicoattive e, più in generale, quello di attivare processi educativi atti a favorire ed incoraggiare comportamenti responsabili nell'utilizzo del tempo libero e dei momenti di svago.

Il servizio è realizzato con il supporto di 3 operatori di strada e 1 unità mobile, che in collaborazione con gli Enti Locali, il privato sociale, le associazioni garantiscono interventi di prossimità a quella fascia di consumatori, sperimentatori soprattutto giovani, che per scelta o per difficoltà non si rivolge ai servizi ma che necessita comunque di risposte e di accompagnamento per lo sviluppo della capacità critica e di scelta.

I contesti di intervento del Servizio di prossimità sono diversi e molteplici, caratterizzati dalla flessibilità di orari e destinatari: luoghi del divertimento collaborando con le agenzie che a vario titolo si occupano del divertimento (gestori locali, discoteche); contesti di aggregazione giovanile, scuole e autoscuole con interventi di prevenzione secondaria/selettiva (picometro, etilometro), sensibilizzazione e informazione (distribuzione di materiali informativi); spazi pubblici dove è presente marginalità sociale con interventi di mediazione sociale sul territorio e di riduzione danno.

La presenza di un servizio di prossimità può esprimere le sue potenzialità tanto più efficacemente quanto più si inserisce in una rete che comprende i servizi di cura ma anche le associazioni e tutte le energie vive e positive che il territorio può esprimere.

I progetti che sono stati realizzati nel 2013 sono i seguenti:

Progetto Mondo della notte: 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. Con questo progetto vengono attivati processi educativi atti a favorire ed incoraggiare comportamenti responsabili nell'utilizzo del tempo libero e dei momenti di svago; aumentare l'informazione dei giovani consumatori e non rispetto ai rischi connessi all'utilizzo di bevande alcoliche o di sostanze stupefacenti; offrire opportunità di ripensamento, informazione personalizzata, confronto diretto rispetto a proprie condotte di consumo di sostanze; aumentare il livello di consapevolezza sui rischi della guida sotto l'effetto di alcol e di altre sostanze; offrire informazioni e ridurre i rischi sui rapporti sessuali non protetti, attraverso la promozione dell'utilizzo del profilattico, in particolare in relazione al consumo/abuso di droghe alcol; responsabilizzare i gruppi giovanili ad un "divertimento sicuro" aumentando il numero di gruppi target che si avvalgono della pratica del guidatore di turno e altre modalità di "ritorno sicuro".

I principali contesti di intervento relativi a questa area di progetto sono stati per il 2013: il "mercoledì sera universitario" in Piazza Trento Trieste, gli stabilimenti balneari dei Lidi ferraresi, le fiere paesane di Portomaggiore e Copparo "Settembre Copparese"; feste della birra a Portomaggiore; festival musicale "Buskers Festival"; manifestazione eno-gastronomica Lido degli Estensi.

Complessivamente nel 2013 sono state effettuate 34 uscite, 1841 (73% maschi, 27% femmine) prove etilometriche; 2751 contatti (numero complessivo di persone che si sono rivolte all'unità di strada per fare l'etilometro sommate a quelle che hanno richiesto consulenze, hanno ritirato materiale informativo, ecc.).

A sottoporsi alla prova dell'etilometro sono soprattutto giovani tra i 18 e i 25 anni (59%) che rappresentano la fascia di popolazione che maggiormente popola i contesti di aggregazione in cui vengono svolti gli interventi.

La maggioranza delle persone che si sono sottoposte all'alcoltest hanno dichiarato di aver mischiato nell'arco della serata più bevande alcoliche diverse sia per tipologia che per gradazione alcolica (36% Mix).

Dal confronto tra i comportamenti dichiarati dai guidatori prima e dopo la prova etilometrica, si è osservato come l'intervento degli operatori abbia influito fortemente nella decisione dei guidatori di non mettersi alla guida. Questo dato è ancora più rilevante se si prendono in considerazione solo i neopatentati dove il numero di guidatori che decidono di cedere le chiavi è quasi triplicato dopo la prova con l'alcoltest.

La maggior parte delle consulenze effettuate dagli operatori si sono concentrate sull'alcol (effetti, rischi, modalità di assunzione, fattori che influenzano il tasso alcolemico ecc.) e sulla legge relativa alla guida in stato di ebbrezza, viste anche le diverse modifiche della normativa approvate nel corso degli ultimi anni. Tali modifiche hanno creato confusione ed incertezza nei giovani contattati, che si sono rivolti all'unità di strada per avere informazioni aggiornate e corrette sull'andamento della legislazione relativa alla guida in stato di ebbrezza.

Per quanto riguarda l'alcol sono state date informazioni specifiche in relazione alle caratteristiche del target con particolare attenzione ai fattori che possono influenzare e determinare i diversi tassi alcolemici (sesso, età, peso corporeo, assunzione prima o dopo i pasti). Si è inoltre rilevata la necessità di sfatare una serie di false credenze e luoghi comuni che circolano tra i ragazzi relativi allo smaltimento, agli effetti e ai danni causati dall'abuso di alcol.

Rispetto alle consulenze sul tema delle sostanze alcune novità riguardano le richieste di informazioni rispetto alla cannabis sintetica, al mefedrone e a nuove sostanze sintetiche presenti sul mercato illegale.

Molte consulenze sono state effettuate dagli operatori sul tema del gioco d'azzardo patologico. Sembrano essere molti i giovani che giocano, on line e nelle sale scommesse, e che cominciano ad interrogarsi rispetto alla propria modalità di approccio all'azzardo. Rimane diffusa la convinzione che si tratti di un vizio e non di una vera e propria dipendenza.

Per quanto riguarda la legge, il maggior interesse dei giovani si è focalizzato sulle conseguenze legali relative alla detenzione e all'uso dei derivati della cannabis.

Unità di Strada	2011	2012*	2013
Operatori	3	3	3
Uscite	42	24	34
Contatti	3.315	1.445	2.751
Consulenze	1.934	883	1.522
Prove etilometriche	2.209	968	1.841
Materiali informativi distribuiti	7.141	2.009	4.752
Profilattici distribuiti	2.622	1.678	2.622

* nel 2012 gli operatori hanno avuto il contratto per 7 mesi su 12

Progetto autoscuole "don't drink and drive": prevede interventi info-educativi finalizzati ad informare e sensibilizzare gli allievi delle autoscuole sui rischi connessi alla guida in stato di alterazione psicofisica. Un intervento di prevenzione rivolto alle autoscuole risulta essere di forte efficacia per favorire un atteggiamento critico e un aumento di consapevolezza nei confronti di comportamenti a rischio quali l'abuso di alcol e droghe prima di mettersi alla guida. Nel 2013 il progetto ha coinvolto 5 autoscuole (Pontelagoscuro, Ferrara, Bondeno, Cento, Copparo). Sono stati effettuati 11 interventi, ai quali hanno partecipato 176 allievi, sono stati distribuiti 700 materiali informativi e 200 etilometri monouso.

Interventi di riduzione del danno: 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. I soggetti tossicodipendenti vengono contattati nei luoghi del consumo con un camper per offrire materiale sanitario sterile, materiale sanitario per medicazioni, raccogliere e scambiare siringhe, distribuire generi alimentari. Mantenere un contatto con questo tipo di utenza permette di creare una sorta di "ponte" tra la strada e i servizi favorendo percorsi di presa in carico.

Interventi educativi e formativi sul gioco d'azzardo: Il progetto Free Entry è intervenuto in occasione dell'inaugurazione dell'università popolare di Fiesse Umbertiano (RO) con un intervento di formazione sul gioco d'azzardo. La lezione era divisa in due parti: una parte informativa sul gioco d'azzardo, (caratteristiche, rischi, influenza dei media, probabilità di vincita ecc.); una parte clinica di descrizione della patologia e delle modalità di intervento clinico.

Giornata mondiale contro l'Aids: "write aids story": "Write Aids Story" nasce con l'obiettivo di raccogliere le opere più significative che hanno caratterizzato i 4 anni del concorso "Write Aids" promosso dalla Commissione Interaziendale Aids. Il concorso, a partire dal 2009, ha cercato di sensibilizzare l'opinione pubblica offrendo la possibilità ai partecipanti di esprimere la propria sensibilità sul tema con scritti, articoli, testimonianze, foto, opere grafiche, video, documentari, spot ecc. La mostra composta da 8 pannelli con 32 immagini è stata inaugurata venerdì 29 novembre 2013 presso il Cortile D' Onore del Castello Estense di Ferrara ed è rimasta visibile al pubblico fino al 1 Dicembre, Giornata Mondiale contro l'Aids. Oltre alle opere grafiche è stata allestita una postazione video con proiezioni di filmati, spot e documentari. I visitatori sono stati 250 circa e sono state distribuiti 1000 brochure su hiv/aids e 500 profilattici. La mostra sarà itinerante e verrà allestita nel corso del 2014 nelle scuole di Ferrara con l'obiettivo di sensibilizzare e mantenere viva l'attenzione, soprattutto dei più giovani, su una tematica sempre più trascurata dai media ma ancora drammatica nella sua evoluzione quotidiana.

Progetto di Modernizzazione "Verso una comunità di pratica virtuale tra agenti di cura": Intervento per incrementare l'efficacia dell'invio dei soggetti in carico ai SerT e agli enti privati accreditati per le dipendenze

Con il progetto REX Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze, sono stati condivisi requisiti di qualità e appropriatezza per gli inserimenti dei pazienti dei SerT nelle strutture private Accreditate. In particolare la richiesta di condivisione della valutazione diagnostica tra SerT e strutture residenziali e del progetto terapeutico tra SerT strutture e paziente ha richiesto la realizzazione di uno studio pilota in grado di sperimentare un modello di comunicazione in grado di garantire la trasmissione/condivisione del profilo di salute dei pazienti, il confronto tra operatori e la condivisione con il paziente del progetto terapeutico riabilitativo.

Il progetto di modernizzazione mira alla realizzazione di un sistema di comunicazione tra professionisti supportata da un network comunitario telematico, con una ricaduta sui processi di knowledge management aggiungendo così valore alle organizzazioni (trasferire buone prassi e sviluppare competenze professionali).

A partire dai sistemi informativi esistenti (SistERSERT e SistERCT) il progetto sta sperimentando l'implementazione di una piattaforma informatica in grado di assicurare il passaggio sistematico delle informazioni della cartella clinica informatizzata integrata (SerT e Strutture del privato sociale accreditato), al fine di attivare una condivisione delle informazioni relative ai processi terapeutici primari.

La metodologia prevede la conduzione di focus group professionali per la ottimizzazione dei requisiti del progetto REX, la definizione/condivisione dei flussi informativi tra SerT-Comunità, l'adattamento e la sperimentazione della piattaforma informatica per supportare i flussi (da SistER a SistERCT e viceversa), l'attivazione di processi comunicativi fra pubblico e privato accreditato della Regione Emilia-Romagna finalizzato alla condivisione virtuale della pratica terapeutica tra agenti di cura (facilitare la discussione dei casi tra operatori di enti diversi in videoconferenza).

Il progetto consentirà la condivisione dei processi di cura garantendo la storicizzazione delle informazioni relative al paziente in una ricomposizione del percorso terapeutico dalla fase della proposta terapeutica, all'eventuale modifica del trattamento, fino alla dimissione, migliorando lo scambio comunicativo tra operatori ottimizzando il confronto sui casi, e tra operatori e paziente con un incremento della compliance al trattamento.

Equipe integrata dipartimentale su casi complessi. E' stata costituita una équipe integrata dipartimentale per lo sviluppo del protocollo sulla gestione dei casi in doppia diagnosi e la sperimentazione di interventi integrati su casi complessi in carico ai SerT e ai Centri di Salute Mentale.

Salute Mentale e Riabilitazione Infanzia e Adolescenza – Uonpia

Nella provincia di Ferrara l'attività di neuropsichiatria e psicologia clinica dell'infanzia-adolescenza è erogata dall'Ausl tramite una Struttura Complessa del DAISMDP. L'ambito di attività si svolge all'interno dei requisiti specifici stabiliti dal DRG 911/2007. Gli obiettivi di lungo periodo si riferiscono alla programmazione regionale, mentre quelli di breve periodo riflettono anche le esigenze di budget aziendale.

La riorganizzazione dipartimentale 2013 valorizza i percorsi di accoglienza, valutazione e trattamento per l'infanzia-adolescenza consolidati negli anni precedenti. L'obiettivo è prevenire le eventuali conseguenze nell'età adulta del disagio e della disabilità riscontrate nell'età dello sviluppo. Alle famiglie che chiedono consulenza e trattamenti specifici si offre un colloquio informativo di accesso da parte di un dirigente medico o psicologo liberamente prenotabile presso tutte le sedi CUP di Ferrara e provincia, o telefonicamente allo 0532 975 123. L'eventuale urgenza va semplicemente attestata con l'apposita richiesta del medico di medicina generale, pediatra o altro specialista. I tempi d'attesa si mantengono da anni tra i più bassi della Regione Emilia-Romagna e hanno un andamento stagionale legato all'anno scolastico.

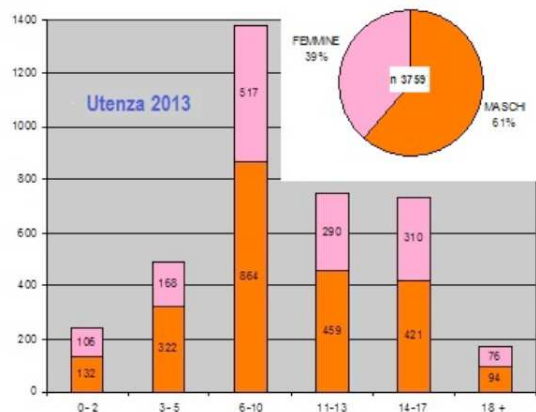
La comunicazione interna si realizza in incontri di équipe in ciascun Polo di erogazione territoriale: Ferrara-Messidoro, Copparo-Casa della salute, Codigoro-Comacchio, Portomaggiore-Casa della Salute e Centro-Bondeno. Periodicamente vi sono incontri di coordinamento UONPIA e tra i vari gruppi professionali di questo servizio multidisciplinare. La comunicazione con le famiglie e gli operatori del sistema educativo-socio-sanitario integrato che caratterizza la realtà locale s'impenna sulla stesura di documenti sanitari elaborati dai dirigenti psicologi e medici dell'UO in collaborazione con il comparto educativo-riabilitativo (educatori professionali, fisioterapisti, logopedisti).

La tabella che segue indica una sostanziale costanza nel numero di nuovi pazienti nuovi e di quelli già seguiti dall'UO. L'andamento delle prestazioni erogate e del numero di giornate residenziali e semiresidenziali è soggetto a oscillazioni anche marcate, queste ultime anche a motivo del numero contenuto di casi a cui si riferiscono e al fatto che più trattamenti potrebbero essere riferiti allo stesso paziente:

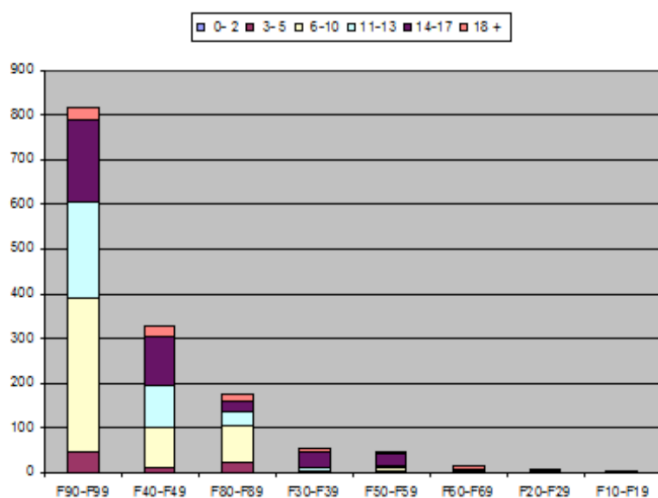
UONPIA	2012	2013
Pazienti presi in carico	530	614
Pazienti già in carico	2.140	2316
Pazienti in carico totali	2.670	3.782
Prestazioni complessive	53.257	45.185
Consulenze ospedaliere	13	19
Pazienti Residenziali e Semi-Residenziali	27	29
Giornate complessive	4.649	6.435

Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati. Anni 2010/2013 - Età <=17 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013	
	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo
Ferrara	90	90	94	94,4	93,2	93,6	97,2	97,2
RER	69,8	69,6	71,6	72	77,8	77,4	82,8	83,6



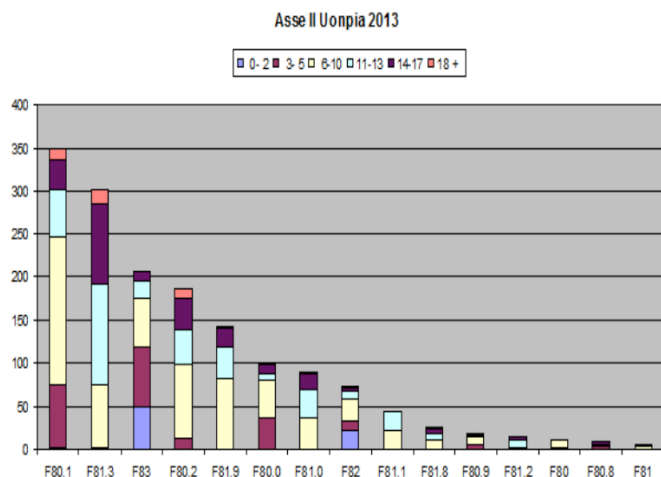
Nel corso del 2013 l'UO vede **3759** utenti almeno una volta, 61% maschi e 39% femmine, e il 40% è teenager



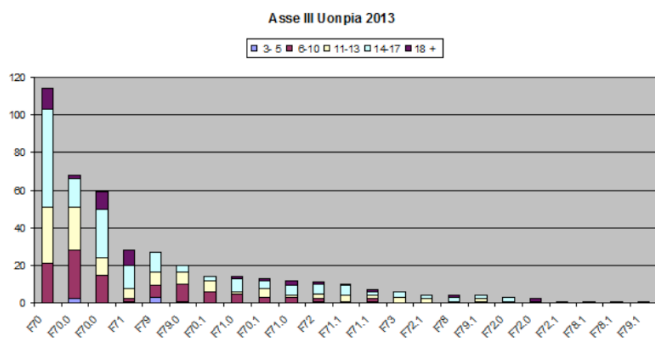
In Asse I si registrano **1438** diagnosi. Le diagnosi prevalenti sono quelle riguardanti i disturbi dell'attenzione-iperattività e della condotta:

- Esternalizzanti 355
- Autismo 155
- DCA 40

Si vedano le tabelle in calce per i dettagli

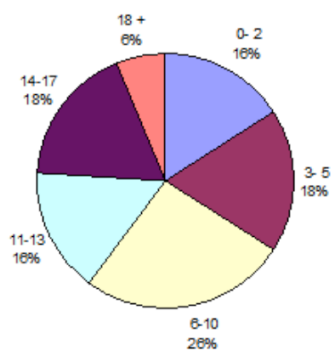


In Asse II ricorrono **1565** diagnosi. Le diagnosi prevalenti sono il disturbo del linguaggio espressivo e il disturbo misto delle capacità scolastiche. I disturbi specifici della lettura (F81.0) sono < 100



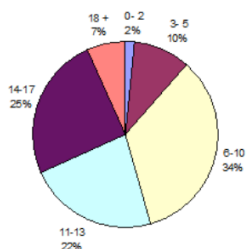
In Asse III ci sono **424** diagnosi, e prevale quella di ritardo mentale lieve

Asse IV Uonpia 2013



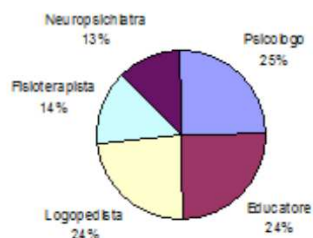
In Asse IV vi è molta dispersione delle **704** diverse diagnosi registrate. Le diagnosi che ricorrono una sola volta sono 104. Quelle con 10 o più casi sono le seguenti: Distur. correlati a breve gestaz. e a basso peso alla nascita n.c.a., Sindrome di down, Anomalie cromosomiche di altro tipo non classificate altrove, Epilessia e sindromi epilettiche generalizzate di altro tipo, Emiplegia infantile, Ipoacusia neurosensoriale bilaterale, Ipoacusia bilaterale, Malattie del sistema muscolo-scheletrico, Condizioni di altro tipo sorte nel periodo perinatale, Epilessie, Diplegia spastica, Deformazioni congenite del piede, Epilessia idiopatica e sindromi epilettiche generalizzate, Paralisi cerebrale discinetica, Cecità e ipovisione, Malformazioni cerebrali congenite di altro tipo (in ordine decrescente di frequenza)

Asse V Uonpia 2013



In Asse V oltre la metà delle **1335** diagnosi riguardano teenager

Prestazioni Uonpia 2013 (n 45185)



Delle **45185** prestazioni il 38% risultano erogate dai dirigenti np e ps, e il 62% dagli operatori del comparto (ed, lg, ft, trp)

La tabella e i grafici che seguono, ricavati dal sistema informativo Elea, indica il numero i pazienti con trattamento in corso distinti per diagnosi specifica:

Alcune diagnosi specifiche (numero di casi con trattamento in corso)

AUTISMO		0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	18+	Totale
F84	Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico			2	1			3
F84.0	Autismo infantile		11	31	13	10	4	69
F84.1	Autismo atipico		1	2	2		1	6
F84.2	Sindrome di rett					1	1	2
F84.3	Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo				1			1
F84.4	Sindr.iperatt.associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati		1	5	3		1	10
F84.5	Sindrome di asperger			4	5	2		11
F84.8	Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psic. Di altro tipo			4			1	5
F84.9	Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psic. Non specific.		10	27	3	3	5	48
Totale		0	23	75	28	16	13	155
ESTERNALIZZANTI		0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	18+	Totale
F90	Sindromi ipercinetiche			2	2	1	1	6
F90.0	Disturbo dell'attivita' e dell'attenzione			80	39	18	5	142
F90.1	Disturbo ipercinetico della condotta			3	8	6		17
F90.8	Sindromi ipercinetiche di altro tipo				5	4	1	10
F90.9	Sindromi ipercinetiche non specificate		1	8	1			10
F91	Disturbi della condotta				1	1		2
F91.0	Disturbo della condotta limitato al contesto familiare		1			4		5
F91.1	Disturbo della condotta con ridotta socializzazione				2	4		6
F91.2	Disturbo della condotta con socializzazione normale				1	2		3
F91.3	Disturbo oppositivo provocatorio		14	54	20	21	1	110
F91.8	Disturbi della condotta di altro tipo			1		3		4
F91.9	Disturbi della condotta non specificati				1	1		2
F92	Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale			4	2	1		7
F92.0	Disturbo della condotta depressivo				2	8		10
F92.8	Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale di altr.tip			3	3	8		14
F92.9	Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale non specif.				2	4	1	7
Totale		0	16	155	89	86	9	355
DCA		0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	18+	Totale
F50	Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare		1			3	1	5
F50.0	Anoressia nervosa					12	2	14
F50.1	Anoressia nervosa atipica					1	1	2
F50.2	Bulimia nervosa					1		1
F50.4	Iperalimentazione associata a disturbi psicologici di altro tipo				2	3	1	6
F50.8	Sindromi e disturbi da alterato comportamen. Aliment.di altro tipo			1	2	3		6
F50.9	Sindromi e disturbi da alterato comportamen. Aliment.non specific.		1		2	3		6
Totale		0	2	1	6	26	5	40

I casi gravi e complessi che richiedono un ricovero specialistico sono indirizzati all'unica struttura psichiatrica accreditata per i minorenni dalla Regione, a Modena (privata e non aperta all'urgenza), se i reparti pediatrici e psichiatrici adulti dell'Ospedale di Cona non sono in grado di accoglierli.

	2012			2013		
	Ricoveri	Giorni Degenza	Pazienti ricoverati	Ricoveri	Giorni degenza	Pazienti ricoverati
Ricoveri Residenziali Minori						
Altre Residenze non definite (minori- psichiatrici)	8	1.300	8	21	2.932	13
Altre Residenze non definite (minori - handicap)	19	3.349	19	18	3.503	16
Totale	27	4.649	27	39	6.435	29

Il trend incrementale del fabbisogno qualitativo e quantitativo di ricoveri ospedalieri NPIA è segnalato da: Fattori demografici, Incremento delle situazioni sottoposte a ordinanza del Tribunale dei Minori, Carenza di strutture socioeducative a valenza anche sanitaria per minorenni in provincia.

Un sistema opportunamente articolato riduce le avversità quando si deve trovare la collocazione appropriata per un bambino o un adolescente aggressivo verso sé o altri, e non sia possibile od opportuna la presenza costante di un familiare, rendendosi così necessario un ambiente sicuro e sorvegliabile in continuazione da parte di personale professionalmente competente nelle problematiche dell'infanzia-adolescenza.

Disturbo autistico - L'attività a favore di bambini e ragazzi con disturbo autistico riguarda 156 casi. Di questi 16 hanno oltre 18 anni e sono seguiti da UONPIA in consulenza a scuola nell'ambito della rete assistenziale per l'età adulta.

Sesso	3-5	6-10	11-13	14-17	18+	Totale	
Femmine	8	10	5	4	3	30	19%
Maschi	15	62	23	13	13	126	81%
Totale	23	72	28	17	16	156	

Gli interventi sui casi sono individuali e di gruppo. Ai casi neo diagnosticati è offerto un ciclo di parent training. Oltre alle visite e ai colloqui ambulatoriali si effettuano incontri con gli insegnanti a scuola nell'ambito dei benefici della legge 104/1992. L'attività riabilitativo-educativa è a cicli ripetibili e modellata sulle indicazioni regionali per il trattamento psicoeducativo integrato da elementi ABA.

Ai cicli educativo-riabilitativi si accede con lista d'attesa interna distinta nelle fasce 3-7 e 8-17 anni. Il trattamento di gruppo è condotto con 3-5 bambini e 2 operatori prevalentemente educatori professionali, coadiuvati da personale del servizio civile e tirocinanti. Gli obiettivi dell'intervento di gruppo sono simili a quelli dell'intervento individuale, arricchiti dell'aspetto socializzante che per molti bambini e ragazzi con autismo è più una finalità che non uno strumento di apprendimento.

Attività a favore di bambini con disturbo specifico dell'apprendimento (DSA)

Il confronto tra i dati del sistema informativo dell'UO del 2012 e 2013 indicano un aumento del trend di bambini e ragazzi con disturbo specifico dell'apprendimento (anche come diagnosi accessoria): da 552 a 597. Vi è invece stata un quasi dimezzamento nelle richieste di valutazione della conformità delle diagnosi di professionisti privati: da 179 a 95 in relazione all'avvio del Centro DSA a ottobre del 2013, con l'invio di 67 nuovi utenti che erano rimasti in attesa. Dei 162 valutati dal Centro DSA, 20 sono poi entrati o rientrati all'UO.

Prodotti DSA seguiti da UONPIA (gennaio-settembre 2013)

<i>Anno 2012</i>	<i>6-10</i>	<i>11-13</i>	<i>14-17</i>	<i>18 +</i>	<i>Totale</i>	<i>Anno 2013</i>	<i>6-10</i>	<i>11-13</i>	<i>14-17</i>	<i>18 +</i>	<i>Totale</i>
Femmine	70	66	48	11	195	Femmine	65	68	57	13	203
Maschi	117	106	107	27	357	Maschi	111	141	114	28	394
Totale	187	172	155	38	552	Totale	176	209	171	41	597

Centro di alta specializzazione per diagnosi e trattamento Disturbi Specifici Apprendimento (DSA) e valutazioni neuropsicologiche complesse (dati di attività ottobre-dicembre 2013)

Il Centro DSA che appartiene al Programma di Psicologia Clinica e di Comunità ha iniziato a lavorare a pieno regime nell'ottobre 2013. In questo periodo sono stati visti 162 nuovi casi di cui 58 appartenenti al Distretto Centro Nord, 54 al distretto Ovest e 50 al Sud Est.

Tra i nuovi casi 95 si sono rivolti al Centro DSA con accesso diretto (indirizzati dalle scuole o dai Pediatri di libera scelta o da UONPIA su telefonate per informazioni dei genitori) e 67 sono stati inviati da UONPIA dopo colloquio informativo di accesso. I casi inviati dal Centro DSA a UONPIA dopo la valutazione sono stati 20, di cui 8 del Centro Nord, 6 dell'Ovest e 6 del Sud Est.

Disturbi del Comportamento Alimentare strutturati a rete nella provincia di Ferrara

L'Azienda USL di Ferrara ha organizzato l'assistenza per la popolazione adulta con DCA all'insegna di una stretta integrazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Ha pertanto elaborato il "Protocollo di Collaborazione tra il Centro DCA dell'Azienda Ospedaliera Universitaria e il Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche" che regola il flusso dei pazienti di età > 18 anni. L'assistenza ai pazienti di età < 18 anni è organizzata nel seguente modo: da parte territoriale c'è un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) che collega l'Unità Operativa NPIA e l'Ambulatorio Nutrizionale dell'Unità Operativa Servizio Igiene Alimentare Nutrizione presso cui è prevista una disponibilità di accesso riservato ai minori in carico al Servizio Infanzia-Adolescenza (oltre che ai pazienti adulti). La criticità maggiore attualmente è la collaborazione con i reparti di pediatria, che sono in profonda trasformazione.

Dal punto di vista quantitativo nell'anno 2013 i Pazienti adulti in carico sono stati 61; i Pazienti minori in sono risultati 40.

Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara il Centro DCA è inserito nel Dipartimento Medico, Unità Operativa di Medicina Interna. Attualmente è concentrato su una popolazione adulta (> 18 aa). Si avvale di un team che comprende professionisti afferenti alle seguenti discipline: psichiatria, medicina interna, psicologia, dietologia.

L'offerta prevede attività ambulatoriale, di day-hospital (all'interno del day-hospital internistico) e degenza ordinaria nell'Unità Operativa di Medicina Interna ospedaliera e risponde ai bisogni della popolazione adulta del territorio dell'AUSL di Ferrara.

Dal punto di vista quantitativo nell'anno 2013 ha prodotto i seguenti volumi di attività: Prime visite: 200 (livello I°B), Pazienti inseriti nel percorso: 150, Ricoveri in degenza ordinaria per emergenze metaboliche: 3, Pazienti adulti dimessi dal percorso: 59, Pazienti trattati in DH internistico (N. Casi in trattamento 41, N. dimissioni fatte 24), N. casi pervenuti a remissione totale: 20, N. casi pervenuti a remissione parziale: 7, N. casi invariati: 14.

Programma Salute Mentale nella Casa Circondariale di Ferrara

In applicazione della delibera n 173/2013 si è costituita nell'ultima parte dell'anno la micro équipe psichiatrica composta di un medico psichiatra con funzioni di Modulo Operativo, un medico a tempo parziale delle cure primarie, due psicologhe e un'assistente sociale delle dipendenze patologiche (a tempi parziali). In considerazione della complessità del contesto, delle risorse disponibili, le attività sono orientate prevalentemente al trattamento del disagio psichico nelle sue varie espressioni psicopatologiche.

L'équipe psichiatrica si è definitivamente formalizzata nello scorso giugno 2013, e risulta composta:

Dalla raccolta dati l'attività per il 2013 è la seguente: 669 Prestazione psichiatriche; 744 Prestazioni SerT⁴ relative alla valutazione, presa in carico, trattamento farmacologico e/o psicoeducativo individuale e/o gruppale dei detenuti. Inoltre la definizione dei percorsi extra carcerari per i detenuti tossicodipendenti certificati, in collaborazione con la magistratura per la concessione dei benefici di legge con la possibilità di accedere ai trattamenti in Comunità Terapeutica e/o agli arresti domiciliari con programma integrato.

Assistenza integrativa e protesica

Recepimento DGR "Linee di indirizzo sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica". Dall'analisi dei report di spesa: globalmente si denota un mantenimento del livello di spesa rispetto al 2012, senza un incremento di costi nel budget.

Le azioni messe in atto possono essere così sintetizzate: riunioni, audit finalizzati al mantenimento monitoraggio degli ausili maggiormente prescritti con richiamo se necessario e audit sull'appropriatezza con lo specialista. Azioni principalmente finalizzate all'omogeneizzazione di modalità sia prescrittive che autorizzative sui distretti. Presente inoltre una condivisione di azioni tra i medici autorizzatori finalizzate all'osservanza dei criteri definiti nel DM 332/99 e realizzazione di progetti nel rispetto della DGR regionale. Attivo un percorso aziendale dedicato ai pazienti in ADI, con prescrizione di alcuni ausili finalizzati al mantenimento del paziente al domicilio, un percorso aziendale dedicato alla presa in carico del paziente affetto da SLA che necessita di ausili per la prescrizione e riorganizzazione aziendale del sistema di presa in carico del paziente entero-urostomizzato.

Complessivamente il settore è sotto costante monitoraggio e dove possibile l'apposito gruppo interviene per migliorare o modificare.

Assistenza Farmaceutica Provinciale

Nell'anno 2013 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 (- 4,74%), inferiore al calo della RER (- 5,04%), ed un decremento della spesa territoriale (- 2,92%) inferiore al valore della RER (-3,48%).

Composizione spesa farmaceutica. Anno 2013⁵

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica - Anno 2013								
	Spesa netta per erogazione mediante farmacie convenzionate		Spesa per erogazione diretta farmaci fascia A		Spesa per erogazione diretta altri farmaci		Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)		Spesa farmaceutica totale SSN
	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro
Area Ferrara	51.197.852	48,4%	21.369.871	20,2%	11.011.155	10,4%	22.283.284	21,0%	105.862.162
RER	560.567.262	45,2%	235.422.828	19,0%	184.785.595	14,9%	258.831.934	20,9%	1.239.607.619

(*) Le aree di erogazione comprendono una Ausl ed una o più aziende sanitarie o Irccs che si trovano nel territorio della Ausl.

⁴ Questi dati non sono completi in quanto è in fase di implementazione il nuovo sistema informativo basato sulla cartella informatizzata.

⁵ Fonte dati: la spesa convenzionata è tratta dal flusso economico-finanziario gestito dal Servizio Politica del Farmaco, la spesa per erogazione diretta e la spesa ospedaliera sono tratte dal flusso AFO.

Spesa pro capite pesata per assistenza farmaceutica territoriale. Anno 2013⁶

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica territoriale - Anno 2013 (euro)	Residenti al 1/1/2013		Spesa pesata procapite
		Popolazione effettiva	Popolazione pesata	
Area Ferrara	72.567.723	358.116	393.266	184,53
Totale Regione	795.990.090	4.471.104	4.471.104	178,03

(*) Le aree di erogazione comprendono una Ausl ed una o più aziende sanitarie o Irccs che si trovano nel territorio della Ausl

Su tale decremento hanno influito principalmente le scadenze di brevetto di farmaci ad elevato impatto prescrittivo e/o di spesa, ma anche gli interventi sul miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Nel 2013, infatti, sono proseguiti gli interventi di promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto e di miglioramento dell'appropriatezza, in particolare relativamente ai farmaci oggetto di obiettivi regionali.

Interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

La regione ha assegnato, tramite le Linee di programmazione, obiettivi di incremento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (farmaci equivalenti) e obiettivi di appropriata prescrizione su categorie terapeutiche specifiche. Il DIF ha tradotto le Linee di indirizzo regionali in obiettivi sia per i medici ospedalieri che per i medici di medicina generale (MMG).

La promozione dei medicinali equivalenti e dell'appropriatezza prescrittiva è infatti sempre stato un obiettivo perseguito dal Dipartimento, convinti che solo attraverso una politica Ospedale-Territorio sulle prescrizioni degli specialisti e dei MMG, si potesse realizzare un obiettivo strategico così trasversale.

Anche nel 2013 sono stati attribuiti sia ai medici ospedalieri che ai MMG, obiettivi specifici sulla base delle indicazioni regionali di aumento utilizzo di farmaci con brevetto scaduto e miglioramento dell'appropriatezza di categorie terapeutiche critiche (Ace inibitori-sartani, statine, antidepressivi SSRI, inibitori di pompa protonica). Tali obiettivi sono stati monitorati con cadenza bimestrale per i MMG e trimestrale per i dipartimenti ospedalieri di entrambe le aziende sanitarie.

Questo approccio complessivo in area provinciale ha favorito la realizzazione nel 2013 nella provincia di Ferrara di ottime performance in termini di appropriatezza prescrittiva che hanno determinato o il raggiungimento dell'obiettivo specifico o comunque un miglioramento dell'appropriatezza con performance tra le più elevate in Regione.

Particolare rilevanza è stata data alla promozione della prescrizione di **farmaci a brevetto scaduto (equivalenti e generici)**. L'impiego appropriato delle risorse assegnate al SSN è una condizione imprescindibile per il mantenimento e la sostenibilità dell'attuale struttura universalistica del sistema sanitario, specie nell'attuale contesto di costante crescita della richiesta di servizi motivata da fattori noti (invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, sviluppo di nuove tecnologie/progresso scientifico) e di progressiva riduzione delle risorse a disposizione.

Il farmaco a brevetto scaduto rappresenta, in questo quadro, uno strumento di rilevanza strategica cruciale che, accanto alle garanzie derivanti dall'impiego di terapie conosciute per l'uso clinico prolungato e ben documentate, offre l'opportunità di mantenere elevati livelli di qualità assistenziale a costi molto più contenuti, permettendo di liberare risorse da destinare a trattamenti e tecnologie realmente innovative altrimenti non sostenibili (Documento AVEC "I Farmaci a brevetto scaduto", 27 giugno 2013).

Ferrara, a Dicembre 2013, presenta una % di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prescrizioni del 77,2% e pertanto l'obiettivo 2013 è stato raggiunto.

⁶ Fonte dati: la popolazione effettiva residente viene rilevata dal servizio controllo strategico della Regione E.R., la popolazione pesata viene calcolata in base alla spesa farmaceutica convenzionata del flusso AFT. La spesa farmaceutica territoriale comprende la spesa netta convenzionata e l'erogazione diretta di farmaci di fascia A

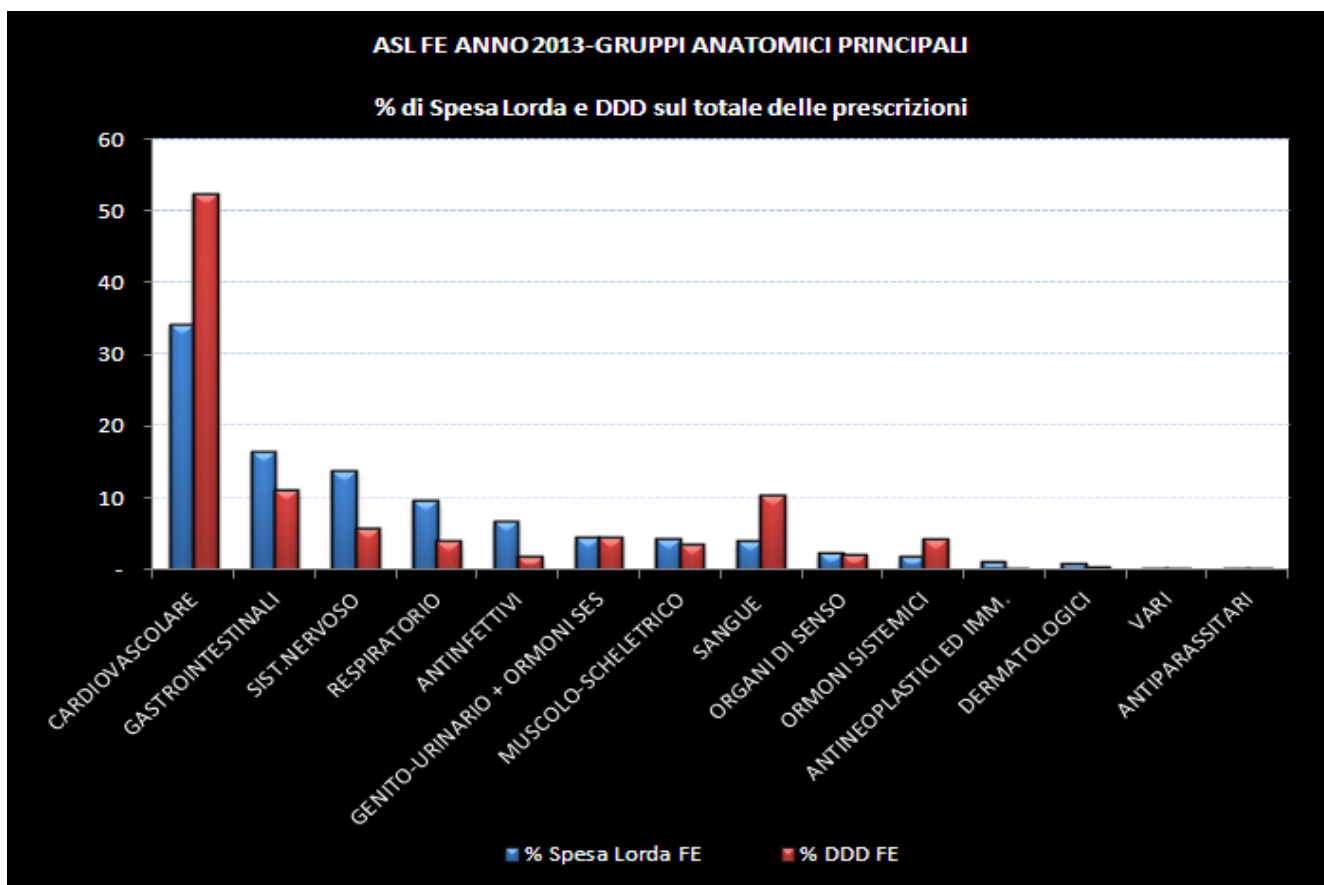
OBIETTIVO 2013	RN	PR	RE	FE	RER	MO	BO	FO	PC	RA	IM	CS
% BREVETTO SCADUTO	78,5%	77,5%	76,9%	76,8%	76,1%	75,9%	75,8%	75,4%	75,3%	75,1%	75,0%	72,8%
Gennaio 2013	RN	PR	RE	FE	RER	MO	BO	FO	IM	PC	RA	CS
LISTA DI TRASPARENZA	68,5%	67,7%	67,2%	66,8%	66,0%	65,8%	65,6%	65,4%	65,3%	65,2%	64,3%	62,2%
GENERICO PURO	32,8%	25,7%	28,5%	26,4%	28,6%	32,2%	28,1%	27,0%	33,7%	26,0%	28,0%	26,9%
Dicembre 2013	PR	RN	FE	RA	RE	FO	RER	MO	BO	IM	PC	CS
LISTA DI TRASPARENZA	77,8%	77,7%	77,2%	76,3%	76,2%	75,9%	75,9%	75,4%	75,4%	74,8%	73,8%	72,6%
GENERICO PURO	27,3%	35,7%	29,6%	30,8%	31,3%	30,1%	31,2%	35,1%	30,5%	36,6%	27,6%	29,2%

Analisi prescrizione Farmaceutica Convenzionata provinciale

Relativamente alla Provincia di Ferrara, vengono rappresentati i gruppi Anatomici principali per percentuale di spesa e di dosi prescritte (DDD) rispetto alla prescrizione totale.

I farmaci cardiovascolari superano il 50% in termini di DDD, mentre la spesa si ferma al 34%, 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, neurologici, respiratori, antinfettivi (antibiotici, antimicotici, antivirali).

E' da notare che i farmaci del Sangue, all'ottavo posto in termini di spesa, hanno una percentuale di prescrizione di circa il 10% del totale, la più alta, insieme ai farmaci gastrointestinali, dopo i cardiovascolari. Tale elevata percentuale è determinata dalla prescrizione di acido acetilsalicilico (scaduto di brevetto a settembre 2013), utilizzato come antiaggregante piastrinico, di norma in concomitanza con farmaci cardiovascolari, che da solo rappresenta più del 80% delle DDD prescritte dell'intera classe.



GRAF.1

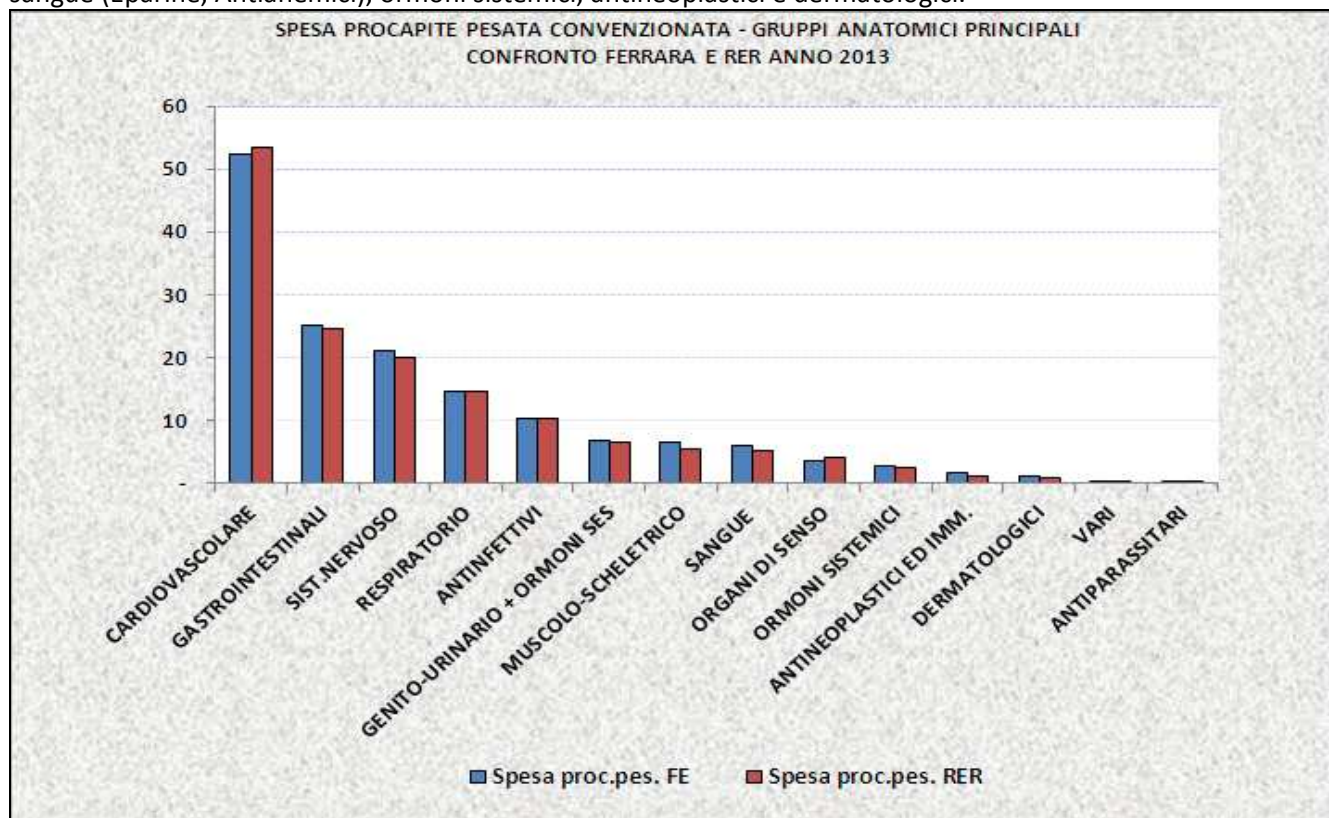
Confrontando la spesa pro-capite pesata provinciale per gruppi Anatomici principali, rispetto alla media Regionale, Ferrara presenta valori inferiori di spesa relativamente ai farmaci cardiovascolari, organi di senso ed antiparassitari.

Relativamente ai farmaci gastrointestinali, per i quali la spesa e la prescrizione è fortemente determinata dai farmaci inibitori di pompa protonica (PPI), si segnala che dal 2012, dopo anni in cui la prescrizione, nonostante la limitazione delle Note AIFA relative e gli interventi di appropriatezza effettuati a livello locale, incrementava sensibilmente, quasi triplicando dal 2004 al 2011, si è registrato un contenimento della prescrizione, portando Ferrara a valori inferiori alla media Regionale, oltre che al pieno raggiungimento dell'obiettivo assegnato dalla RER .

La spesa di Ferrara risulta invece superiore alla media RER per farmaci neurologici, in particolare per gli Inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina (SSRI) tale scostamento è dovuto al minor utilizzo vs la RER di farmaci a brevetto scaduto anche se la prescrizione di SSRI tot. è in calo rispetto all'anno precedente (-12,3%).

Anche i farmaci del sistema muscolo-scheletrico, tra cui i farmaci per la terapia dell'osteoporosi, presentano valori di spesa e di prescrizione superiori del +22% rispetto alla media RER.

Maggiore spesa si registra inoltre a livello dei farmaci antinfettivi, in particolare per antimicotici, farmaci del sangue (Eparine, Antianemici), ormoni sistemici, antineoplastici e dermatologici.



GRAF.2

Per avere un maggiore dettaglio della prescrizione si riportano nella Tabella 3 i primi 25 gruppi terapeutici a maggior importo di spesa, che da soli superano il 93% della spesa farmaceutica totale, con la relativa percentuale di spesa e di prescrizione sul totale, i rispettivi indicatori di prescrizione 2013 (spesa procapite pesata, DDD/1.000 ab. pes. die, costo DDD) e lo scostamento degli stessi rispetto l'anno precedente.

DDD 1000 ab. pes/die: è un 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.

PRIMI 25 GRUPPI TERAPEUTICI A MAGGIORE IMPATTO DI SPESA - ASL FERRARA ANNO 2013 Vs 2012

Descrizione	Ausi 109 FERRARA							Scost. % FE 2013 Vs 2012		
	FE Spesa Lorda (€) gen-dic 13	Spesa proc. Pes(€) gen-dic 13	% Spesa proc. Sul Tot.	FE n° DDD gen-dic 13	DDD/1000 ab pes die gen-dic 13	% DDD sul Tot.	COSTO DDD 2013	Spesa proc. Pes	DDD/1000 ab pes die	COSTO DDD
C09 - SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	8.340.492	21,21	13,8	38.558.329	268,62	25,69	0,22	-9,70	6,00	-14,58
R03 - FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI DELLE VIE RESPIRATORIE	5.396.172	13,72	8,9	4.682.399	32,62	3,12	1,15	-2,08	3,67	-5,29
C10 - SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	5.316.483	13,52	8,8	10.160.463	70,78	6,77	0,52	-18,63	4,73	-22,09
A02 - FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	5.131.302	13,05	8,5	8.948.427	62,34	5,96	0,57	-6,76	-3,80	-2,81
J01 - ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	3.470.961	8,83	5,8	2.515.190	17,52	1,68	1,38	3,70	6,92	-2,74
N06 - PSICOANALETTICI	3.442.535	8,75	5,7	5.818.288	40,53	3,88	0,59	-4,98	-0,31	-4,43
N02 - ANALGESICI	2.333.455	5,93	3,9	853.280	5,94	0,57	2,73	0,15	5,29	-4,62
C08 - CALCIO-ANTAGONISTI	2.159.795	5,49	3,6	9.140.879	63,68	6,09	0,24	-1,34	2,66	-3,63
B01 - ANTITROMBOTICI	1.944.863	4,95	3,2	13.681.615	95,31	9,12	0,14	-18,80	0,40	-18,90
C07 - BETABLOCCANTI	1.936.316	4,92	3,2	7.590.806	52,88	5,06	0,26	4,46	2,52	2,17
G04 - UROLOGICI	1.911.079	4,86	3,2	4.417.752	30,78	2,94	0,43	5,88	5,06	1,05
A07 - ANTIDIARROICI, ANTINFIAMMATORI ED ANTIMICROBICI INTESTINALI	1.739.481	4,42	2,9	1.216.877	8,48	0,81	1,43	11,79	8,80	3,03
N03 - ANTIEPILETTICI	1.727.099	4,39	2,9	1.135.267	7,91	0,76	1,52	-13,64	-2,84	-10,88
S01 - OFTALMOLOGICI	1.423.177	3,62	2,4	3.245.711	22,61	2,16	0,44	0,53	1,96	-1,14
A11 - VITAMINE	1.381.406	3,51	2,3	676.261	4,71	0,45	2,04	41,27	18,01	20,04
M05 - FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE DELLE OSSA	1.249.871	3,18	2,1	1.585.561	11,05	1,06	0,79	-21,81	-13,40	-9,46
M01 - FARMACI ANTINFIAMMATORI ED ANTIREUMATICI	1.061.365	2,70	1,8	2.240.680	15,61	1,49	0,47	-6,73	-8,24	1,93
C01 - TERAPIA CARDIACA	1.038.886	2,64	1,7	3.424.139	23,85	2,28	0,30	-5,38	-7,36	2,41
C03 - DIURETICI	1.001.953	2,55	1,7	7.837.270	54,60	5,22	0,13	4,35	4,08	0,53
A10 - FARMACI USATI NEL DIABETE	940.511	2,39	1,6	4.153.772	28,94	2,77	0,23	-1,72	0,81	-2,24
C02 - ANTIIPERTENSIVI	826.331	2,10	1,4	1.728.201	12,04	1,15	0,46	0,78	1,87	-0,80
G03 - ORMONI SESSUALI E MODULATORI DEL SISTEMA GENITALE	866.971	1,75	1,1	2.173.211	15,14	1,45	0,32	-5,31	-4,29	-0,80
N04 - ANTIPARKINSONIANI	630.844	1,60	1,0	569.815	3,97	0,38	1,11	-19,32	-3,70	-16,00
H02 - CORTICOSTEROIDI SISTEMICI	534.010	1,36	0,9	1.891.150	13,17	1,26	0,28	7,74	8,87	-0,77
H03 - TERAPIA TIROIDEA	475.302	1,21	0,8	4.315.703	30,07	2,88	0,11	5,67	5,37	0,56
TOT. PRIMI 25 GRUPPI TERAPEUTICI A MAGGIORE SPESA	56.100.659	142,65	93,0	142.560.847	993,16	94,99	0,39	-5,40	2,49	-7,45
TOTALE COMPLESSIVO	60.310.545	153,36		150.073.357	1.045,50		0,40	-4,83	2,59	-6,88

Relativamente al confronto con l'anno precedente possiamo notare, a fronte di un incremento della prescrizione totale, un decremento della spesa procapite pesata determinato da una riduzione del costo DDD. I farmaci maggiormente prescritti sono gli ACE-Inibitori e Sartani, farmaci utilizzati per la terapia dell'ipertensione arteriosa, seguiti dai farmaci respiratori, dalle 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'elevata prescrizione, ma comunque in calo rispetto all'anno precedente, si registra nei farmaci dei disturbi correlati all'acidità, utilizzati principalmente per il trattamento delle ulcere gastrica e duodenale, nonché di altre patologie del tratto gastro-esofageo. Seguono quindi i farmaci antimicrobici per uso sistemico principalmente antibiotici per uso orale ed iniettabile, psicoanalettici (antidepressivi), analgesici, calcio-antagonisti, antitrombotici. Solo al ventesimo posto troviamo i farmaci per la terapia del diabete, ma ciò dipende dal fatto che la maggior parte dell'erogazione degli stessi viene effettuata in distribuzione diretta.

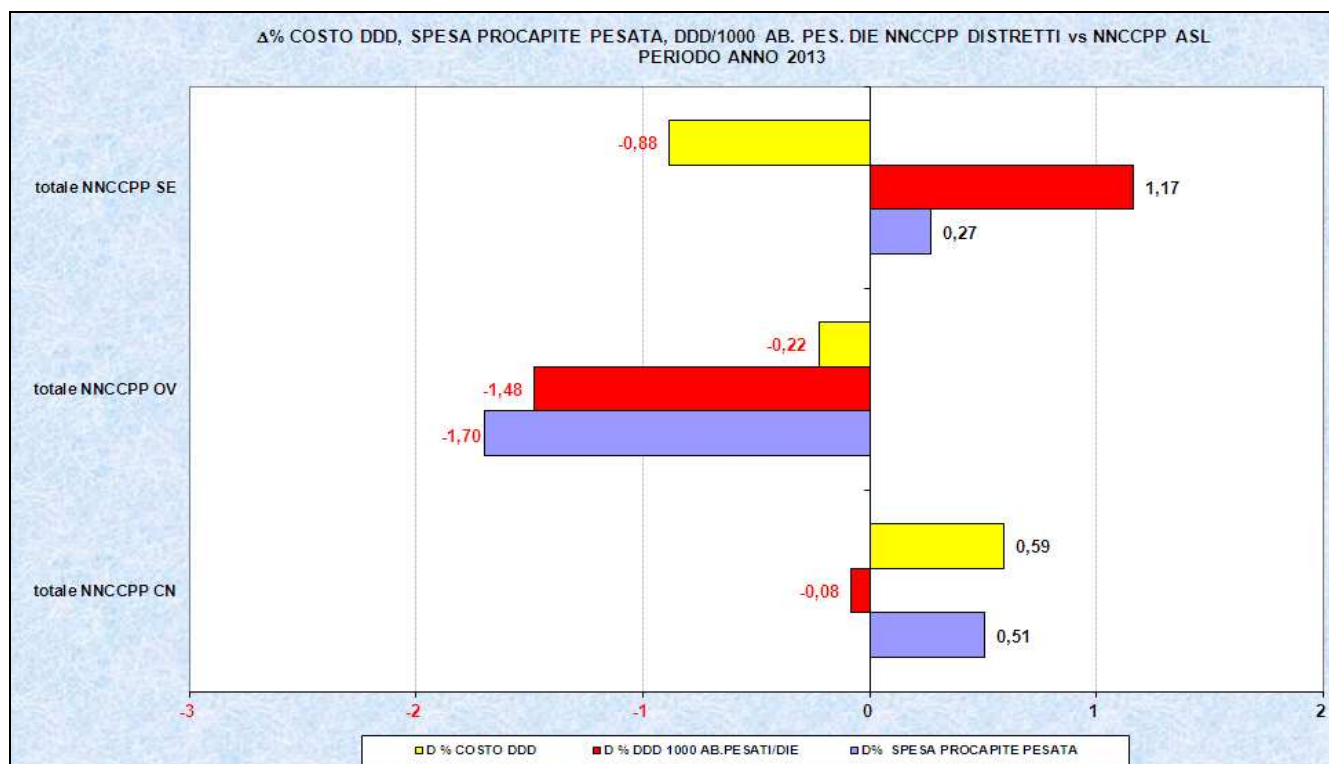
Pro capite in ambito AUSL, RER e a livello Distrettuale

Farmaci per il trattamento di patologie:	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	Totale
Gastro-intestinali	2,02	15,38	57,11	74,32	78,17	27,31
Cardiovascolari	0,07	25,23	139,09	178,94	164,65	57,11
Muscoscheletriche	0,02	3,03	16,08	24,87	23,23	7,24
Nervose	0,82	16,78	36,2	56,26	62,66	23,06
Respiratorie	9,48	9,54	27,53	41,02	38,67	15,99
TOT. AUSL	12,39	69,95	276,01	375,4	367,38	130,71
CENTRO-NORD	10,81	70,68	266,79	371,58	357,73	133,08
SUD-EST	14,41	71,44	280,33	380,33	366,11	133,93
OVEST	13,02	66,47	294,16	378,32	395,03	121,27
RER	11,19	63,55	279,91	376,62	363,45	116,72

Analisi prescrizione farmaceutica distrettuale

Nell' ambito del distretto la prescrizione di farmaci viene effettuata prevalentemente dai MMG raggruppati nei nuclei delle cure primarie (NCP).

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/1.000 ab. Pesati die e costo DDD.



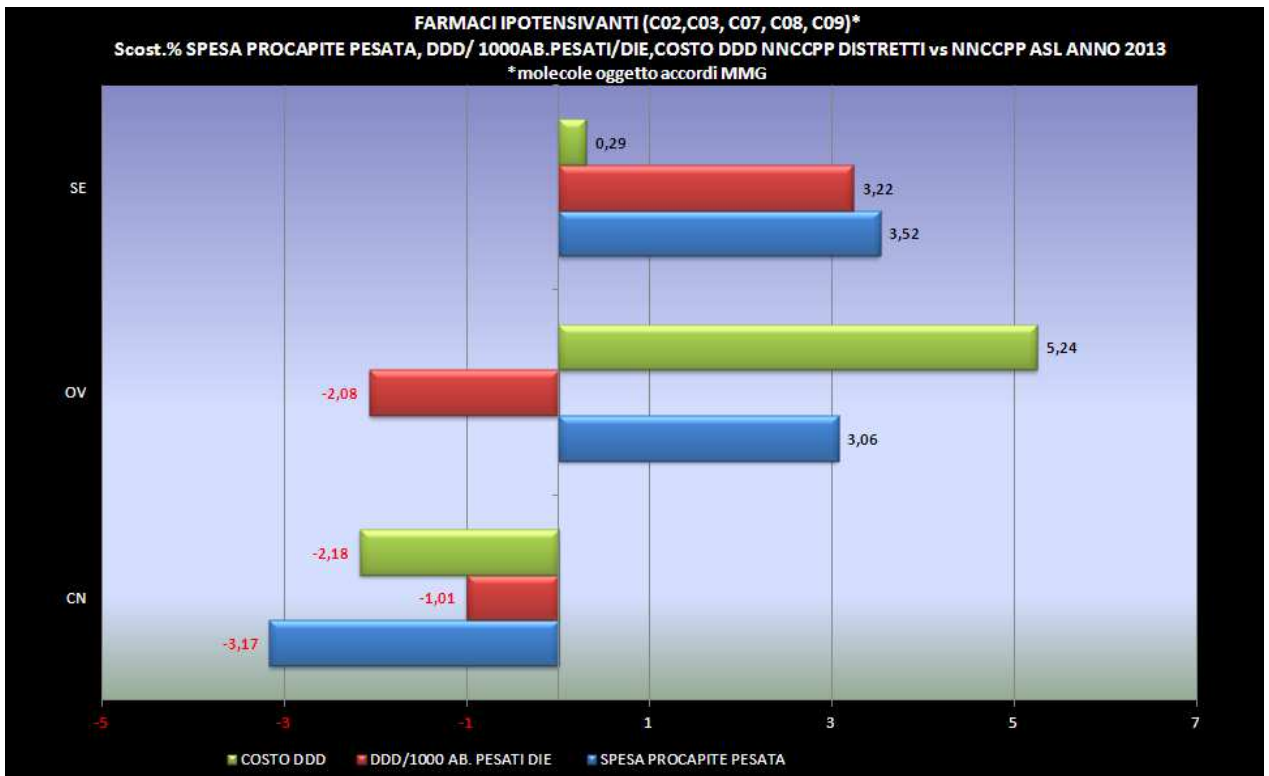
GRAF.3

I Nuclei del distretto Centro Nord, nel loro insieme, continuano a presentare una spesa procapite pesata superiore alla media Aziendale, dovuta ad un più elevato costo DDD. I Nuclei del Distretto Ovest hanno la spesa procapite pesata più bassa, determinata principalmente da una minore prescrizione, mentre il Distretto Sud Est ha una spesa procapite pesata superiore alla media aziendale, determinata esclusivamente dalla maggiore prescrizione. Complessivamente comunque si rileva un comportamento prescrittivo scarsamente differenziato in quanto anche lo scostamento maggiore rimane inferiore al 1,2%.

Prescrizione distrettuale per gruppi terapeutici

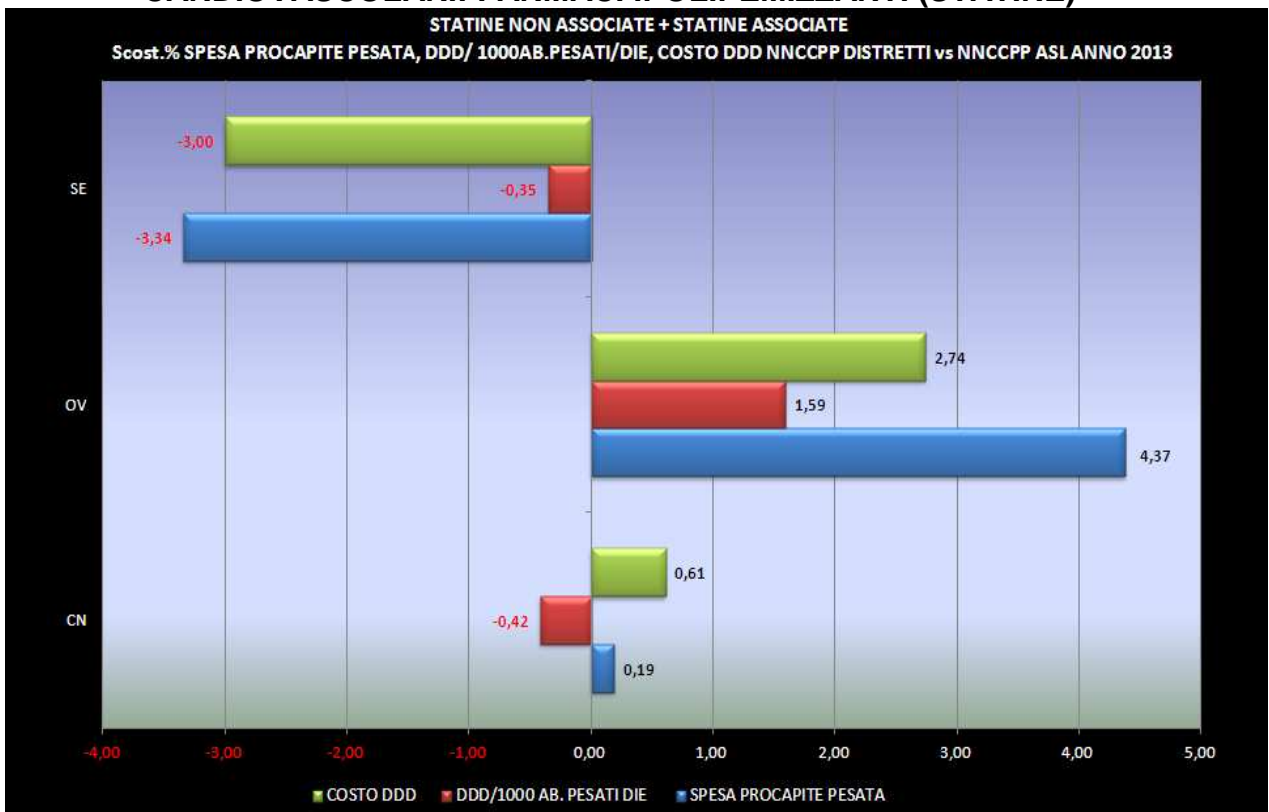
Rispetto ai singoli gruppi terapeutici permangono invece sensibili variazioni distrettuali, rispetto alla media aziendale, che si riportano di seguito per alcuni gruppi terapeutici a maggiore significatività di prescrizione.

CARDIOVASCOLARI: FARMACI PER LA TERAPIA DELL'IPERTENSIONE



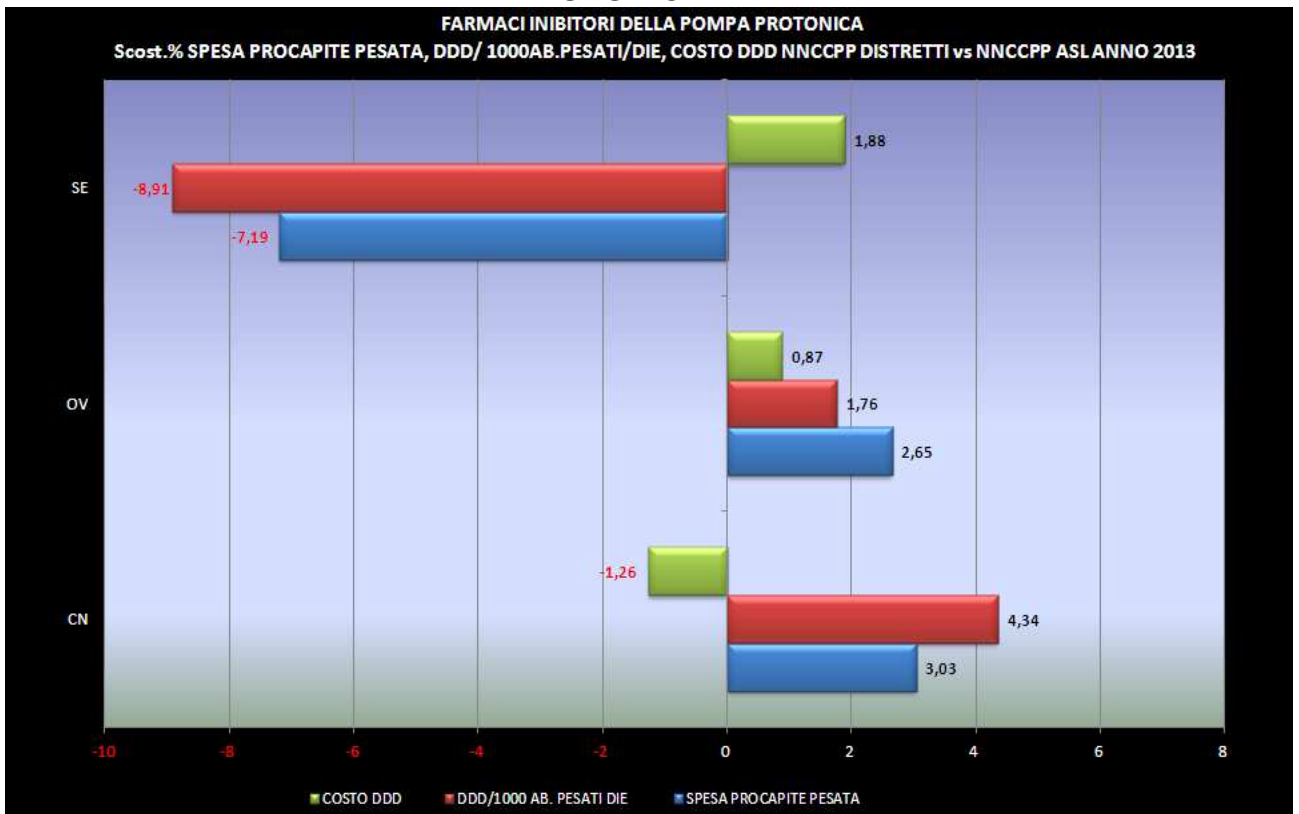
GRAF.4

CARDIOVASCOLARI: FARMACI IPOLIPEMIZZANTI (STATINE)



GRAF.5

GASTROINTESTINALI: FARMACI ANTIULCERA- INIBITORI POMPA PROTONICA



GRAF.6

FARMACI METABOLISMO OSSEO: FARMACI PER OSTEOPOROSI



GRAF.7

NEUROLOGICI: FARMACI ANTIDEPRESSIVI



GRAF.8

Assistenza specialistica

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 2012 suddivise per comune di residenza del cittadino e per struttura erogatrice della prestazione.

Il consumo

INDICI DI CONSUMO
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE CON ESCLUSIONE DEL LABORATORIO E DEL PRONTO SOCCORSO - ANNO 2012

COMUNE	AUSLFE	Privato FE	AOSPFE	Totale Prov.le	Mobilità Infra	Mobilità Extra	Totale Mobilità	Totale Prestazioni	IC Prov. x 1000 ab.	IC Mob.x 1000 ab.	IC Complessivo x 1000 ab.
CENTO	79.414	8.476	19.280	107.170	23.073	2.915	25.988	133.158	2.981,50	722,99	3.704,49
SANT'AGOSTINO	13.029	3.880	6.151	23.060	2.296	716	3.012	26.072	3.263,05	426,21	3.689,26
MIRABELLO	7.199	1.828	6.591	15.618	620	771	1.391	17.009	4.532,21	403,66	4.935,87
BONDENO	28.399	2.377	18.107	48.883	2.353	6.977	9.330	58.213	3.235,57	617,55	3.853,12
VIGARANO MAINARDA	10.115	2.622	18.290	31.027	702	1.896	2.598	33.625	4.039,97	338,28	4.378,26
POGGIO RENATICO	13.128	2.576	19.853	35.557	4.229	1.699	5.928	41.485	3.615,35	602,75	4.218,10
FERRARA	137.729	49.921	464.386	652.036	14.207	46.797	61.004	713.040	4.830,50	451,94	5.282,44
MASI TORELLO	4.329	449	5.609	10.387	307	377	684	11.071	4.391,97	289,22	4.681,18
VOGHIERA	7.730	1.137	7.273	16.140	326	661	987	17.127	4.206,41	257,23	4.463,64
COPPARO	42.561	2.008	23.504	68.073	1.303	10.605	11.908	79.981	4.006,18	700,80	4.706,98
RO	7.267	342	4.807	12.416	139	3.932	4.071	16.487	3.670,12	1.203,37	4.873,49
BERRA	10.957	1.499	5.748	18.204	322	5.255	5.577	23.781	3.577,83	1.096,11	4.673,94
JOLANDA DI SAVOIA	8.469	390	3.687	12.546	273	1.416	1.689	14.235	4.139,23	557,24	4.696,47
FORMIGNANA	8.005	339	3.414	11.758	267	968	1.235	12.993	4.188,81	439,97	4.628,79
TRESIGALLO	12.393	693	6.609	19.695	436	903	1.339	21.034	4.320,03	293,70	4.613,73
ARGENTA	49.351	1.602	18.158	69.111	15.078	1.817	16.895	86.006	3.083,66	753,84	3.837,50
PORTOMAGGIORE	38.465	1.426	15.440	55.331	2.104	1.336	3.440	58.771	4.498,82	279,70	4.778,52
OSTELLATO	18.085	880	7.314	26.279	553	1.066	1.619	27.898	4.063,55	250,35	4.313,90
COMACCHIO	65.361	3.610	14.917	83.888	6.074	7.116	13.190	97.078	3.650,48	573,98	4.224,46
MIGLIARINO	9.366	506	4.849	14.721	515	675	1.190	15.911	4.003,54	323,63	4.327,17
MIGLIARO	6.622	235	3.007	9.864	268	365	633	10.497	4.429,28	284,24	4.713,52
MASSA FISCAGLIA	10.763	481	3.468	14.712	380	572	952	15.664	4.141,89	268,02	4.409,91
LAGOSANTO	16.857	1.110	2.997	20.964	699	1.546	2.245	23.209	4.202,04	449,99	4.652,03
CODIGORO	32.178	3.627	9.061	44.866	1.101	8.431	9.532	54.398	3.617,64	768,59	4.386,23
MESOLA	11.601	5.011	3.975	20.587	540	9.644	10.184	30.771	2.899,17	1.434,16	4.333,33
GORO	6.135	745	2.007	8.887	338	3.932	4.270	13.157	2.288,11	1.099,38	3.387,49
PROVINCIA DI FERRARA	655.508	97.770	698.502	1.451.780	78.503	122.388	200.891	1.652.671	4.053,94	560,97	4.614,90
DISTRETTO OVEST	151.284	21.759	88.272	261.315	33.273	14.974	48.247	309.562	3.304,40	610,10	3.914,49
DISTRETTO CENTRO-NORD	239.440	56.778	525.037	821.255	17.580	70.914	88.494	909.749	4.638,68	499,84	5.138,52
DISTRETTO SUD-EST	264.784	19.233	85.193	369.210	27.650	36.500	64.150	433.360	3.620,06	628,98	4.249,04

Nell'anno 2012 i 358.116 residenti della provincia di Ferrara hanno usufruito di 1.652.671 prestazioni a cui corrisponde un indice di consumo di 4.614,90 prestazioni per 1.000 abitanti di cui 560,97 in mobilità. L'indice di consumo complessivo più alto si rileva tra i cittadini del comune di Ferrara con 5.282,44 prestazioni per 1.000 abitanti, mentre quello più basso si rileva tra i cittadini del comune di Goro con 3.387,49 prestazioni per 1.000 abitanti.

L'indice di consumo in mobilità più alto si registra per il comune di Mesola (1.434,16 prestazioni per 1.000 abitanti), mentre il più basso si rileva per il comune di Ostellato (250,35 prestazioni per 1.000 abitanti).

Indice di consumo per categoria aggregata per 1.000 abitanti per Distretto - ANNO 2013

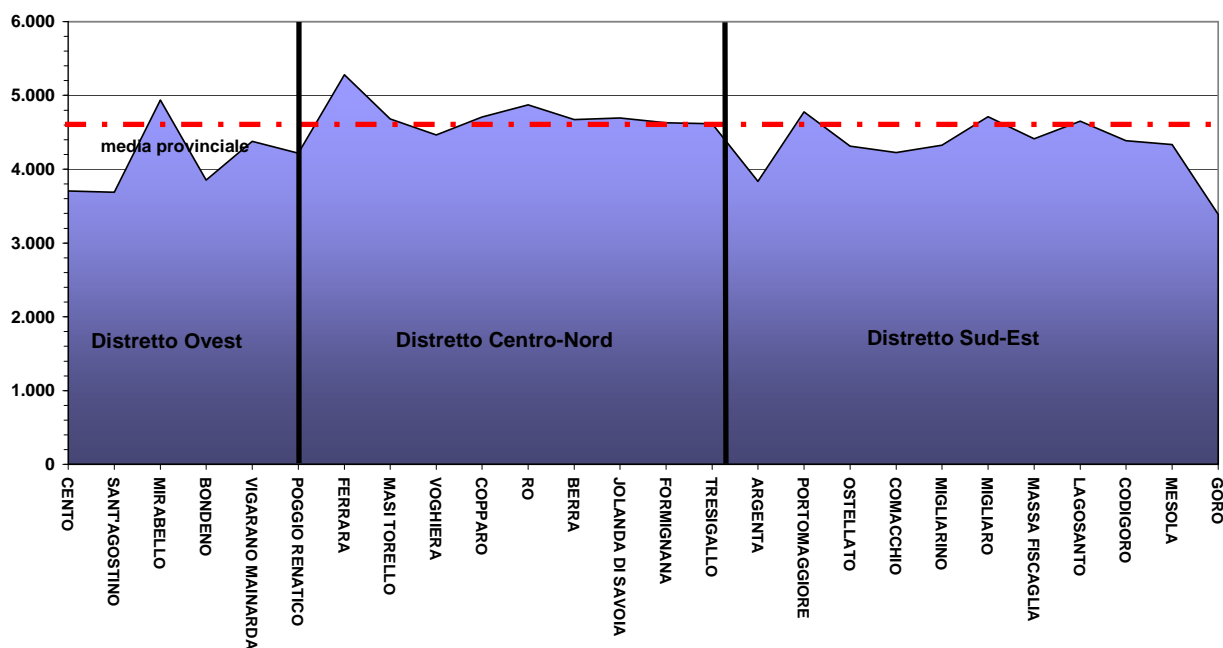
		0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	Indice di consumo	Indice di consumo Std.
Diagnostica	Ovest	725	1.308	2.731	2.419	1.227	1.473	1.467
	Centro-Nord	674	1.347	2.926	2.751	1.401	1.631	1.508
	Sud Est	733	1.379	2.838	2.682	1.351	1.626	1.521
	Totale	704	1.348	2.863	2.669	1.353	1.595	1.505
	RER	613	1.255	2.809	2.744	1.481	1.468	1.462
Laboratorio	Ovest	2.329	9.231	18.779	21.710	20.755	10.761	10.750
	Centro-Nord	1.923	8.133	16.456	20.444	20.771	10.377	9.517
	Sud Est	4.808	14.439	27.616	31.066	30.786	17.369	16.276
	Totale	2.821	10.178	20.160	23.784	23.476	12.453	11.714
	RER	2.479	8.672	18.214	21.309	18.494	10.274	10.249
Riabilitazione	Ovest	125	465	980	751	247	490	485
	Centro-Nord	157	445	965	851	268	518	473
	Sud Est	159	514	1.232	848	262	593	542
	Totale	149	469	1.046	831	262	533	495
	RER	183	340	854	804	328	413	410
Terapeutiche	Ovest	104	339	966	1.288	762	468	460
	Centro-Nord	143	307	978	1.161	613	478	424
	Sud Est	110	352	1.068	1.039	658	498	453
	Totale	123	327	1.002	1.149	654	481	440
	RER	99	321	1.002	1.257	860	462	457
Visite ambulatoriali	Ovest	798	989	2.144	2.451	1.444	1.226	1.222
	Centro-Nord	841	1.056	2.749	3.808	2.839	1.612	1.477
	Sud Est	857	1.080	2.347	2.535	1.639	1.385	1.310
	Totale	834	1.048	2.515	3.182	2.238	1.462	1.379
	RER	753	1.016	2.420	2.977	2.091	1.334	1.329
Totale	Ovest	4.081	12.331	25.600	28.619	24.435	14.418	14.384
	Centro-Nord	3.738	11.288	24.073	29.015	25.891	14.615	13.398
	Sud Est	6.667	17.764	35.101	38.169	34.696	21.470	20.102
	Totale	4.631	13.369	27.585	31.615	27.984	16.524	15.533
	RER	4.126	11.604	25.299	29.091	23.253	13.951	13.907

Indice di Consumo Standardizzato per età e percentuali di Fuga Extraziendale (Esclusi Pronto Soccorso ed Obi) * 1000 Abitanti

		Indice di consumo Std.	% Fuga fuori Azienda	% Fuga fuori Distretto
Diagnostica	Ovest	1.474	18,95	56,35
	Centro-Nord	1.527	15,44	27,65
	Sud Est	1.532	17,89	41,08
	Totale	1.519	16,86	37,4
	RER	1.463	9,37	34,08
Laboratorio	Ovest	10.752	10,24	29,89
	Centro-Nord	9.598	4,91	9,18
	Sud Est	16.320	6,52	44,13
	Totale	11.773	6,57	27
	RER	10.269	4,88	30,77
Riabilitazione	Ovest	496	7,88	23,15
	Centro-Nord	472	12,13	20,1
	Sud Est	543	4,62	14
	Totale	498	8,89	18,82
	RER	410	4,44	18,22
Terapeutiche	Ovest	465	23,25	61,87
	Centro-Nord	425	12,88	18,01
	Sud Est	441	20,14	65,37
	Totale	438	17,24	41,28
	RER	456	11,31	37,75
Visite ambulatoriali	Ovest	1.226	16,8	54,75
	Centro-Nord	1.490	9,03	16,24
	Sud Est	1.329	16,63	45,56
	Totale	1.392	12,53	31,3
	RER	1.330	9,22	31,57
Totale senza laboratorio	Ovest	3.663	17,32	52,02
	Centro-Nord	3.916	12,34	21,34
	Sud Est	3.848	15,86	41,62
	Totale	3.849	14,34	33,26
	RER	3.664	9,11	31,93

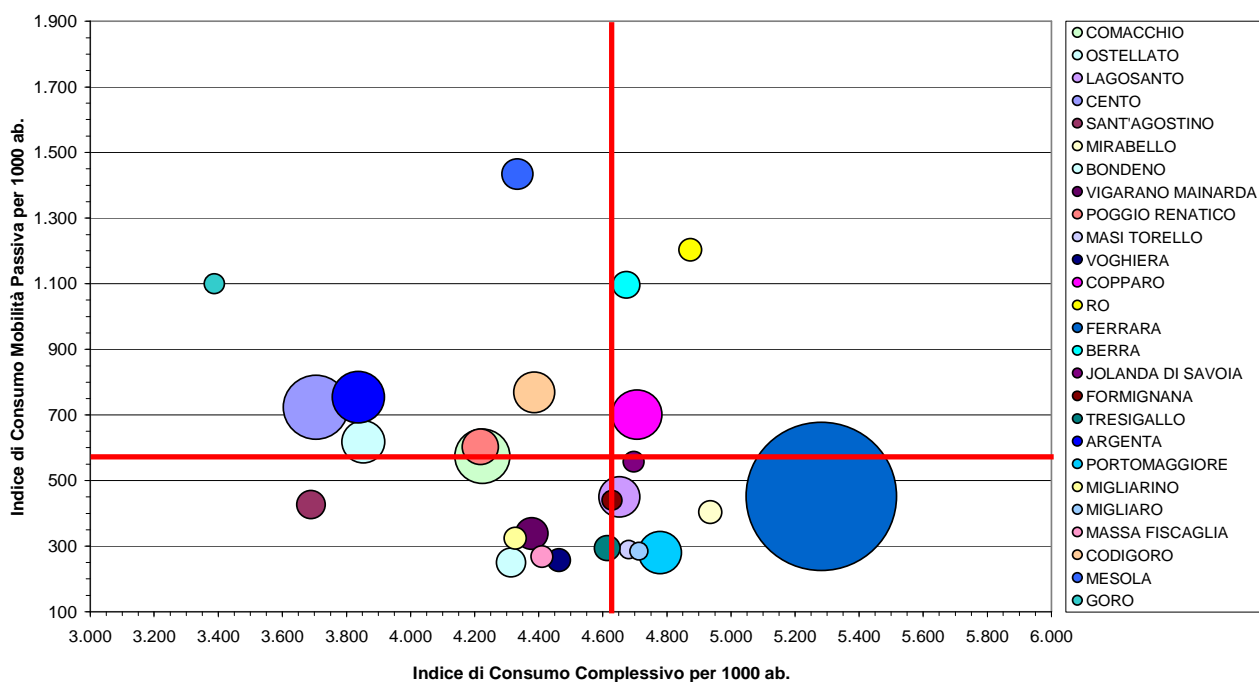
Nel complesso l'Azienda USL di Ferrara presenta un indice di consumo standardizzato pari a 15.533 prestazioni per 1000 abitanti che risulta essere superiore a quello medio regionale pari a 13.907. Analizzando la distribuzione all'interno dei Distretti si osserva come il Distretto Sud Est mostri l'indice di consumo standardizzato più alto, pari a 20.102 prestazioni, segue il Distretto Ovest con 14.384 prestazioni e il Distretto Centro-Nord con 13.398 prestazioni.

**Indice di Consumo Comunali Prestazioni Specialistiche per 1.000 Residenti
(esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2012**



L'indice di consumo di prestazioni specialistiche nell'anno 2012 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 5.138,52 prestazioni per 1.000 abitanti, il distretto sud-est presenta un indice di consumo di 4.249,04/1.000 e il distretto ovest un indice di consumo di 3.914,49/1.000. Ai cittadini del distretto centro-nord sono state erogate 909.749 prestazioni, a quelli del sud-est 433.360 prestazioni e a quelli dell' ovest 309.562 prestazioni. La maggior parte dei comuni del distretto ovest ha un indice di consumo inferiore a quello medio provinciale, a differenza di quelli del centro-nord che tendono ad avere un indice di consumo superiore a quello medio provinciale, mentre nel distretto sud-est hanno un comportamento diverso in relazione al singolo comune considerato.

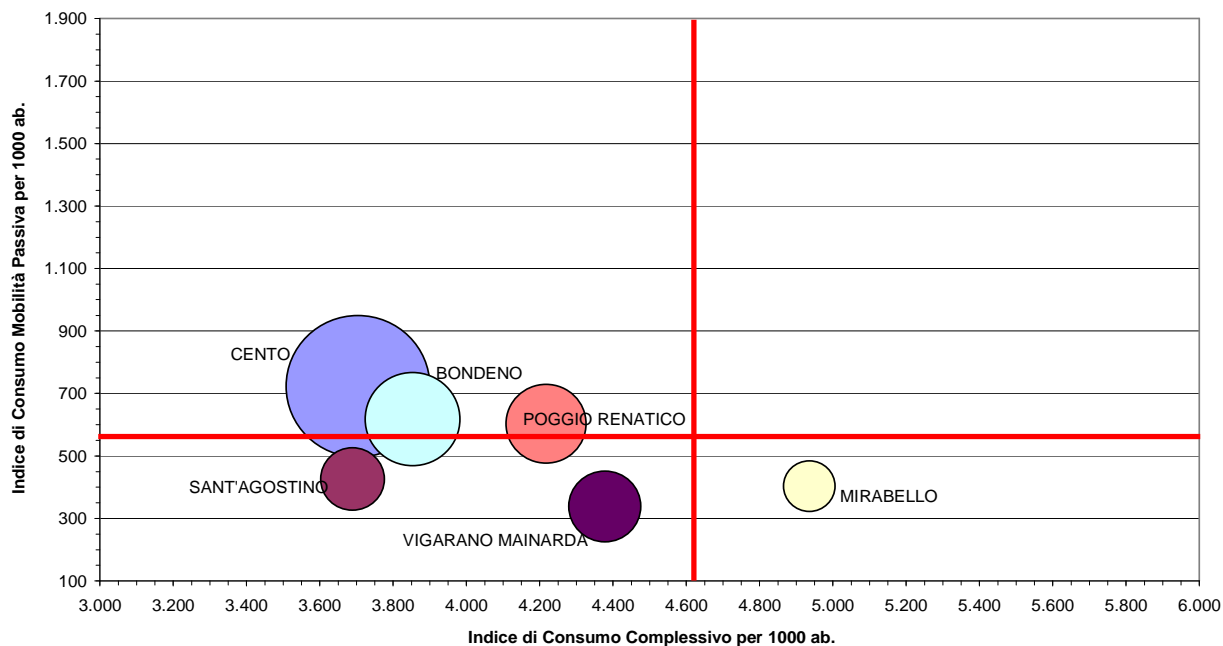
Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2012



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 consumino meno prestazioni e si rechino maggiormente in mobilità passiva.

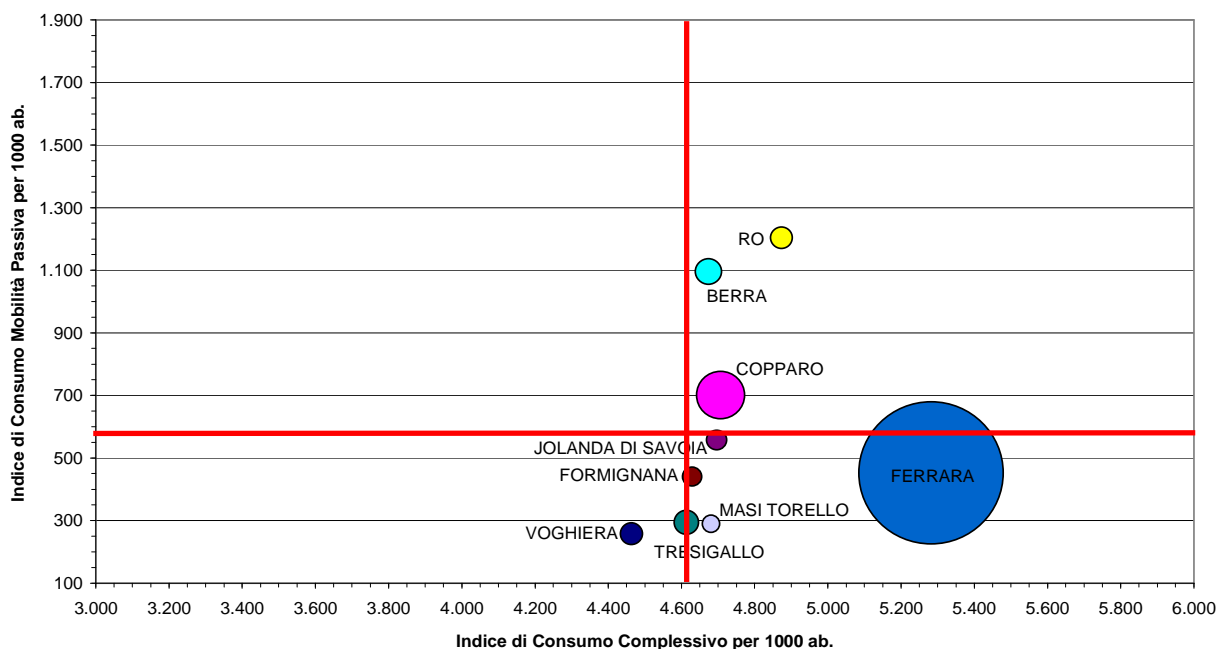
Il comune di Ferrara presenta l'indice di consumo di prestazioni più elevato della provincia, ma un indice di consumo di prestazioni eseguite in strutture extra provinciali minore della media provinciale. Il comune di Mesola presenta l'indice di consumo in mobilità più elevato della provincia (1.434,16 prestazioni per 1.000 abitanti contro le 560,97 prestazioni della media provinciale). Agli estremi opposti il comune di Goro presenta l'indice di consumo minore della provincia e un indice di consumo in mobilità passiva (1.099,38 prestazioni per 1.000 assistiti) quasi doppio rispetto a quello provinciale (560,97 prestazioni per 1.000 abitanti).

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2012
- Distretto Ovest**



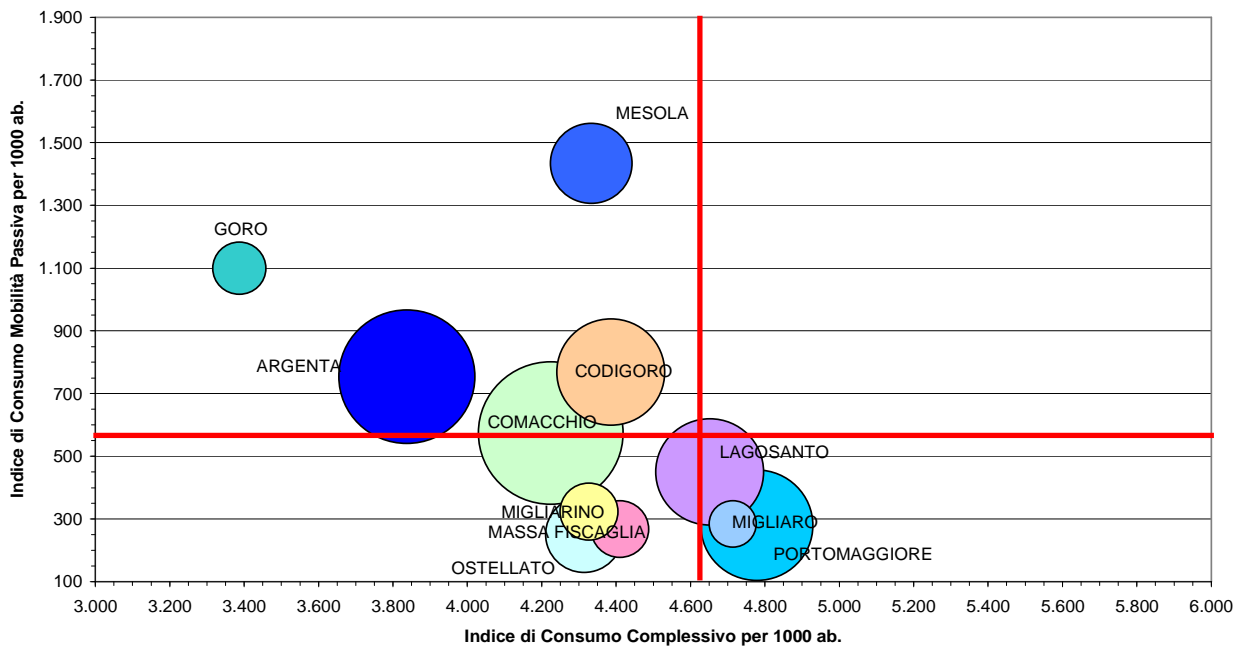
I comuni del distretto ovest presentano un indice di consumo (3.914,49 prestazioni per 1.000 abitanti) inferiore a quello provinciale (4.614,90/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva (610,10/ 1.000) superiore (560,97/1.000). Come si può osservare il comune di Cento presenta un indice di consumo basso (3.704,49/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva più elevato pari a 722,99/1.000. 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. Il comune di Mirabello presenta invece un elevato indice di consumo (4.935,87/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva relativamente basso (403,66/ 1.000).

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2012
- Distretto Centro-Nord**



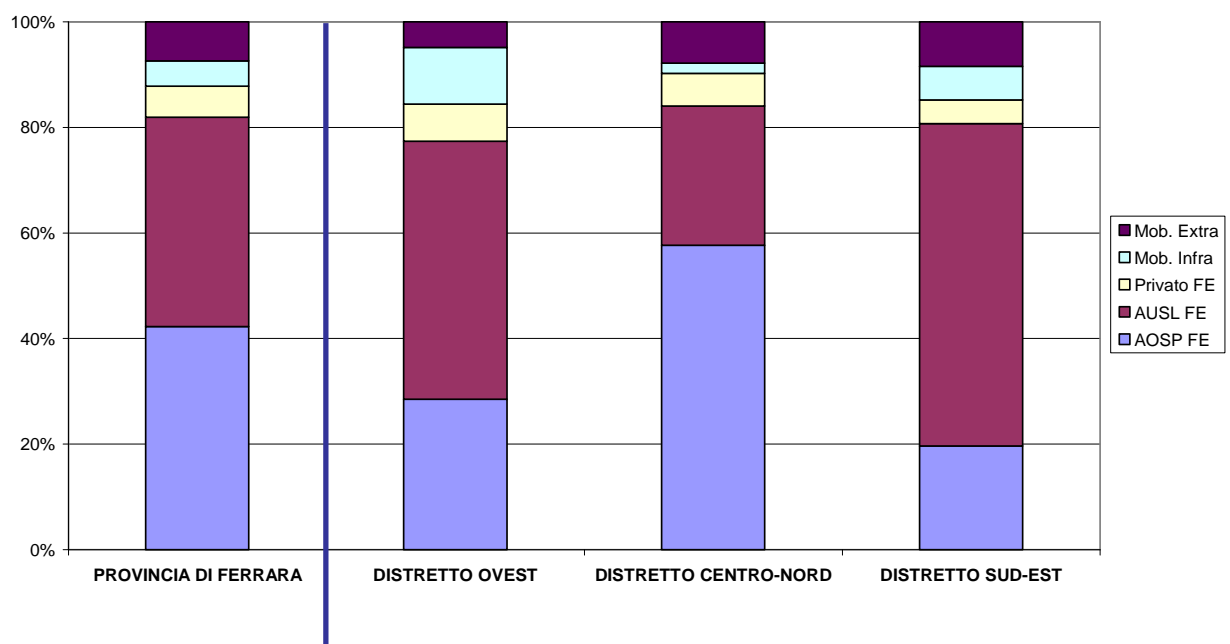
Il distretto centro-nord presenta un indice di consumo di prestazioni (5.138,52/1.000) superiore a quello medio provinciale (4.614,21/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva (499,84/1.000) inferiore a quello medio provinciale (560,97/1.000). I cittadini del distretto centro-nord pertanto 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 (1.203,37/1.000 abitanti vs 499,84 del distretto centro-nord). Tale valore risulta il doppio del valore medio provinciale.

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2012
- Distretto Sud-Est**



Il distretto sud-est presenta un indice di consumo di prestazioni (4.249,04/1.000) leggermente inferiore a quello medio provinciale (4.614,90/1.000) e un indice di consumo in mobilità passiva di 628,98/1.000 quindi superiore rispetto a quello medio provinciale (560,97/1.000).
Due comuni presentano indici di consumo in mobilità passiva particolarmente elevati: Mesola (1.434,16/1.000) e Goro (1.099,38/1.000).

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture - Anno 2012



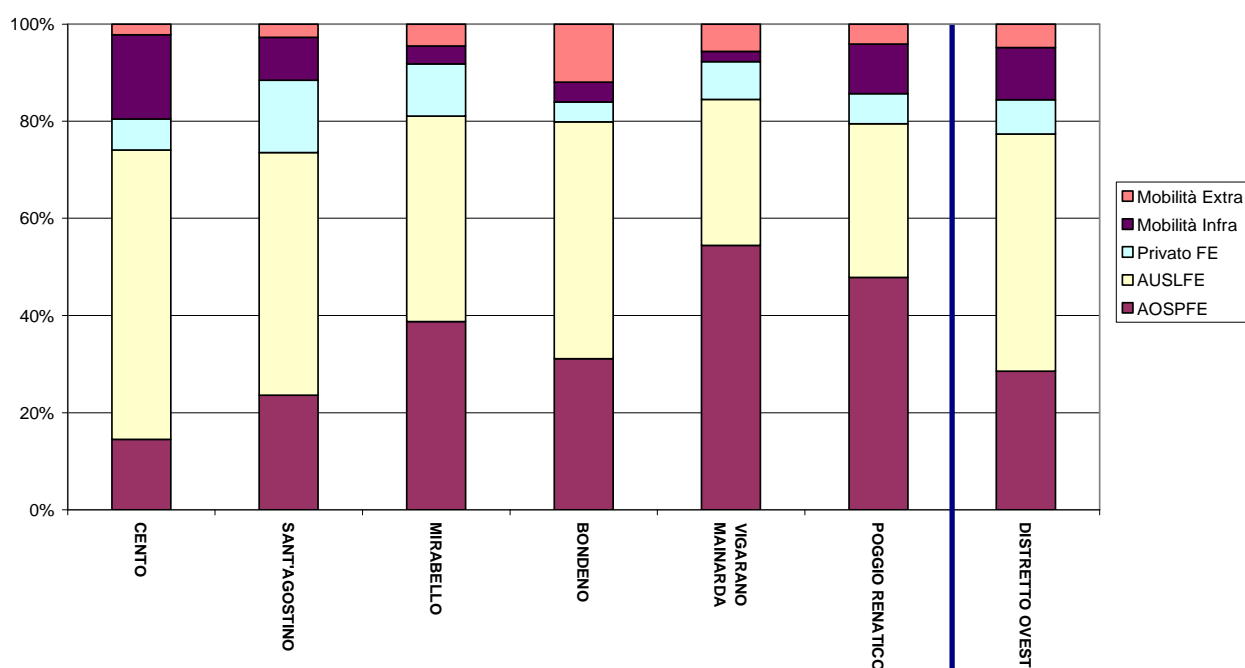
Indice di dipendenza della Struttura Ospedaliera dalla popolazione. Anno 2013 Dimessi.

Azienda di ricovero	Residenti			TOTALE
	Stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
FERRARA	85,8	8,5	5,7	100,0
RER	75,5	10,0	14,5	100,0

I maggiori fruitori di prestazioni specialistiche erogate dall'AOSPFE sono i cittadini del distretto centro-nord (525.037 prestazioni) 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.

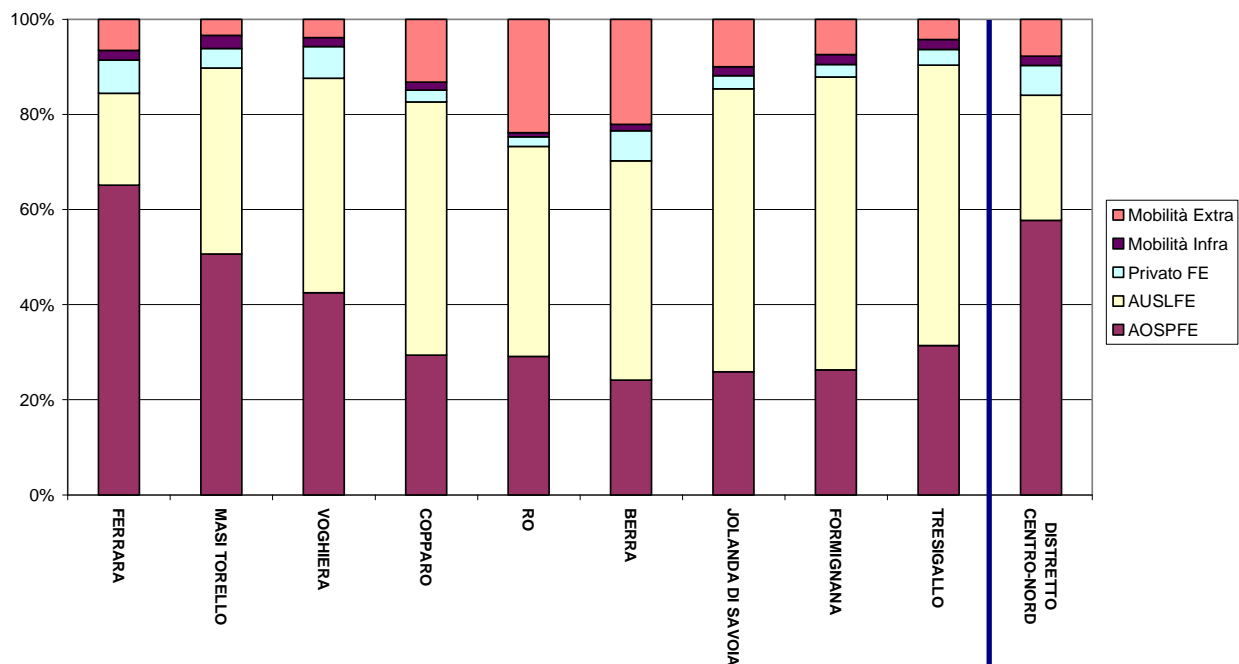
Le quote maggiori di mobilità infra ed extra regionale si riscontrano nei comuni situati in zone di confine: Mesola, Ro, Berra, Goro, Codigoro, Cento, Argenta.

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2012 - Distretto Ovest



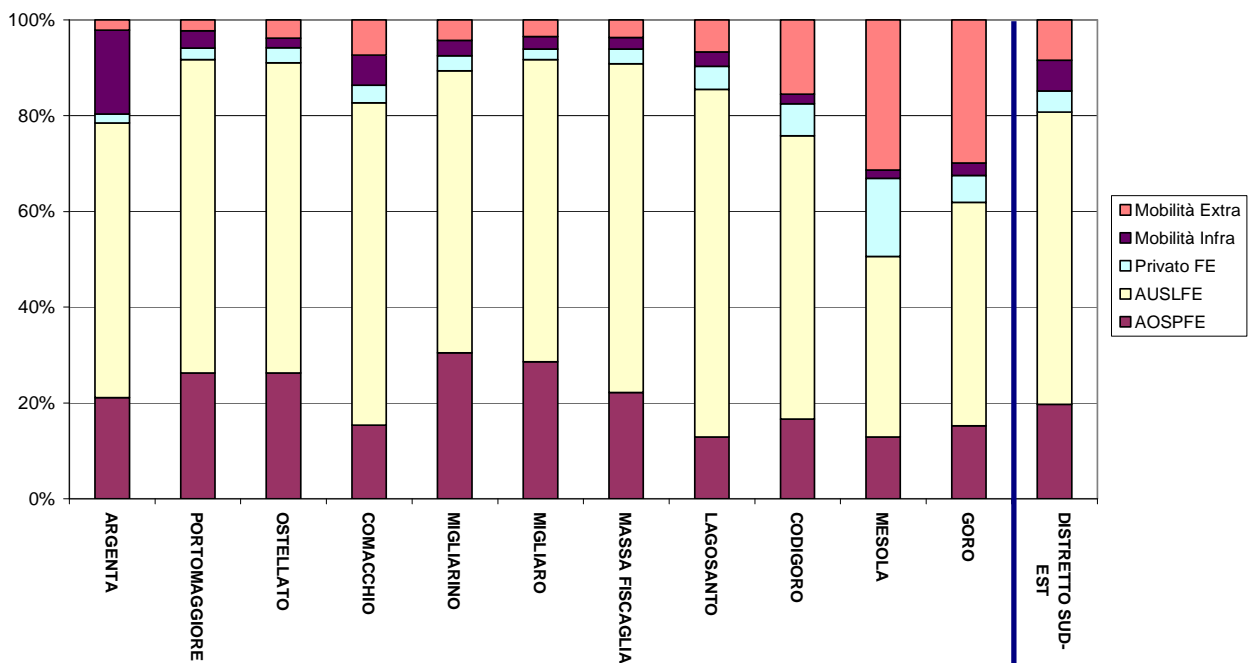
I comuni geograficamente più vicini alla Città di Ferrara (Vigarano Mainarda, Poggiorenatico) usufruiscono di prestazioni per la maggior parte presso l'AOSPFE, mentre i comuni di Cento, S.Agostino, Bondeno e Mirabello prevalentemente presso l'Azienda USL. Il comune di Bondeno presenta la quota maggiore di prestazioni eseguite presso strutture extraregionali, mentre il comune di Cento presenta la quota maggiore di prestazioni eseguite presso strutture infra-regionali.

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2012 - 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 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 e Berra.

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2012 - Distretto Sud-Est



Le strutture dell'AUSL Ferrara rappresentano le principali erogatrici di prestazioni per i cittadini dei comuni del distretto Sud-Est. I comuni che presentano elevati valori di prestazioni erogate in strutture extraregionali sono: Mesola, Goro, Codigoro, Comacchio, mentre Argenta mostra valori elevati di prestazioni erogate in strutture infraregionali. Mesola ha inoltre i valori più alti di prestazioni erogate da strutture private provinciali.

Assistenza ospedaliera

La tabella "Indici di dipendenza della popolazione dalle strutture - anno 2012" evidenzia la distribuzione dei ricoveri da parte dei residenti in ciascun comune della provincia di Ferrara presso le strutture sanitarie pubbliche e private della provincia; gli ospedali di altre province della Regione e gli ospedali extraregionali.

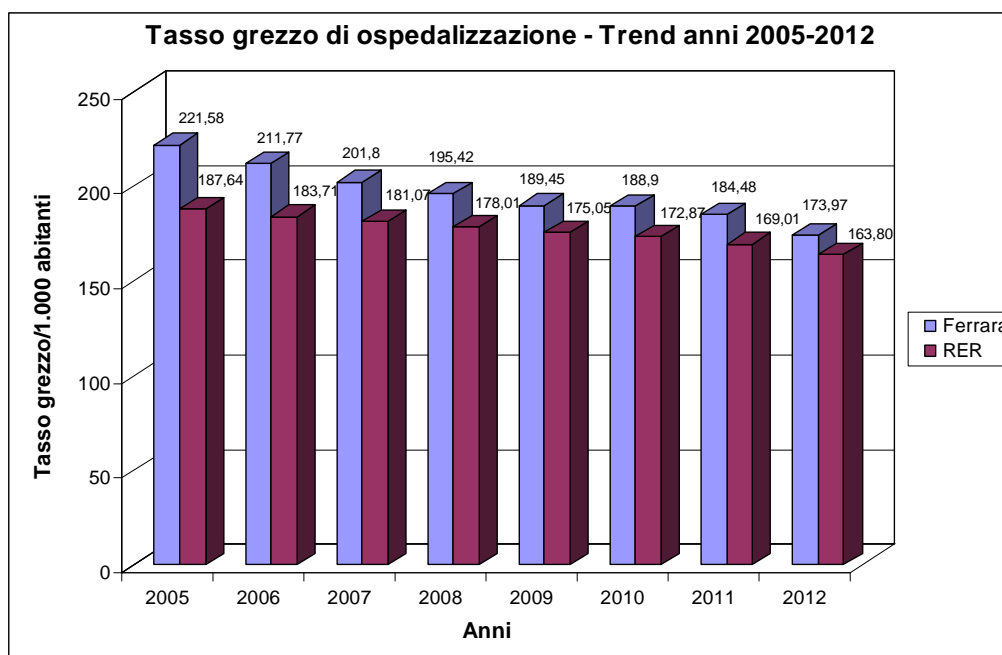
Indici di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture - Anno 2012

Comune	AOSPFE	Copparo	Delta	Comacchio	Argenta	Cento	Bondeno	CdCFE	Mob. Infra	Mob. Extra	Totale	Tasso grezzo
CENTO	879	2	78	7	41	2.711	66	185	1.413	254	5.636	156,80
SANT'AGOSTINO	320	6	14		14	437	11	47	216	57	1.122	158,77
MIRABELLO	234		7	1	8	154	10	57	58	63	592	171,79
BONDENO	1.007	3	46	2	45	686	89	167	245	320	2.610	172,76
VIGARANO MAINARDA	661	4	20	1	25	124	15	146	94	139	1.229	160,03
POGGIO RENATICO	783	3	43		30	126	9	118	287	94	1.493	151,80
DISTRETTO OVEST	3.884	18	208	11	163	4.238	200	720	2.313	927	12.682	160,37
FERRARA	14.845	48	613	22	581	220	7	3.403	1.931	2.668	24.338	180,30
MASI TORELLO	225	1	43	1	18	7	0	31	30	36	392	165,75
VOGHIERA	404	1	47	1	42	6	0	76	73	36	686	178,79
COPPARO	1.453	543	373	12	109	52	0	181	190	296	3.209	188,85
RO	267	75	45	2	19	8	0	38	18	104	576	170,26
BERRA	312	142	141	12	21	12	0	48	54	157	899	176,69
JOLANDA DI SAVOIA	219	93	161	10	10	3	0	17	37	49	599	197,62
FORMIGNANA	186	57	104	4	21	18	0	19	40	65	514	183,11
TRESIGALLO	333	97	200	8	19	9	0	42	42	52	802	175,92
DISTRETTO CENTRO-NORD	18.244	1.057	1.727	72	840	335	7	3.855	2.415	3.463	32.015	180,83
ARGENTA	817	4	309	8	1.450	33	0	48	1.004	177	3.850	171,78
PORTOMAGGIORE	798	3	271	7	649	21	0	50	256	111	2.166	176,11
OSTELLATO	327	13	428	42	101	5	0	46	84	63	1.109	171,49
COMACCHIO	684	20	1.738	434	73	21	0	97	599	313	3.979	173,15
MIGLIARINO	163	18	255	27	14	8	0	24	41	30	580	157,74
MIGLIARO	114	8	204	27	12	1	0	20	28	25	439	197,13
MASSA FISCAGLIA	118	15	335	41	18	6	0	17	42	42	634	178,49
LAGOSANTO	130	6	452	26	7	3	0	14	87	89	814	163,16
CODIGORO	390	25	1.074	99	29	13	0	41	183	287	2.141	172,63
MESOLA	192	23	492	65	13	5	0	24	77	326	1.217	171,38
GORO	120	11	280	29	10	1	0	14	81	131	677	174,30
DISTRETTO SUD-EST	3.853	146	5.838	805	2.376	117	0	395	2.482	1.594	17.606	172,62
Provincia di Ferrara	25.981	1.221	7.773	888	3.379	4.690	207	4.970	7.210	5.984	62.303	173,97

NB: Escluso Neonati Sani

I dati sono estratti dalla banca dati regionale

Nell'ultima colonna a destra sono indicati i tassi di ospedalizzazione (T.O.‰) registrati nel 2012 dai residenti di ciascun comune della provincia di Ferrara. Nel corso dell'anno 2012 si sono registrati 62.303 ricoveri di cittadini residenti nella provincia di Ferrara a cui corrisponde un tasso grezzo di ospedalizzazione pari a 173,97 ricoveri/1.000 abitanti dove la media regionale è pari a 163,8 ricoveri/1.000 abitanti.



Tasso di ospedalizzazione standardizzato per Distretto di residenza, Luogo di ricovero e tipo presidio e Tipo Drg. Anno di dimissione 2013

Distretto di residenza	Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva extraregionale			TOTALE		
	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE
OVEST	59,8	69,8	129,6	5,9	7,3	13,2	7,6	4,1	11,7	73,2	81,3	154,5
CENTRO-NORD	52,8	67,5	120,2	5,7	12,9	18,6	12,5	7	19,4	71	87,3	158,3
SUD-EST	56,1	75,7	131,8	6	4,7	10,7	9,9	6,4	16,2	72	86,8	158,8
TOTALE	55,3	70,2	125,4	5,8	9,5	15,3	10,7	6,2	16,8	71,8	85,8	157,6
RER	51,7	73	124,7	11,1	9,3	20,4	5,3	4,3	9,7	68,1	86,6	154,7

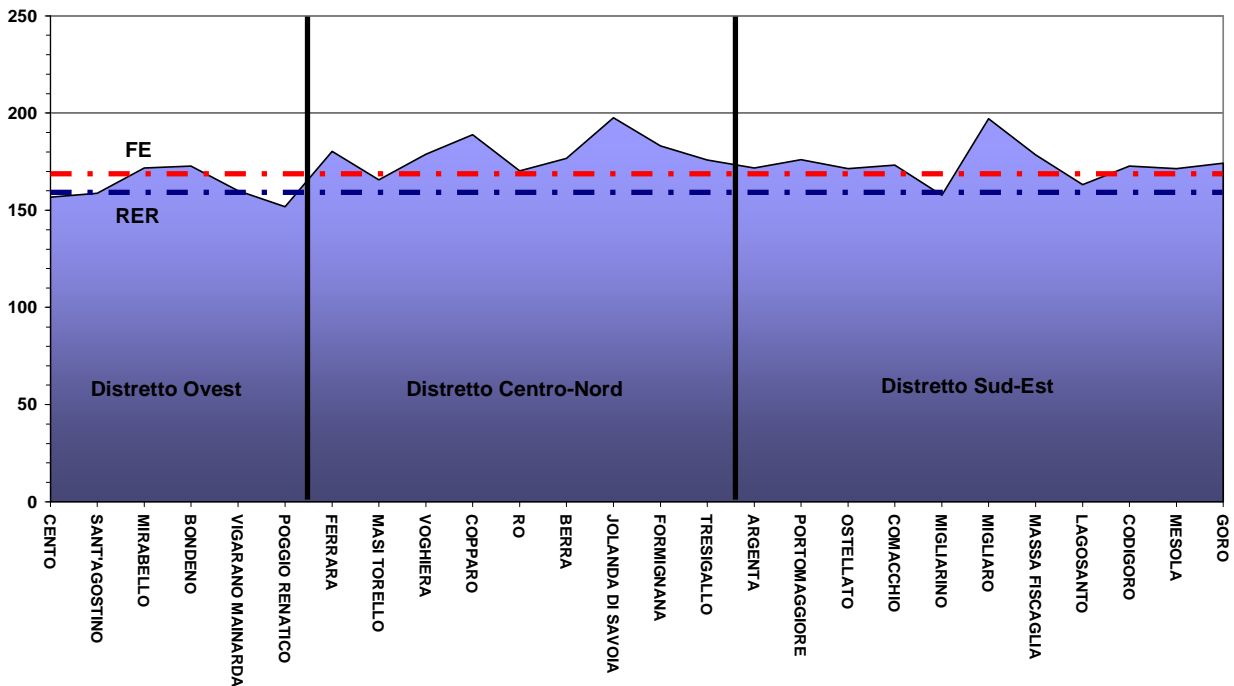
L'analisi di raffronto di tale parametro tra provincia di Ferrara e Regione evidenzia un valore superiore per la provincia di Ferrara (157,6 vs 154,7), soprattutto per la mobilità passiva extraregionale (16,8 vs 9,7), il dato è minore solamente in ambito privato (15,3 vs 20,4).

In particolare, dall'analisi distrettuale si rileva che il Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età più basso, è relativo ai residenti nel Distretto Ovest (154,5 abitanti), seguito quasi a pari merito da quello del Distretto Centro Nord e Distretto Sud Est (rispettivamente 158,3 e 158,8 abitanti).

Tasso di ospedalizzazione specifico per Distretto di residenza e Classe età. Anno di dimissione: 2013

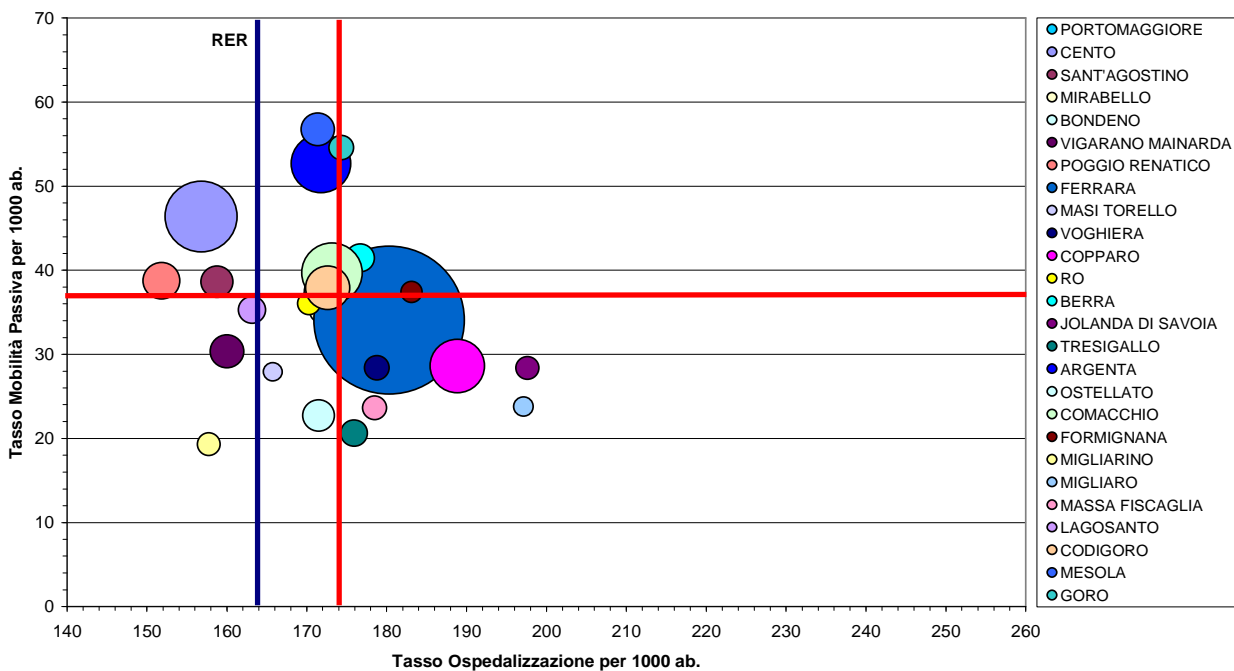
Distretto di residenza	0	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	>84	TOTALE
OVEST	381,9	71,1	48,4	108,6	139,4	253	322,4	439,1	159,4
CENTRO-NORD	351,8	78	55,1	107,7	136,4	252,4	358,8	508,4	177,6
SUD-EST	295,4	85,7	59,6	110,1	139,8	264,3	350,7	434,6	173,9
TOTALE	344,4	78,1	54,5	108,6	138	256	349,6	474,3	172,5
RER	355,4	79,3	54,6	105	131,4	254,5	354,2	474,3	161,1

Tassi Grezzi di Ospedalizzazione Comunali - Anno 2012



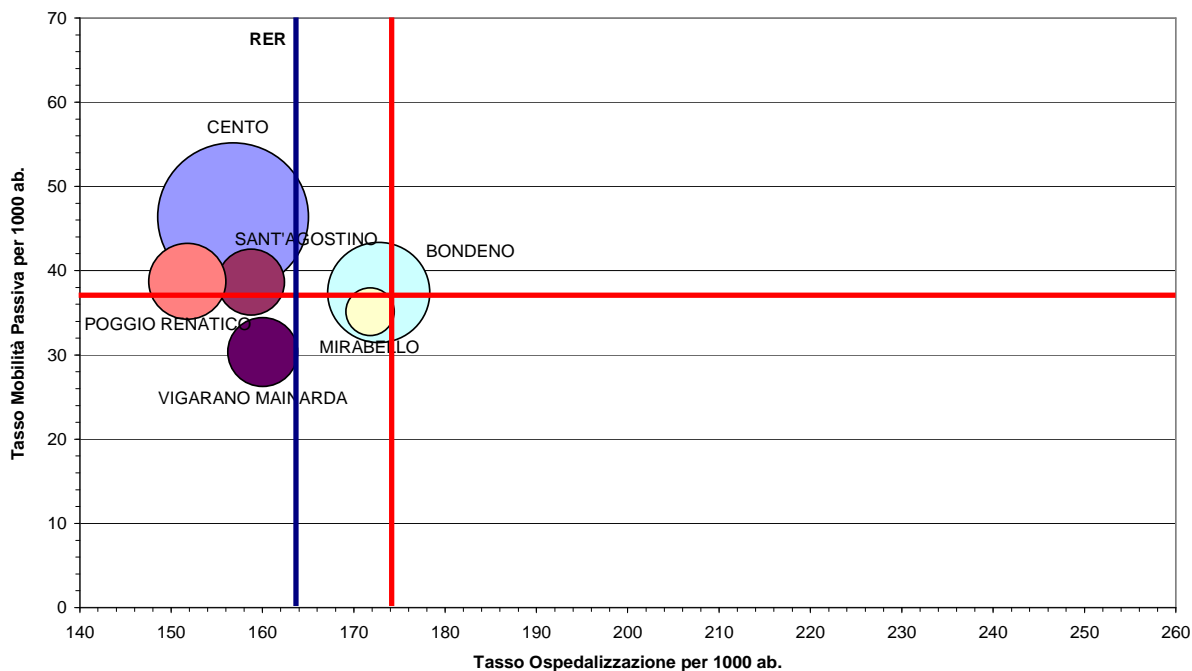
Il distretto centro-nord presenta un tasso di ospedalizzazione pari a 180,83 ricoveri/1.000 abitanti, pertanto superiore alla media provinciale (173,97) e regionale (163,8). I distretti ovest e sud-est presentano rispettivamente tassi di ospedalizzazione di 160,37 ricoveri/1.000 abitanti e 172,62 ricoveri/1.000 abitanti. Si osserva un comportamento disomogeneo all'interno dei distretti, in quanto i comuni mostrano tassi di ospedalizzazione con andamenti diversi. In particolare i comuni di Jolanda di Savoia e Migliaro presentano i tassi di ospedalizzazione più elevati: rispettivamente 197,62 e 197,13 ricoveri/1000 abitanti.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2012



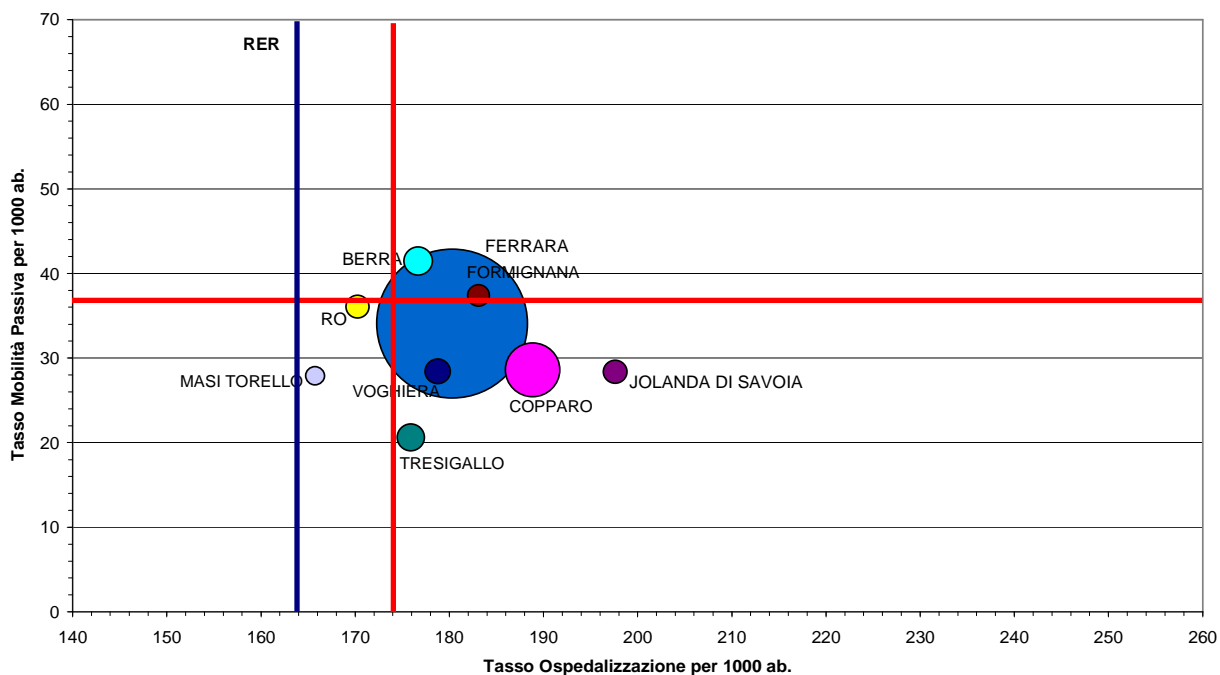
La matrice di posizionamento visualizza il comportamento di ogni singolo comune in relazione al tasso di ospedalizzazione generale e al tasso di mobilità. È possibile pertanto analizzare come i comuni che si posizionano nella parte destra del grafico abbiano elevati tassi di ospedalizzazione (superiori 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 nella parte alta del grafico presentano valori elevati di tassi di mobilità passiva, viceversa per i comuni che si collocano nella parte inferiore del grafico. La dimensione del cerchio è direttamente proporzionale al numero di ricoveri: maggiore è la dimensione e maggiore è il numero di ricoveri.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2012 - Distretto Ovest



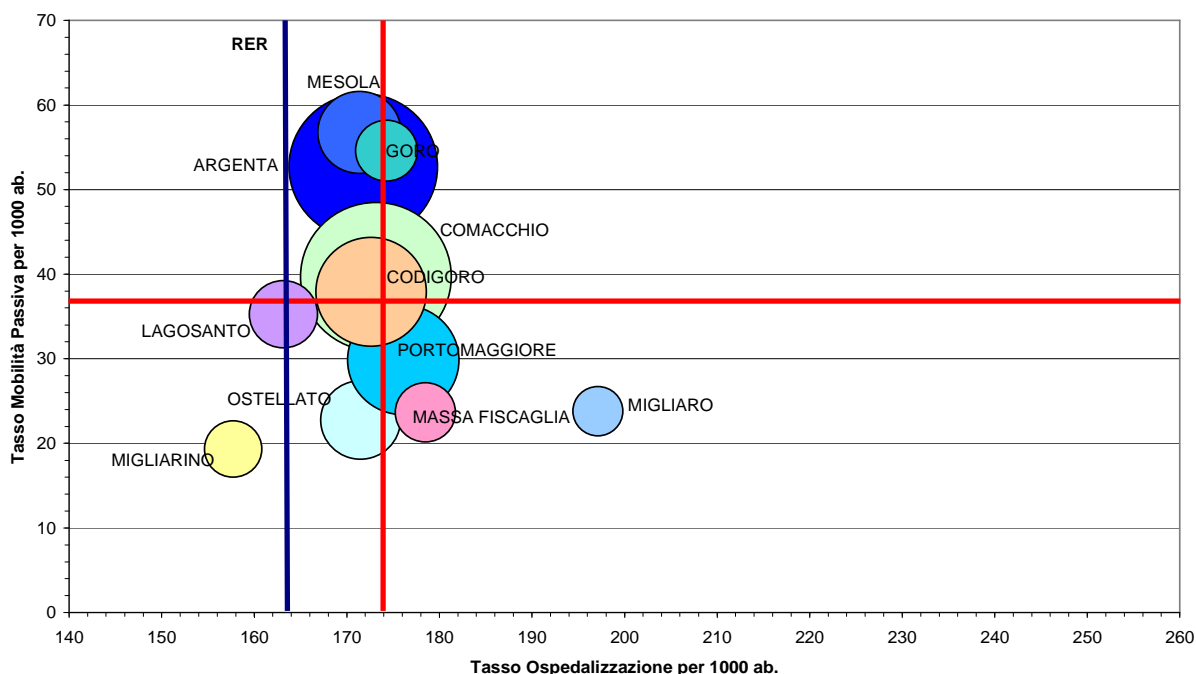
I comuni di Cento, Poggiorenatico, S.Agostino e Vigarano Mainarda mostrano tassi di ospedalizzazione inferiori al tasso medio provinciale a cui si associa per i comuni di Cento, Poggiorenatico e Sant'Agostino una maggiore tendenza ad usufruire dei ricoveri in strutture al di fuori dell'ambito provinciale.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2012 - Distretto Centro-Nord



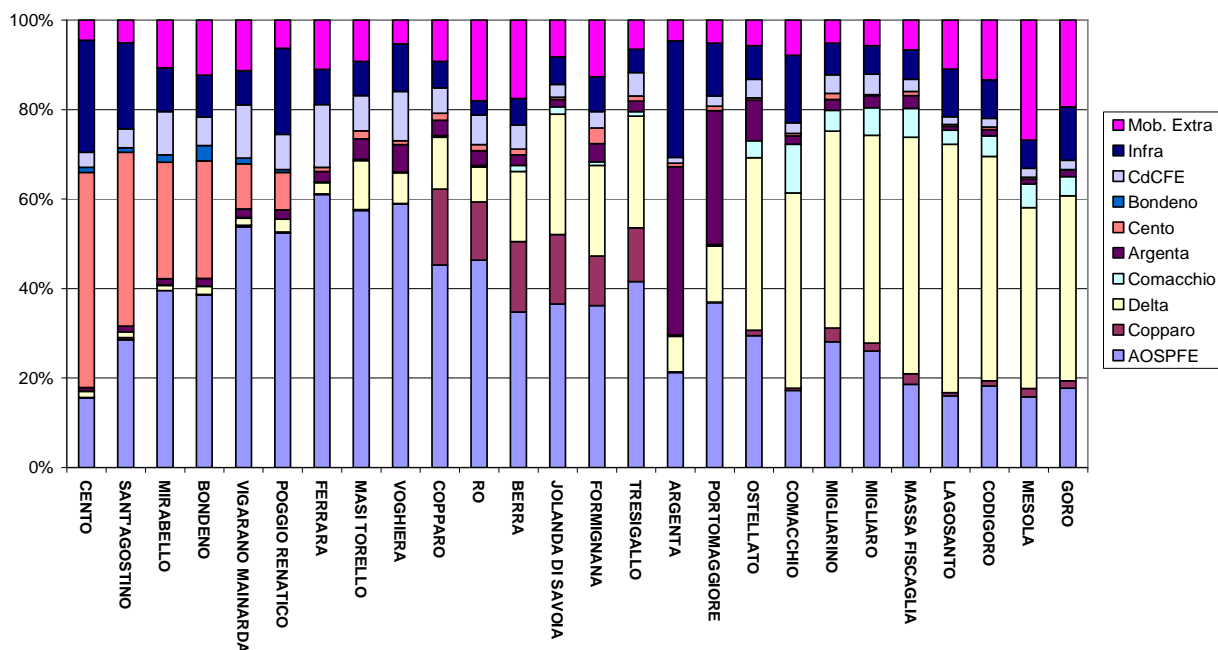
I comuni del distretto centro-nord hanno in generale bassi tassi di mobilità, ma elevati tassi di ospedalizzazione generale.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2012 - Distretto Sud-Est



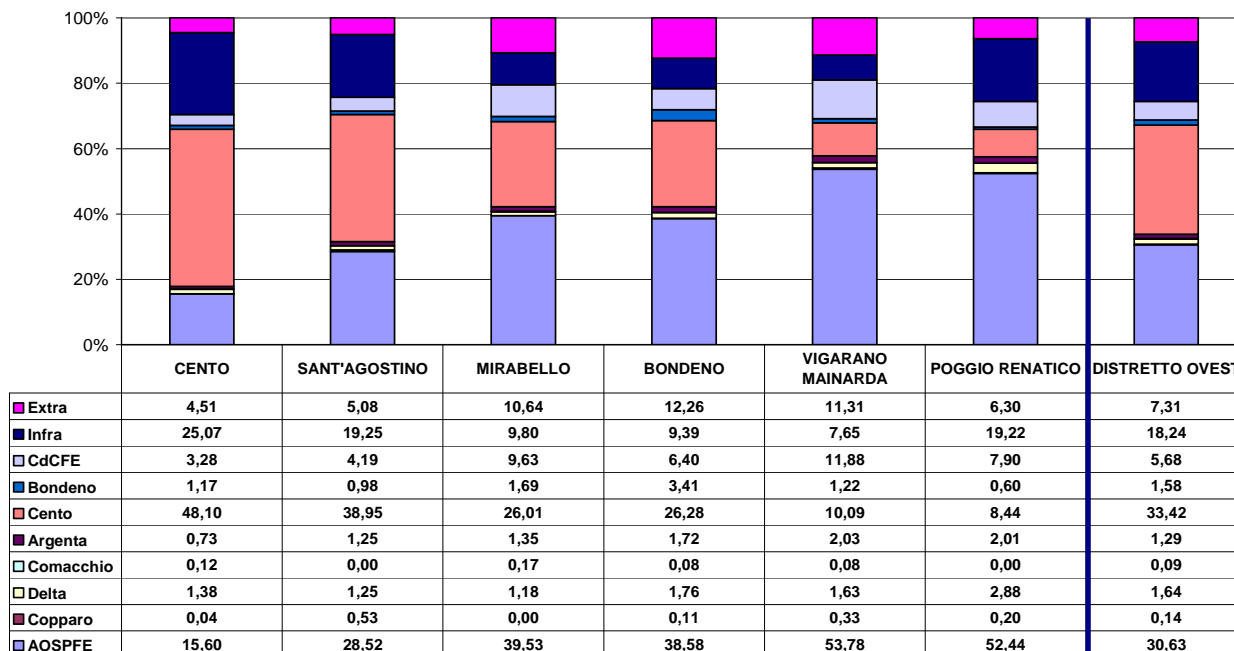
I comuni di Mesola, Goro e Argenta presentano i tassi di mobilità più elevati della provincia (rispettivamente 56,75/1000, 54,58/1000, 52,69/1000 rispetto ad una media provinciale di 36,84/1000). I comuni di Lagosanto (163,16/1000) e Migliarino (157,74/1000) presentano un T.O. più basso rispetto a quello regionale.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero - Anno 2012



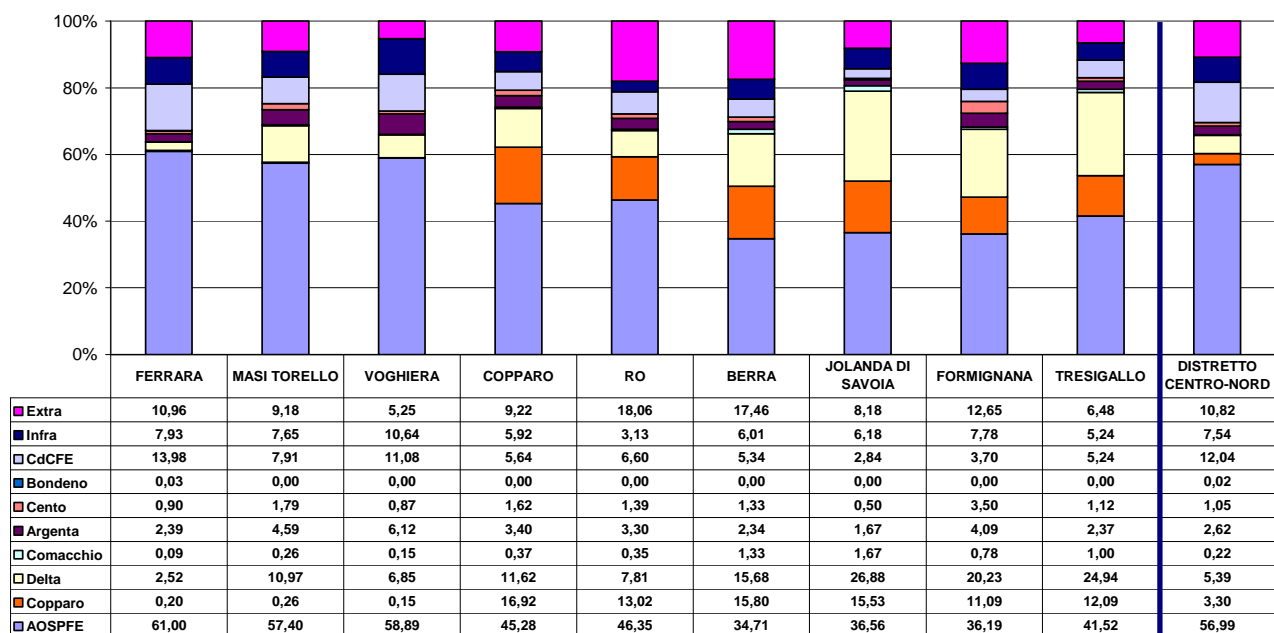
L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture erogatrici riflette essenzialmente la collocazione geografica. La tendenza dei cittadini appare pertanto quella di recarsi nelle strutture vicine al luogo di residenza.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero - Anno 2012 - Distretto Ovest



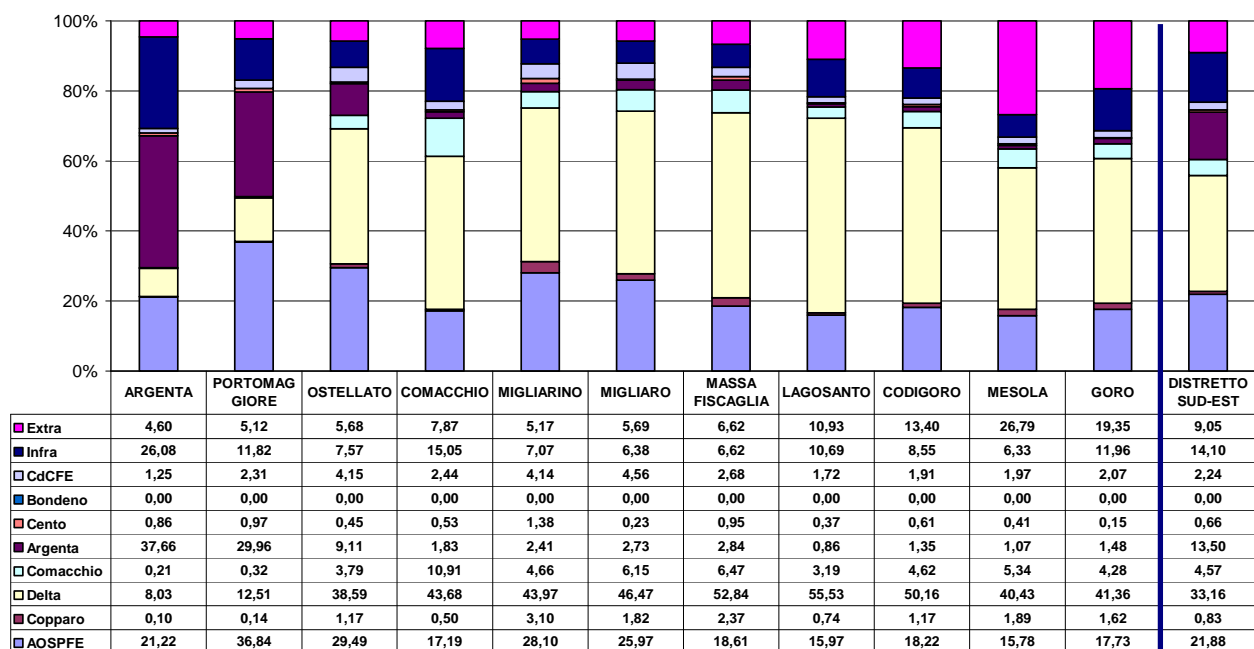
I comuni di Cento e S.Agostino dipendono prevalentemente dall’Ospedale di Cento (rispettivamente 48,10% e 38,95% dei ricoveri) per motivi di vicinanza logistica. Il comune di Cento, al confine con altre province della Regione usufruisce della più alta quota di ricoveri presso strutture extra provinciali infra regionali (25.07% 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 39,53%, il 38,58%, il 53,78% e il 52,44% dei ricoveri.

**Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero
- Anno 2012 - Distretto Centro-Nord**



Tutti i comuni del distretto centro-nord presentano elevate percentuali di ricoveri presso l’AOSPFE. I comuni di Ferrara, Masi Torello e Voghiera presentano la quota maggiore di ricoveri presso strutture private di Ferrara (rispettivamente 13,98%, 7,91% e 11,08% dei ricoveri). I comuni di Ro e Berra presentano le quote più elevate di ricoveri consumati presso strutture extraregionali (18,06% e 17,46% dei ricoveri).

**Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero
- Anno 2012 - 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 di Codigoro, Mesola e Goro con rispettivamente il 13,40%, 26,79% e 19,35% di tutti i ricoveri erogati in strutture extraregionali. Risulta elevato anche il valore di mobilità infraregionale del comune di Argenta con il 26.08% dei ricoveri erogati da strutture extra provinciali 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.

Struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati all' 31.12.2013 (Anno 2013)

AZIENDE	Posti letto pubblici				Posti letto privati						Indicatori				
	Acuti	Riabilitazio ne (56+28+75)	LD	Totale	Acuti		Post-acuti			Totale accredita ti	Acuti	LD+ Riab.	Recupero e Riabilitazio ne	LD	Totale
					Accredita ti	Non accreditati	Riabilitazio ne accreditati	LD accr.	riabilitazion e non accreditati						
FERRARA	459	24	117	600	116	-		75		191					
OSP. FERRARA	621	80	10	711						-	1,73	0,25	0,22	0,03	1,99
FERRARA	1.080	104	127	1.311	116	-	-	75	-	191	3,34	0,85	0,29	0,56	4,19
TOTALE REGIONE	12.523	674	1.245	14.442	2.862	233	890	822	31	4.574					
Indicatore PL*1000	2,80		0,43	3,2	0,6			0,4		1,0	3,44	0,81	0,35	0,46	4,25

(*) La popolazione di riferimento per gli indicatori è la popolazione per azienda, residente in Emilia Romagna al 1.01.2013 - 4.471.104

Complessivamente il sistema ospedaliero dell'Azienda USL di Ferrara è dotato di 600 posti letto (compresi 30 posti letto di psichiatria di cui 15 presso l'Ospedale del Delta e 15 facenti parte del SPDC di Ferrara situato all'interno dell'Ospedale S. Anna di Cona), di cui 551 di ricovero ordinario e 49 di ricovero in regime di Day Hospital, suddivisi in 13 discipline, a sua volta articolate nei diversi stabilimenti. Presso l'Ospedale del Delta sono presenti 4 posti di Osservazione breve intensiva (O.B.I.) che non rientrano nel conteggio dei posti letto ospedalieri. 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 al 31/12/2013 è la seguente:

Riferimenti	2008	2009	2010	2011	2012	2013
N° posti letto dell'Azienda USL di Ferrara	753	751	759	752	721	600
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	174	174	174	174	164	141
N° posti letto dell'Azienda OSP di Ferrara	863	863	860	860	704	711
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	97	97	97	97	80	90
N° posti letto accreditati nelle Case di Cura	169	145	145	195	195	191
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	75	75	75	75	75	75
N° totale di posti letto Provincia di Ferrara	1.785	1.759	1.764	1.807	1.620	1.502
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	346	346	346	346	244	231
Dotazione media ogni 1.000 abitanti	5,02	4,91	4,91	5,02	4,50	4,19
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	0,97	0,97	0,96	0,96	0,89	0,85
Posti letto totali RER (pubblici e privati accreditati)	19.777	19.732	19.606	20.493	19.945	19.016
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	3.896	3.931	3.862	3.911	3.807	3.631
Dotazione media ogni 1.000 abitanti RER	4,63	4,55	4,46	4,62	4,47	4,25
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	0,91	0,91	0,88	0,88	0,85	0,81

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, andamento questo rilevato anche per l'ambito regionale.

Day Surgery.

La tendenza al trasferimento di parte della attività chirurgica verso tale forma di assistenza è testimoniata sia dall'incremento dei dimessi in regime di Day Hospital di tipo chirurgico, che dall'indice di Day – Surgery, che esprime la percentuale di dimissioni avvenute in Day Hospital e in regime Ordinario di un giorno. Dal 2007 ad oggi l'indice di Day – Surgery ha ripreso ad aumentare fino ad attestarsi a valori prossimi a quello medio regionale.

Lungodegenza

I Reparti di Lungodegenza dell'Azienda Usl di Ferrara presentano una durata media di degenza pari a 24,5 giorni, valore questo superiore al dato medio regionale che si attesta sui 20,87 giorni.

Nel corso degli anni l'andamento del parametro aziendale e di quello regionale, è rimasto sostanzialmente costante, generando un differenziale pari a circa 4,5 giornate di degenza media in più nell'ambito ferrarese rispetto a quello regionale.

In parte, la degenza media più elevata, può essere legata alla percentuale di ultrasessantacinquenni più elevata nell'ambito della provincia di Ferrara rispetto alla media regionale (valore provinciale > 92%, valore regionale > 88%).

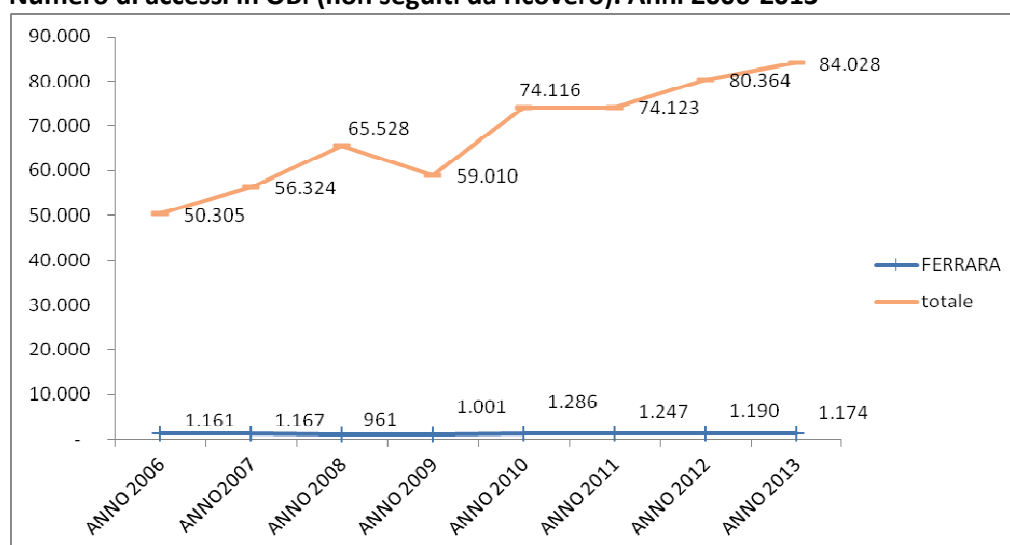
Day Hospital

Il Tasso di ospedalizzazione standardizzato in regime di ricovero in DH medico delle strutture dell'azienda USL mostra un trend in riduzione nel corso degli anni, fino a risultare inferiore al T.O. delle strutture pubbliche regionali (a partire dal 2007 ad oggi). Il T.O. in regime di DH chirurgico mostra un trend in riduzione.

Un dato in controtendenza è quello del rapporto tra tasso di ospedalizzazione standardizzato per il DH medico e il DH chirurgico: infatti in ambito regionale si registra un valore più elevato per il DH medico rispetto a quello chirurgico, mentre nella provincia di Ferrara è più elevato il tasso di ospedalizzazione del DH chirurgico rispetto a quello medico.

Gli accessi in *Osservazione breve intensiva (O.B.I.)* non seguiti da ricovero per l'anno 2013 sono stati per l'Ausl di Ferrara pari a 1.174 (-1,3% rispetto al 2012) in controtendenza al dato regionale che mostra un incremento.

Numero di accessi in OBI (non seguiti da ricovero). Anni 2006-2013



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.

Attività di pronto Soccorso - anni 2011-2013

Aziende Sanitarie	Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013	
	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100
Azienda usl di Ferrara	89.265	15,9	84.543	14,4	74.037	14,0
Totale Regionale	1.835.085	15,2	1.821.086	15,2	1.821.564	15,2

Anche per l'anno 2013 l'Ausl di Ferrara presenta una percentuale di ricoveri/accessi attorno al 14%, come per il 2012 inferiore alla media regionale di circa un punto percentuale.

Numero di accessi x1000 abitanti per Distretto di residenza e Gravità del paziente

Distretto di residenza	PAZIENTE NON URGENTE	PAZIENTE URGENTE	PAZIENTE ACUTO	PAZIENTE CRITICO	NON RILEVABILE	TOTALE
OVEST	51,4	259,6	49,6	4,7	3,3	368,7
CENTRO NORD	45,3	232,6	60,1	5,8	0,4	344,2
SUD EST	76,9	320,2	56,5	8,2	0,8	462,6
PROVINCIA	55,6	263,6	56,8	6,2	1,2	383,4
RER	66,1	227,2	68,7	5,9	7,1	375

Nel 2013 la CO118 di Ferrara ha effettuato 38.780 servizi presentando un decremento dell' 1% di servizi rispetto al 2012 così suddivisi:

Codice rientro	2012	2013
1	45%	52,4%
2	25%	29,4%
3	1.25%	1,1%
4 decesso	1.7%	2,1%
Trattamento sul posto	13%	14%
Rifiuto	14%	2%
Totale	39.278	38.780

Rimangono sovrapponibili le percentuali di tipologie di codice di rientro seppure leggermente in aumento la percentuale dei cod 1 e calati i rifiuti per l'effetto legato alle numerose chiamate ricevute in occasione dei due eventi sismici

Codice di invio	2012	2013
BIANCO	4.5%	4,6%
VERDE	41%	41%
GIALLO	23.5%	23,4%
ROSSO	31%	31%

Le percentuali dei servizi in funzione dei codici colori nel 2013 sono sovrapponibili al 2012 si è registrato una percentuale di sottostima del 0.06% contro lo 0.10% del 2012.

Relativamente agli ospedali di destinazione dei pazienti trasportati dal sistema di emergenza 118:

OSPEDALI	2012 (82%)	2013 (84%)
ARGENTA	6.5%	5.9%
BENTIVOGLIO	0.4	0.3
BOLOGNA	0.1	0.05
BONDENO	0.2	
CENTO	11.4	11.5
COMACCHIO	1.2	1
COPPARO	3.3	
DELTA	20.6	20
FERRARA	57.0	61.2
S.G. PERSICETO	0.1	0.1

Nel 2013 sono stati ricoverati l'84% dei pazienti che hanno chiamato il 118 contro l'82% del 2012. Mentre nel 2012 a fronte di una lieve flessione di ricoveri nell'ospedale di Ferrara che ha affrontato il trasloco da Corso Giovecca a Cona si è avuto un incremento negli ospedali spoke che hanno supportato l'ospedale Hub per alcuni mesi compreso l'ospedale di Bologna dove sono stati centralizzati alcuni pazienti traumatizzati e affetti da IMA., nel 2013 si assiste ad un incremento dei trasporti verso Cona.

Piano sangue, raccolta e consumi

Confronto attività di raccolta sangue 2013 – 2012

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
Ferrara	21.794	22.368	-2,6
TOTALE	234.457	249.825	-6,2

Confronto consumi di Unità di globuli rossi 2013-2012

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
Ferrara	23.088	23.035	0,2
TOTALE	234.529	246.074	-4,7

Confronto attività di aferesi 2013-2012

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
Ferrara	953	856	11,3
TOTALE	63.994	59.243	8,0

Confronto totale attività (raccolta sangue intero+aferesi) 2013 - 2012

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
Ferrara	22.747	23.224	-2,1
TOTALE	298.453	309.068	-3,4

Per quanto riguarda l'ambito della raccolta e consumo del sangue, i dati della provincia di Ferrara mostrano un andamento migliore rispetto a quelli regionali. Infatti pur essendo diminuita l'attività di raccolta del sangue intero (di una percentuale comunque inferiore al livello regionale), è aumentata l'attività di aferesi di circa l'11,3% (nello stesso periodo il dato regionale è diminuito). L'attività totale di raccolta della provincia di Ferrara nel periodo 2013-2012 registra quindi un -2,1% rispetto ad un andamento regionale pari al -3,4%. In sintesi, pur presentando dei dati discreti, 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.

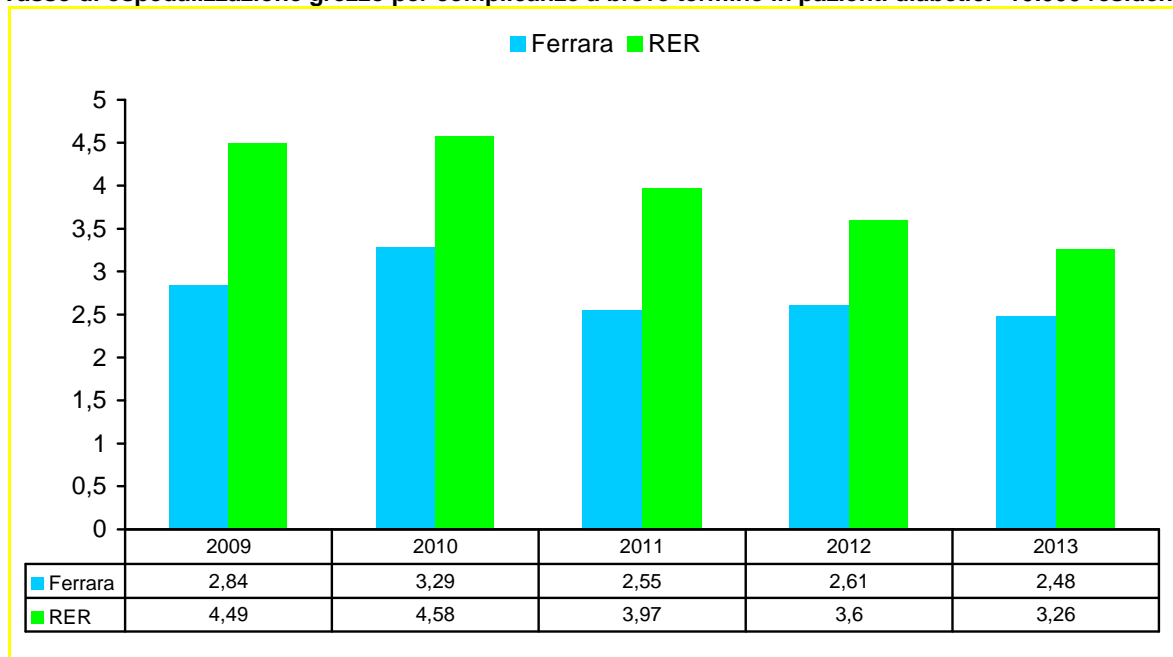
Livelli Essenziali di Assistenza – Qualità dell'Assistenza

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.

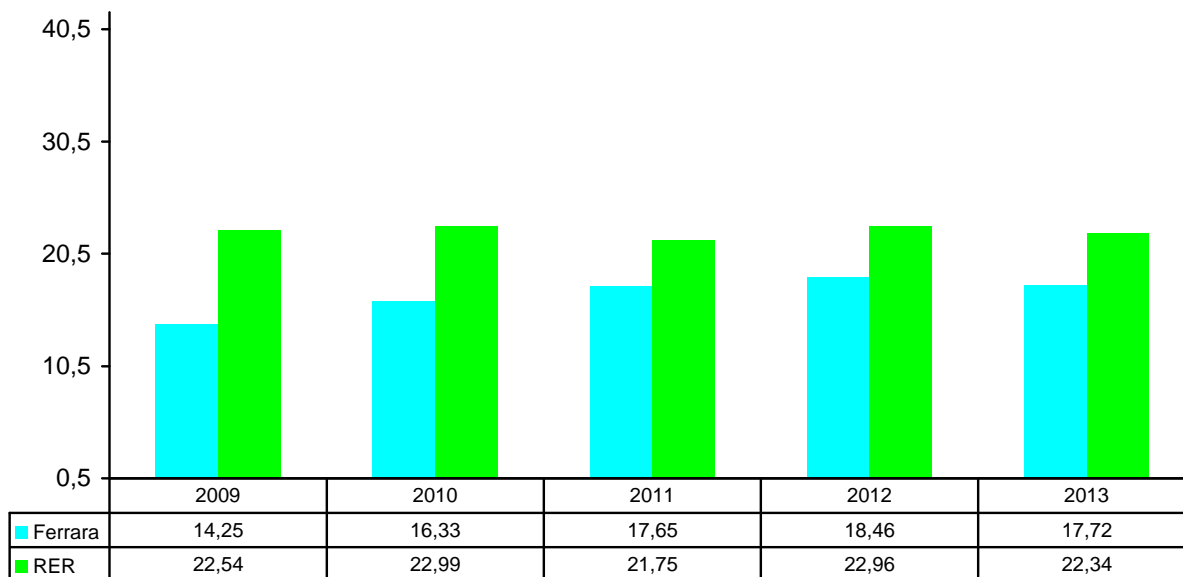
L'uso di un indicatore di per sé non deve avvenire determinando nel lettore interpretazioni assolute; l'interpretazione dei dati deve invece avvenire in un contesto multidimensionale al fine di permettere la visione complessiva del sistema analizzato nei suoi più variegati aspetti.

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



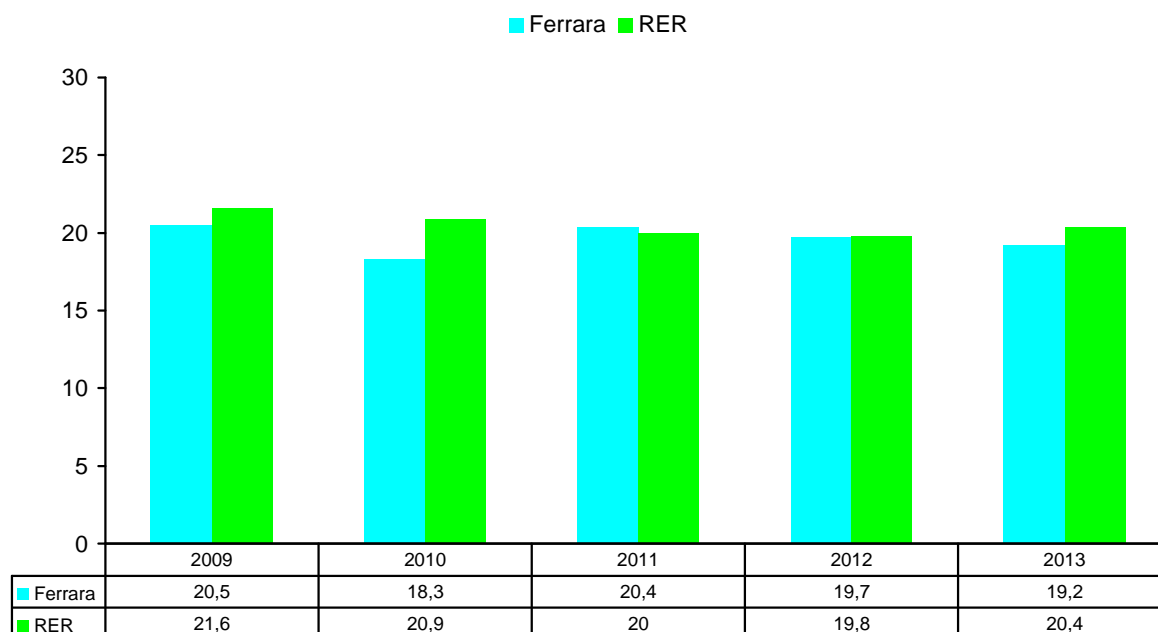
Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici* 10.000 residenti.

■ Ferrara ■ RER



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 quadriennio 2009-2013 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 inappropriatazza, 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.

Numero di parti e percentuale parti cesarei per punto nascita – 2013. AUSL FE. Distretto CENTRO-NORD

	Punto nascita	Residenti distretto:n°parti	Residenti distretto:% cesarei	Residenti AUSL:n°parti	Residenti AUSL:% cesarei	Residenti Regione E.R.: n°parti	Residenti RegioneE.R.: % cesarei
1	AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	870	29,5	1.257	30,2	1.320	31,0
2	OSPEDALE DEL DELTA	58	43,1	339	29,8	345	29,3
3	AOSPU S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	22	45,5	70	45,7	3.369	34,3
4	OSPEDALE MAGGIORE	10	30,0	29	31,0	2.953	29,2
5	OSPEDALE BENTIVOGLIO	4	25,0	39	25,6	565	23,4
6	OSPEDALE RAVENNA	4	50,0	32	50,0	1.415	33,6
7	OSPEDALE CENTO	3	33,3	350	26,6	560	26,4
8	AOSPU POLICLINICO - MO	2	50,0	5	40,0	2.865	28,6
9	OSPEDALE CESENA	1	100,0	2	100,0	2.035	25,5
10	OSPEDALE RIMINI	1	0,0	2	0,0	2.616	18,2
11	OSPEDALE PIACENZA	0	.	.	.	1.293	28,2
12	OSPEDALE FIOREZZUOLA D'ARDA	0	.	.	.	597	33,5
13	OSPEDALE FIDENZA	0	.	.	.	823	26,7
14	OSPEDALE BORGO VAL DI TARO	0	.	.	.	148	27,0
15	OSPEDALE GUASTALLA	0	.	.	.	720	26,5
16	OSPEDALE MONTECCHIO EMILIA	0	.	.	.	689	28,4
17	OSPEDALE SCANDIANO	0	.	.	.	645	19,8
18	OSPEDALE CASTELNOVO NE' MONTI	0	.	.	.	189	34,9
19	OSPEDALE CARPI	0	.	1	0,0	1.294	18,1
20	OSPEDALE MIRANDOLA	0	.	4	50,0	369	20,1
21	OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO	0	.	.	.	343	28,0
22	OSPEDALE IMOLA	0	.	13	30,8	981	30,7
23	OSPEDALE PORRETTA TERME	0	.	.	.	101	11,9
24	OSPEDALE LUGO	0	.	36	13,9	788	21,6
25	OSPEDALE FAENZA	0	.	3	0,0	767	25,9
26	OSPEDALE FORLI'	0	.	.	.	1.283	24,8
27	OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.	0	.	.	.	1.244	27,4
28	OSP. PRIVATO CITTA' DI PARMA	0	.	.	.	320	62,5
29	OSP. PRIVATO VILLA REGINA - BO	0	.	.	.	28	82,1
30	OSPEDALI RIUNITI-PR	0	.	.	.	2.277	32,3
31	AOSP S.MARIA NUOVA - RE	0	.	.	.	2.012	30,6
32	PARTO A DOMICILIO/ALTROVE	0	.	.	.	101	0,0
99	TOTALE	975	30,9	2.182	30,0	35.055	28,0

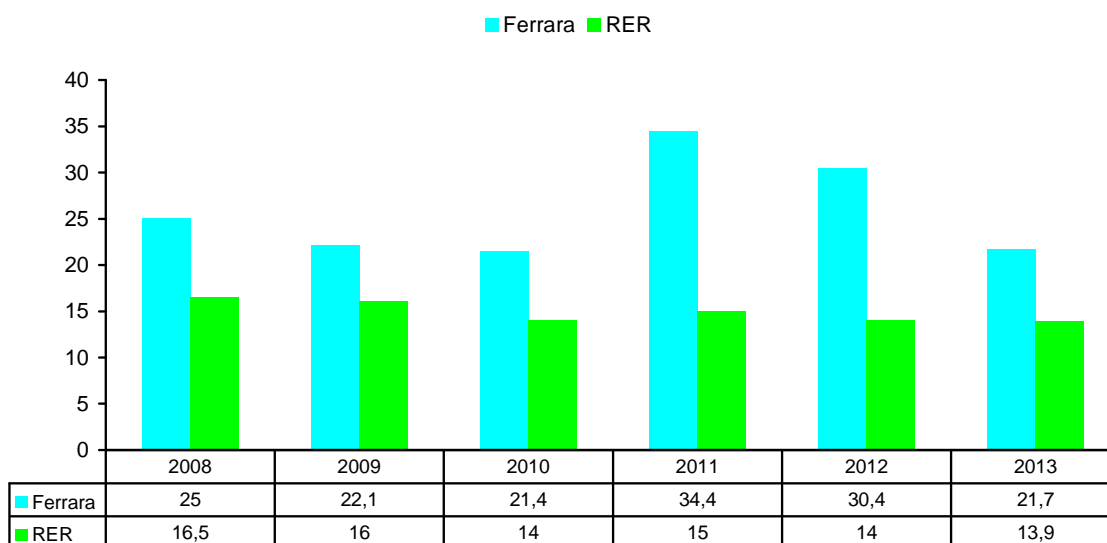
Numero di parti e percentuale parti cesarei per punto nascita – 2012. AUSL FE - Distretto OVEST

Punto nascita		Residenti distretto:n°parti	Residenti distretto:% cesarei	Residenti AUSL:n°parti	Residenti AUSL:% cesarei	Residenti Regione E.R.: n°parti	Residenti Regione E.R.: % cesarei
1	OSPEDALE CENTO	345	26,7	350	26,6	560	26,4
2	AOSPU S.ANNA - FE	221	28,1	1.257	30,2	1.320	31,0
3	OSPEDALE BENTIVOGLIO	29	24,1	39	25,6	565	23,4
4	AOSPU S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	28	46,4	70	45,7	3.369	34,3
5	OSPEDALE MAGGIORE	15	20,0	29	31,0	2.953	29,2
6	OSPEDALE MIRANDOLA	4	50,0	4	50,0	369	20,1
7	OSPEDALE DEL DELTA	4	25,0	339	29,8	345	29,3
8	AOSPU POLICLINICO - MO	3	33,3	5	40,0	2.865	28,6
9	OSPEDALE RAVENNA	2	100,0	32	50,0	1.415	33,6
10	OSPEDALE IMOLA	1	0,0	13	30,8	981	30,7
11	OSPEDALE FAENZA	1	0,0	3	0,0	767	25,9
12	OSPEDALE RIMINI	1	0,0	2	0,0	2.616	18,2
13	OSPEDALE PIACENZA	0	.	.	.	1.293	28,2
14	OSPEDALE FIORENZUOLA D'ARDA	0	.	.	.	597	33,5
15	OSPEDALE FIDENZA	0	.	.	.	823	26,7
16	OSPEDALE BORGO VAL DI TARO	0	.	.	.	148	27,0
17	OSPEDALE GUASTALLA	0	.	.	.	720	26,5
18	OSPEDALE MONTECCHIO EMILIA	0	.	.	.	689	28,4
19	OSPEDALE SCANDIANO	0	.	.	.	645	19,8
20	OSPEDALE CASTELNOVO NE' MONTI	0	.	.	.	189	34,9
21	OSPEDALE CARPI	0	.	1	0,0	1.294	18,1
22	OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO	0	.	.	.	343	28,0
23	OSPEDALE PORRETTA TERME	0	.	.	.	101	11,9
24	OSPEDALE LUGO	0	.	36	13,9	788	21,6
25	OSPEDALE FORLI'	0	.	.	.	1.283	24,8
26	OSPEDALE CESENA	0	.	2	100,0	2.035	25,5
27	OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.	0	.	.	.	1.244	27,4
28	OSP. PRIVATO CITTA' DI PARMA	0	.	.	.	320	62,5
29	OSP. PRIVATO VILLA REGINA - BO	0	.	.	.	28	82,1
30	OSPEDALI RIUNITI-PR	0	.	.	.	2.277	32,3
31	AOSP S.MARIA NUOVA - RE	0	.	.	.	2.012	30,6
32	PARTO A DOMICILIO/ALTROVE	0	.	.	.	101	0,0
99	TOTALE	654	28,0	2.182	30,0	35.055	28,0

Numero di parti e percentuale parti cesarei per punto nascita – 2012. AUSL FE - Distretto SUD EST

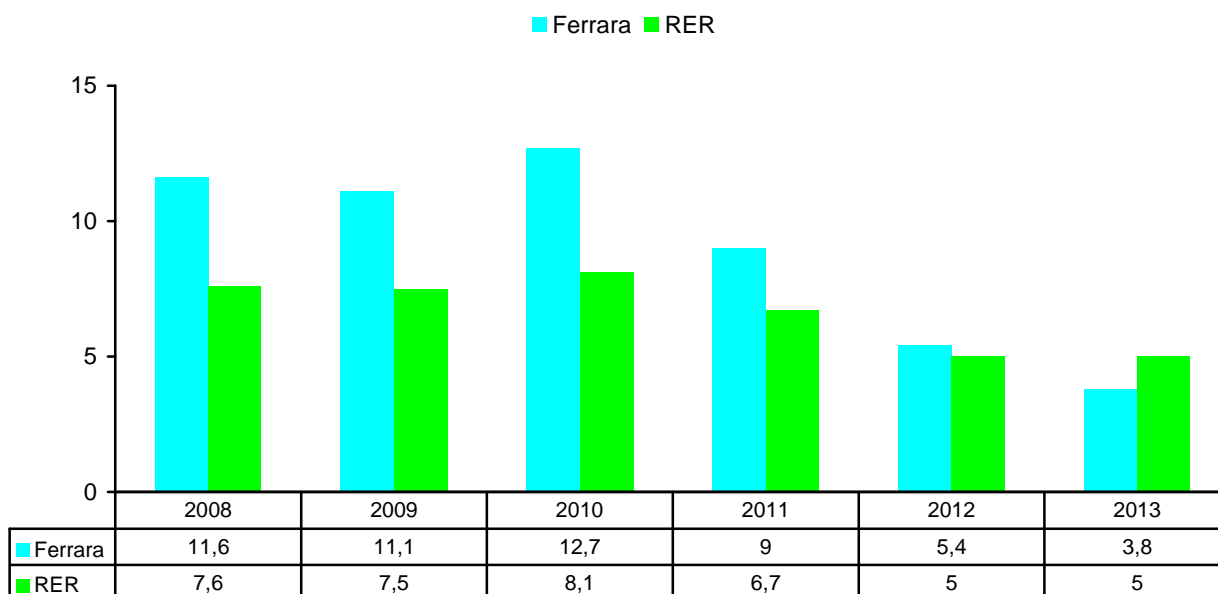
	Punto nascita	Residenti distretto:n°parti	Residenti distretto:% cesarei	Residenti AUSL:n°parti	Residenti AUSL:% cesarei	Residenti RegioneE.R.: n°parti	Residenti RegioneE.R.: % cesarei
1	OSPEDALE DEL DELTA	277	27,1	339	29,8	345	29,3
2	AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	166	36,1	1.257	30,2	1.320	31,0
3	OSPEDALE LUGO	36	13,9	36	13,9	788	21,6
4	OSPEDALE RAVENNA	26	46,2	32	50,0	1.415	33,6
5	AOSPU S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	20	45,0	70	45,7	3.369	34,3
6	OSPEDALE IMOLA	12	33,3	13	30,8	981	30,7
7	OSPEDALE BENTIVOGLIO	6	33,3	39	25,6	565	23,4
8	OSPEDALE MAGGIORE	4	75,0	29	31,0	2.953	29,2
9	OSPEDALE CENTO	2	0,0	350	26,6	560	26,4
10	OSPEDALE FAENZA	2	0,0	3	0,0	767	25,9
11	OSPEDALE CARPI	1	0,0	1	0,0	1.294	18,1
12	OSPEDALE CESENA	1	100,0	2	100,0	2.035	25,5
13	OSPEDALE PIACENZA	0	.	.	.	1.293	28,2
14	OSPEDALE FIORENZUOLA D'ARDA	0	.	.	.	597	33,5
15	OSPEDALE FIDENZA	0	.	.	.	823	26,7
16	OSPEDALE BORGIO VAL DI TARO	0	.	.	.	148	27,0
17	OSPEDALE GUASTALLA	0	.	.	.	720	26,5
18	OSPEDALE MONTECCHIO EMILIA	0	.	.	.	689	28,4
19	OSPEDALE SCANDIANO	0	.	.	.	645	19,8
20	OSPEDALE CASTELNOVO NE' MONTI	0	.	.	.	189	34,9
21	OSPEDALE MIRANDOLA	0	.	4	50,0	369	20,1
22	OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO	0	.	.	.	343	28,0
23	OSPEDALE PORRETTA TERME	0	.	.	.	101	11,9
24	OSPEDALE FORLI'	0	.	.	.	1.283	24,8
25	OSPEDALE RIMINI	0	.	2	0,0	2.616	18,2
26	OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.	0	.	.	.	1.244	27,4
27	OSP. PRIVATO CITTA' DI PARMA	0	.	.	.	320	62,5
28	OSP. PRIVATO VILLA REGINA - BO	0	.	.	.	28	82,1
29	OSPEDALI RIUNITI-PR	0	.	.	.	2.277	32,3
30	AOSP S.MARIA NUOVA - RE	0	.	.	.	2.012	30,6
31	AOSPU POLICLINICO - MO	0	.	5	40,0	2.865	28,6
32	PARTO A DOMICILIO/ALTROVE	0	.	.	.	101	0,0
99	TOTALE	553	30,9	2.182	30,0	35.055	28,0

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



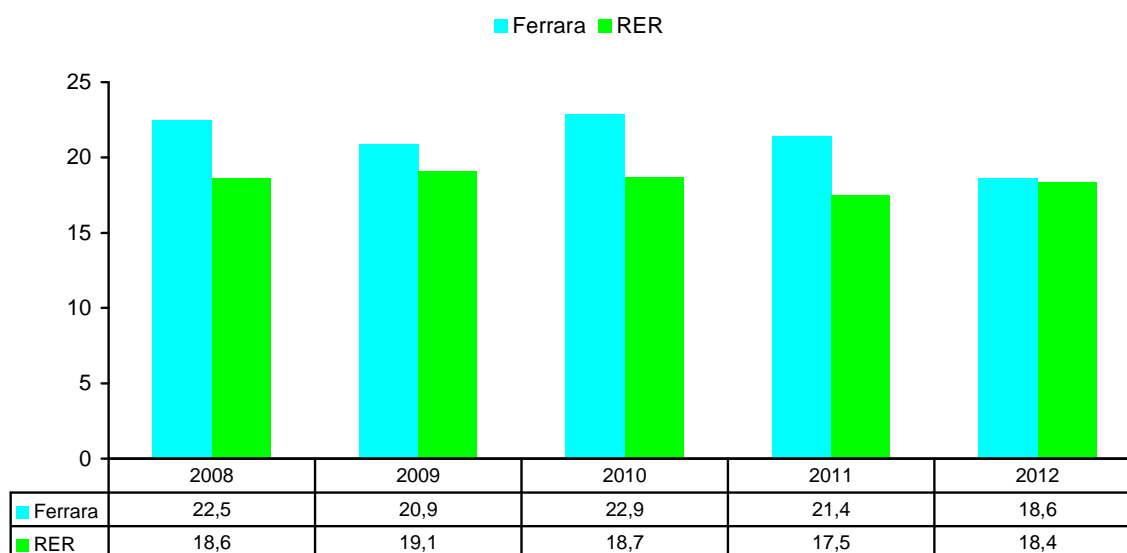
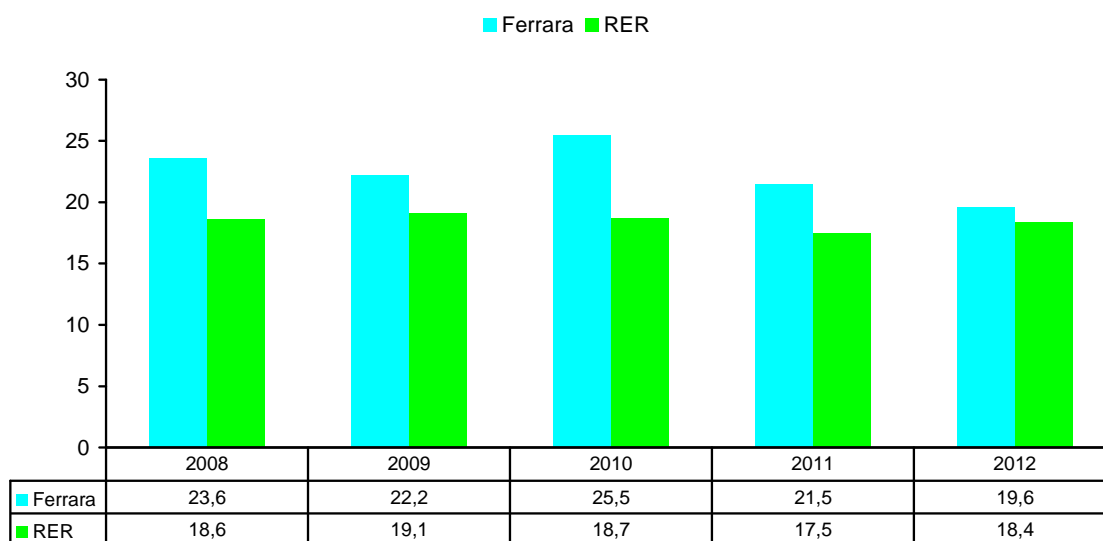
Il valore registrato per l'indicatore (dato riferito alla sede del ricovero) che risulta tra i più elevati della Regione Emilia-Romagna, ha portato l'Ausl di Ferrara alla riorganizzazione dell'attività di PTCA sul livello provinciale, con il coinvolgimento dell'AOSP di riferimento; ciò con l'ottica di 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 l'indicatori di decesso dopo ricovero per NSTEMI (dato riferito alla sede del ricovero), 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.

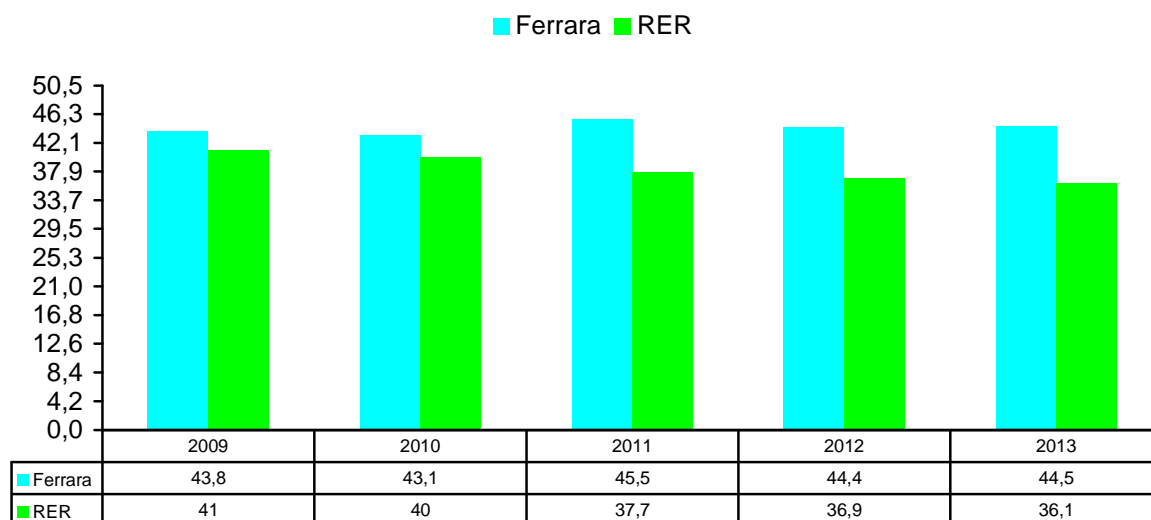
Proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke. Per Azienda Sanitaria di ricovero e di residenza



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.

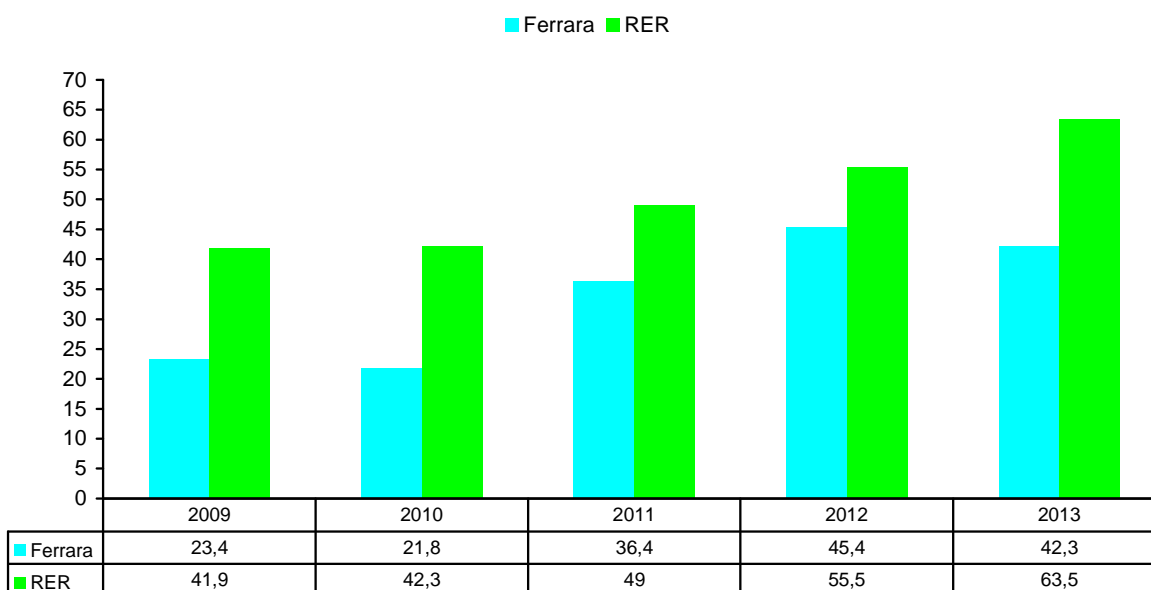
Come per tutti gli indicatori, ancor più in particolare per quelli riguardanti la mortalità, questi dati vanno interpretati tenendo presente il case-mix del singolo ospedale (complessità media dei casi trattati) e l'orientamento clinico della singola équipe. Tale affermazione trova riscontro nelle cospicue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



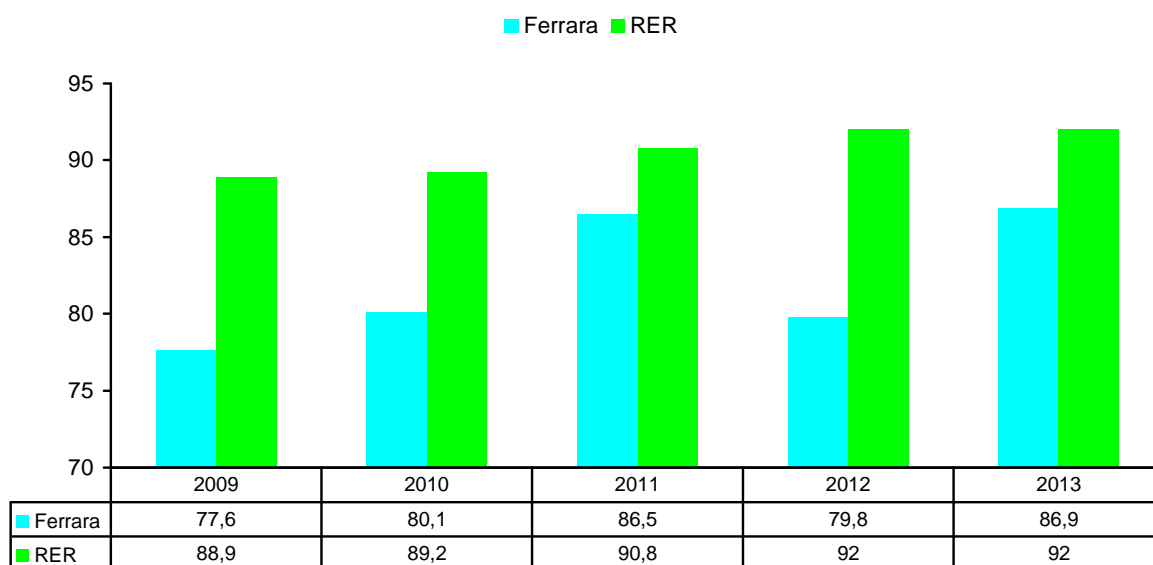
La percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con più di 65 anni viene monitorata a livello internazionale dall'OECD. Tale monitoraggio mostra che in paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 e il 2005, il valore dell'indicatore 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 ottenuto un importante miglioramento del valore dell'indicatore a partire dal 2011 grazie ai risultati dell'audit realizzato in collaborazione con il Servizio di Programmazione, alle UU.OO. di Ortopedia dell'Azienda unitamente ad altri servizi dell'Ausl di Ferrara.

L'attività direttamente connessa all'audit delle cartelle cliniche e alla revisione dell'attività ha portato ad un'importante sensibilizzazione dei professionisti coinvolti nel trattamento del paziente con frattura di femore e a una forte presa di coscienza della problematica. Ciò ha reso percentualmente più semplice intraprendere delle modifiche organizzative all'interno della struttura complessa ospedaliera che andassero nell'ottica di perseguire gli standard dell'indicatore.

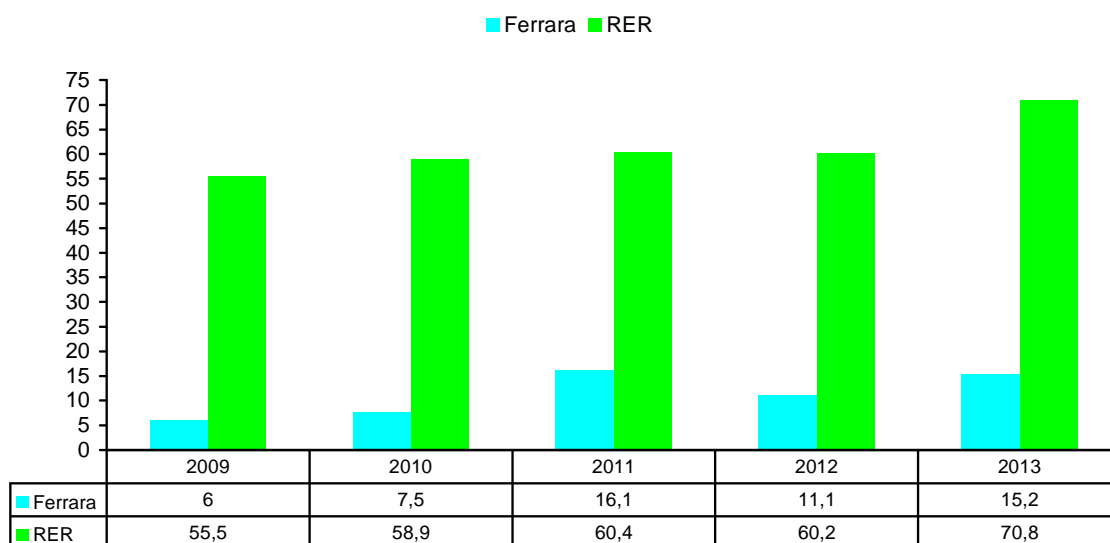
Seppur ancora al di sotto del valore regionale di riferimento, la percentuale di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero, è passata da 23,4% nel 2009 al 42,3% nel 2013.

Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica per Azienda Sanitaria di ricovero.



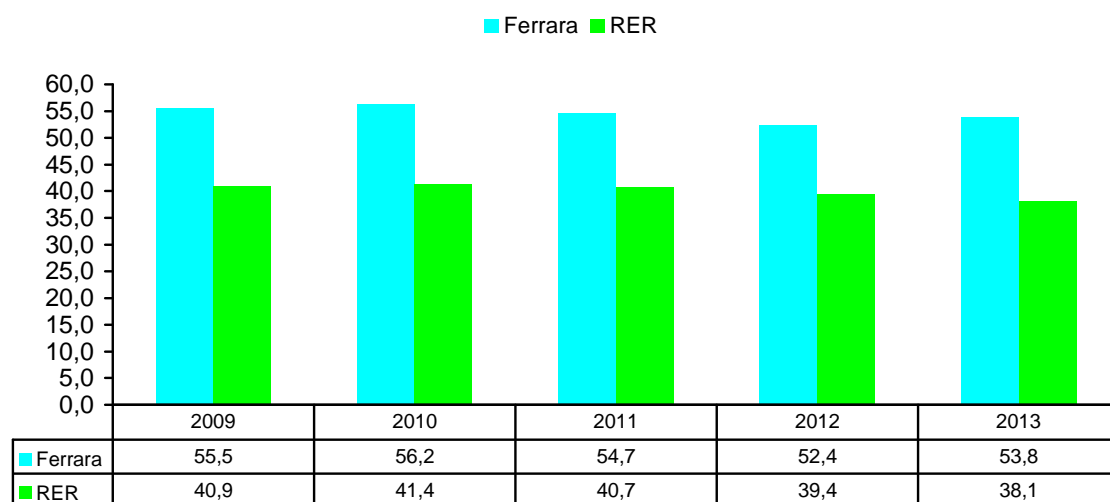
La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze 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, grazie all'effetto combinato dell'acquisizione di idonea strumentazione e della sempre migliore preparazione dei professionisti, ha messo in atto progressivamente azioni con l'obiettivo di un avvicinamento del valore dell'indicatore alla media regionale.

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 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.

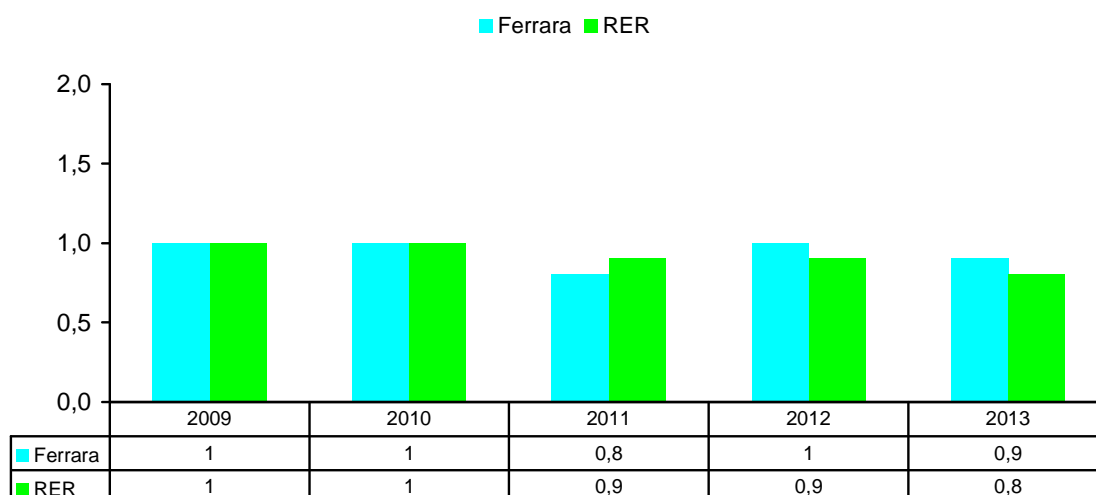
Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio*10.000 residenti.



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.

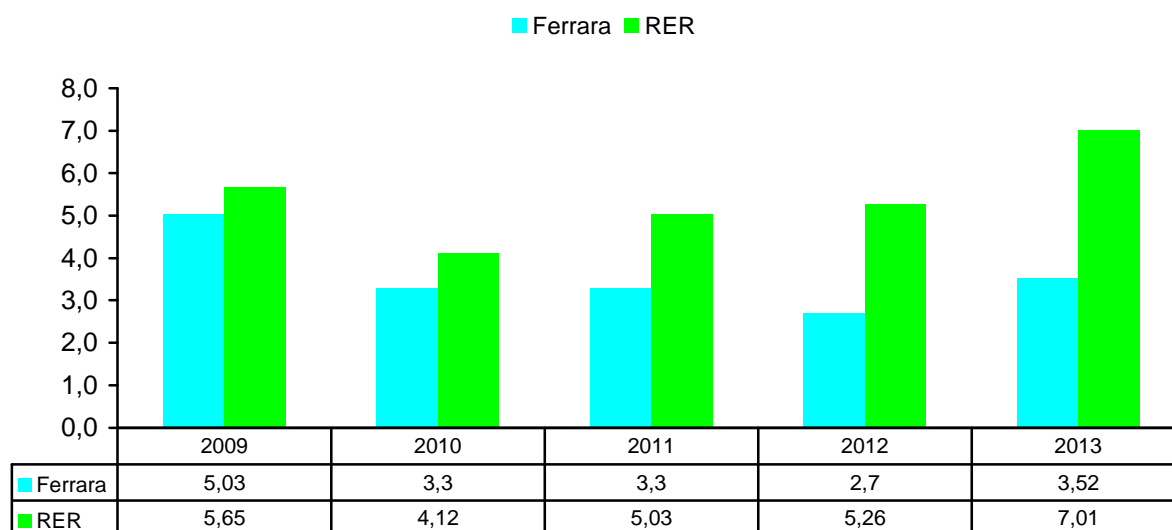
Il dato del tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio fatto registrare dai pazienti residenti nella provincia di Ferrara, risulta essere in tutto il quadriennio il più alto in ambito regionale. L'Ausl ha quindi avviato una revisione della presa in carico dello scompenso cardiaco 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.



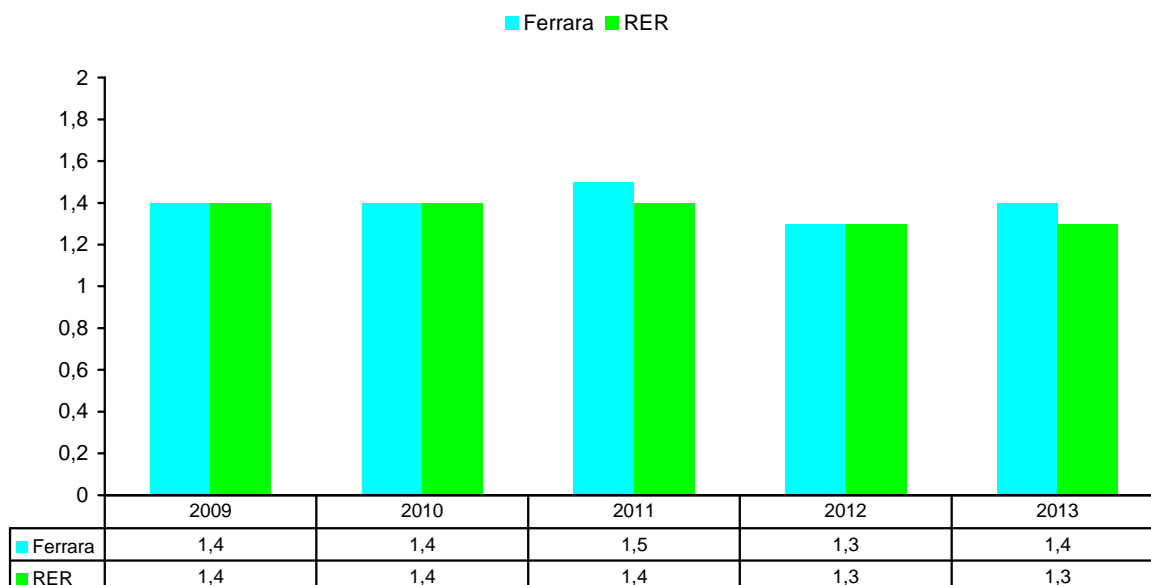
Il controllo del diabete mediante la terapia appropriata, insieme a interventi educativi e adeguata cura del piede sono in grado di ridurre il rischio di necessità di amputazione, come dimostrano studi relativi a programmi di intervento per la gestione del diabete. Il tasso di amputazione degli arti 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 2013 - escluso PS e OBI

TOTALE REGIONE	Totale erogato	Prestazioni con attesa >0g	1-30 gg (v.%)	1-45 gg (v.%)	1-60 gg (v.%)	1-75 gg (v.%)	1-90 gg (v.%)	oltre 90 gg (v.%)
Visite	3.225.174	2.677.948	43,28	55,37	64,59	71,47	76,87	23,13
Prestazioni Terapeutiche	984.835	565.386	57,06	68,06	75,73	81,95	86,54	13,46
Riabilitazione	1.281.496	769.220	71,3	79,62	84,05	87,19	89,99	10,01
Laboratorio	28.511.562	24.246.872	89,56	93,95	95,68	96,78	97,56	2,44
Diagnostica	4.603.087	3.839.926	50,48	61,03	69,36	75,98	81,06	18,94

109 - FERRARA	Totale erogato	Prestazioni con attesa >0g	1-30 gg (v.%)	1-45 gg (v.%)	1-60 gg (v.%)	1-75 gg (v.%)	1-90 gg (v.%)	oltre 90 gg (v.%)
Visite	180.799	134.098	34,03	43,04	50,34	57,74	64,29	35,71
Prestazioni Terapeutiche	44.200	28.796	56,84	68,68	76,78	83,14	88,6	11,4
Riabilitazione	115.557	53.563	82,99	89,8	94,58	96,56	97,57	2,43
Laboratorio	1.732.760	1.537.241	91,54	96,22	97,36	98,12	98,68	1,32
Diagnostica	255.380	212.566	51,57	61,54	67,36	71,97	76,05	23,95

**Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del SSN per Distretto di erogazione.
% Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private - Anno 2013 - escluso PS e OBI**

109 - FERRARA		Totale erogato	Prestazioni con attesa >0g	1-30 gg (v.%)	1-45 gg (v.%)	1-60 gg (v.%)	1-75 gg (v.%)	1-90 gg (v.%)	oltre 90 gg (v.%)
NON VALORIZZATO	Laboratorio	470	379	82,59	91,03	93,67	96,04	96,04	3,96
OVEST	Visite	43.514	34.595	38,66	48,83	56,55	63,95	71,52	28,48
	Prestazioni Terapeutiche	14.614	10.077	64,8	75,12	83,2	89,4	94,38	5,62
	Riabilitazione	25.906	12.862	74,38	84,68	93,15	97,23	99,15	0,85
	Laboratorio	606.587	563.424	91,73	96,48	97,52	98,19	98,61	1,39
	Diagnostica	45.927	34.414	50,79	66,18	73,53	78,63	81,98	18,02
CENTRO-NORD	Visite	70.866	45.956	34,72	43	50,44	58,27	65,19	34,81
	Prestazioni Terapeutiche	13.201	6.688	52,18	62,2	70,5	78,59	85,87	14,13
	Riabilitazione	35.483	23.964	82,42	89,58	93,4	94,85	95,99	4,01
	Laboratorio	143.044	121.226	88,8	94	95,35	96,26	97,17	2,83
	Diagnostica	110.451	91.388	46,96	57,77	64,3	69,17	73,93	26,07
SUD-EST	Visite	66.419	53.547	30,44	39,33	46,24	53,29	58,85	41,15
	Prestazioni Terapeutiche	16.385	12.031	52,76	66,88	74,9	80,42	85,26	14,74
	Riabilitazione	54.168	16.737	90,41	94,04	97,36	98,51	98,63	1,37
	Laboratorio	982.659	852.212	91,82	96,37	97,54	98,33	98,94	1,06
	Diagnostica	99.002	86.764	56,73	63,68	68,13	72,29	75,93	24,07

L'area ospedaliera - Tempi di attesa ospedali

Ricoveri programmati a carico del SSN – tempi di attesa ospedali – Anno 2013

Tipo intervento e Tipo azienda	Ricoveri Programmati	Ricoveri programmati con attesa > 0 gg	% Tempi di attesa = 0 gg	% Tempi di attesa = 1-30 gg	% Tempi di attesa = 1-60 gg	% Tempi di attesa = 1-90 gg	% Tempi di attesa = 1-120 gg	% Tempi di attesa = 1-180 gg	% Tempi di attesa > 180 gg	Attesa mediana (gg)
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (ord.) Azienda USL	8	7	12,5	71,4	100	100	100	100	0	21
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (ord.) Azienda USL	24	23	4,2	30,4	65,2	82,6	95,7	100	0	41
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (ord.) Azienda USL	56	50	10,7	90	100	100	100	100	0	11
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (ord.) Azienda USL	27	25	7,4	88	100	100	100	100	0	10
CHEMIOTERAPIA (DH) Azienda USL	396	301	24	99	99,3	99,7	100	100	0	1
ANGIOPLASTICA (PTCA) (ord.) Azienda USL	18	10	44,4	80	90	90	100	100	0	11
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (ord.) Azienda USL	25	24	4	37,5	75	95,8	100	100	0	34,5
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (ord.) Azienda USL	254	249	2	4	20,9	32,9	40,6	49,8	50,2	181
EMORROIDECTOMIA (DH) Azienda USL	25	25	0	24	44	68	84	92	8	65
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH) Azienda USL	394	394	0	30,2	57,9	71,6	81,2	92,6	7,4	52

Banca dati SDO

(*)La %Ricoveri con TdA = 0 gg viene calcolata in rapporto al totale dei ricoveri programmati, mentre le %TdA 1-30 ... %TdA >180 vengono calcolate in rapporto al totale dei ricoveri con TdA > 0 gg

Segnalazioni dagli URP aziendali per tipologia di segnalazione e per CCRQ. Anno 2012 vs anno 2013

Distribuzione per tipologia di segnalazione e per CCRQ (evento segnalato) 2012 vs 2013

	Elogi		Impropri		Reclami e Rilievi		Suggerimenti		TOTALE	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Aspetti tecnici professionali	210	200	0	0	117	167	1	0	328	367
Aspetti relazionali	180	133	0	0	50	49	0	2	230	184
Aspetti organizzativi	3	8	0	0	149	140	4	6	156	154
Tempi	0	0	0	0	55	75	0	0	55	75
Aspetti economici	0	0	0	0	47	65	0	0	47	65
Aspetti alberghieri e comfort	0	4	0	0	36	34	8	5	44	43
Informazione	3	6	0	0	23	21	2	0	28	27
Aspetti normativi	0	0	0	0	15	26	0	1	15	27
Altro	15	16	0	0	6	9	1	0	22	25
Provo di CCRQ	0	0	6	23	0	0	0	0	18	23
Aspetti strutturali	1	0	0	0	21	11	2	0	24	11
TOTALE	412	367	6	23	519	597	18	14	967	1001

Capitolo realizzato con la collaborazione di: Antonio Alfano, Gabriella Antolini, Paola Bardasi, Sandro Bartalotta, Antonella Beccati, Lorenzo Benini, Chiara Benvenuti, Chiara Berardelli, Maria Chiara Bongiovanni, Anna Campi, Stefano Carlini, Renato Cardelli, Sara Castellari, Filomena CATERA, Giuseppe Chillemi, Anna Codamo, Giuseppe Cosenza, Marisa Cova, Chiara Cuoghi, Aldo De Togni, Antonio Di Giorgio, Franca Emanuelli, Flavio Ferioli, Maria Ficca, Alessandra Galletti, Luisa Garofani, Paola Giacometti, Erika Grandi, Michele Greco, Antonella Grotti, Sandro Guerra, Mauro Manfredini, Felice Maran, Luigi Martelli, Cinzia Martelossi, Emanuela Montanari, Silvano Nola, Stefano Palazzi, Maria Caterina Pareschi, Valerio Parmeggiani, Adelina Ricciardelli, Erminio Righini, Cristina Rossi, Paola Scanavacca, Carlotta Serenelli, Gianni Serra, Cristina Sorio, Adello Vanni, Daniela Vassalli.