

2. Il profilo aziendale

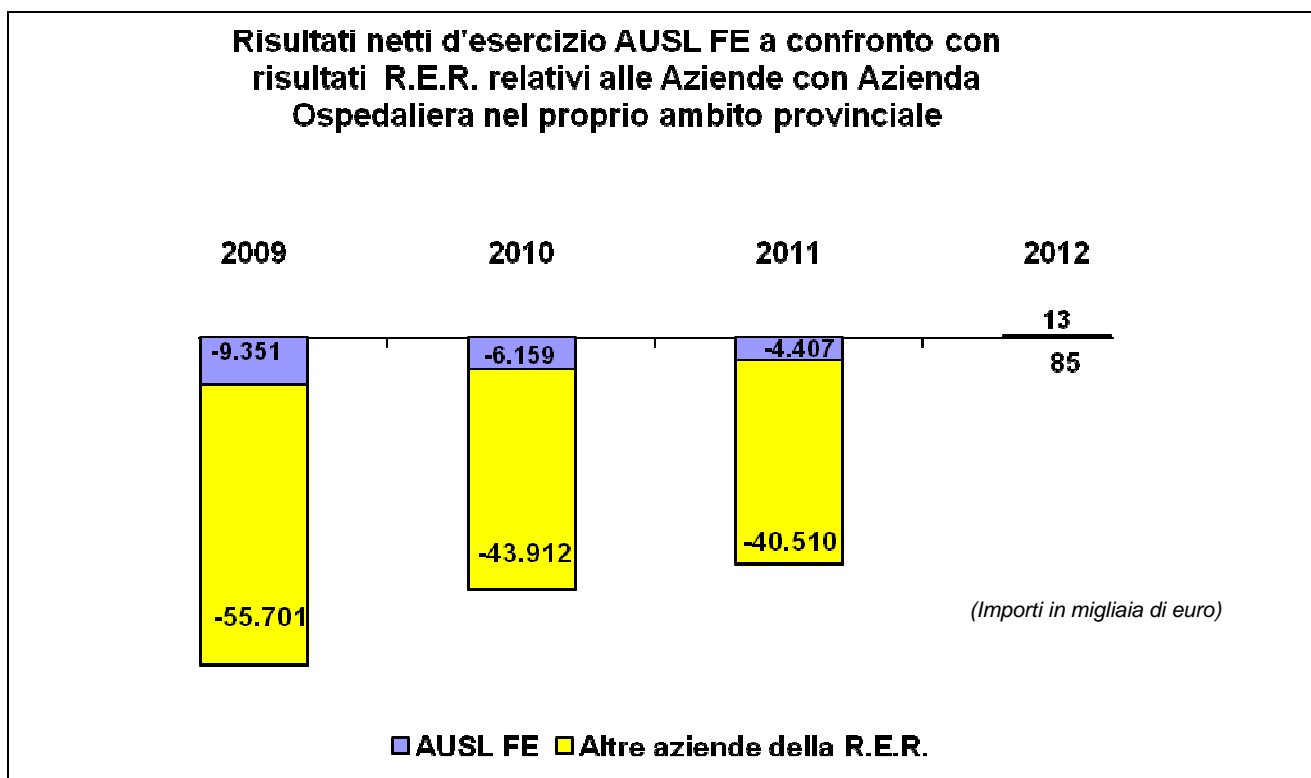


Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

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.



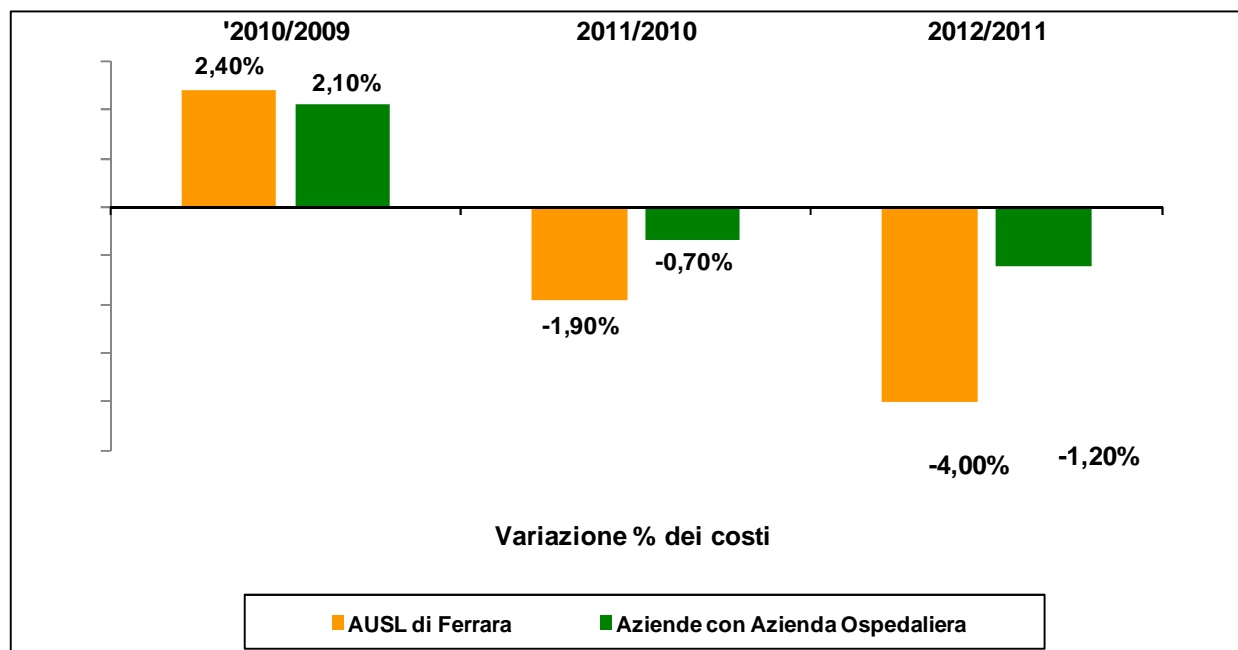
Fonte dati: Regione Emilia-Romagna

Obiettivo economico 2012

Il valore obiettivo, fissato dalle linee guida regionali per il 2012, prevede il pareggio di bilancio secondo le regole civilistiche; la gestione 2012 raggiunge l'obiettivo e chiude, ulteriormente con un lievissimo utile di 12.693 euro.

Si tratta di una buona performance, ottenuta proseguendo nel percorso e nelle modalità gestionali ed operative già avviate nel 2011, anno che ha segnato l'inversione di tendenza rispetto ai precedenti andamenti gestionali. L'anno 2012 ha visto il concretizzarsi di azioni rigorose di gestione delle risorse, in applicazione di norme nazionali e regionali, che hanno segnato un anno straordinario, caratterizzato per la provincia di Ferrara da due eventi epocali: l'evento sismico del 20 e 29 maggio e il trasloco dell'ospedale S. Anna presso la nuova sede di Cona. Anche questi eventi hanno avuto un impatto non trascurabile nel delineare gli andamenti gestionali. La gestione rigorosa, l'attenzione ad un corretto utilizzo delle risorse e l'analisi dell'offerta riorganizzata secondo i principi di sostenibilità, sicurezza ed equità hanno consentito di ottenere un rientro complessivo al livello di equilibrio economico, primo passo di un lungo e difficile percorso di consolidamento.

Andamento dei Costi di Produzione. L'andamento dell'aggregato economico dei costi di produzione evidenzia per l'Azienda USL di Ferrara un minor incremento nel 2012 rispetto alla media delle Aziende Sanitarie territoriali appartenenti al gruppo di quelle caratterizzate dalla presenza di un'Azienda Ospedaliera nel territorio di riferimento.



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

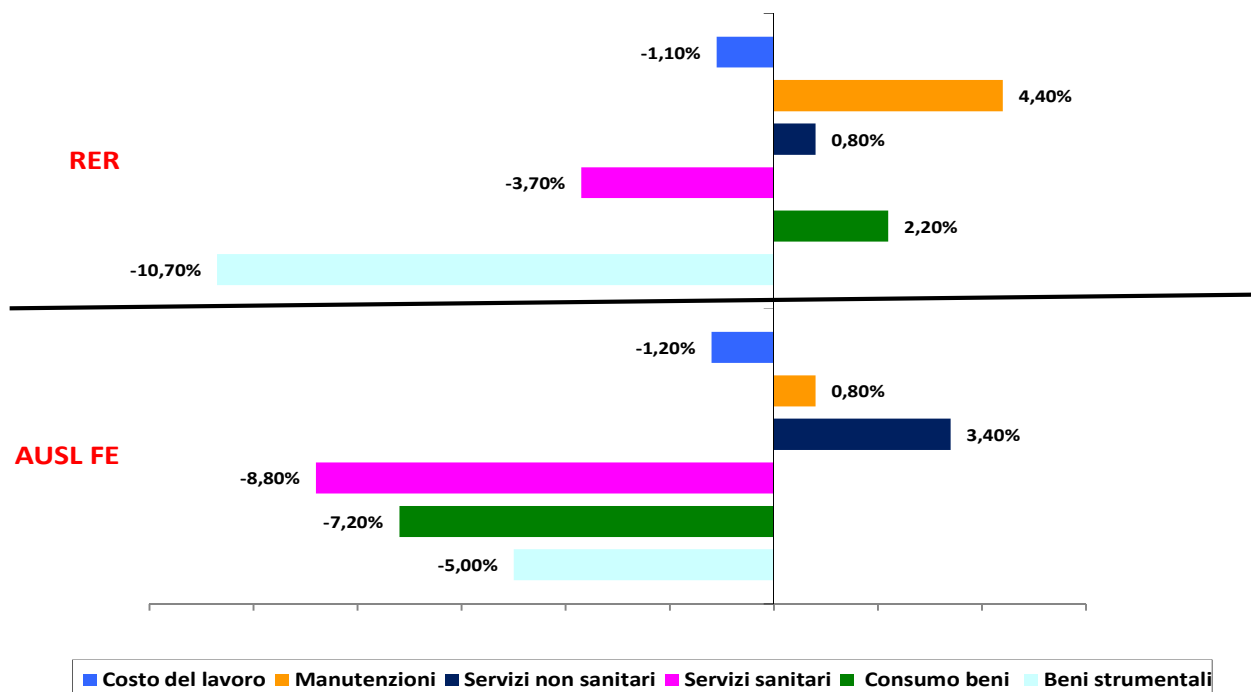
- Beni di consumo e Beni strumentali¹, per un complessivo - 6,7%, determinato soprattutto dal risparmio nel costo dei medicinali, di materiale protesico e dispositivi medici. Tale risultato è attribuibile all'effetto di trascinamento nel calo dei prezzi dei medicinali, all'applicazione della riduzione sui volumi di acquisto secondo quanto previsto dalla Spending review e da una politica di appropriatezza nella somministrazione e di attenta gestione dell'offerta di servizi.
- Servizi sanitari -8,80%. All'interno dell'aggregato si sono rilevati andamenti di segno opposto, determinando, comunque, una riduzione complessiva. L'Azienda ha fatto fronte ai maggiori costi determinati da eventi quali il terremoto e il trasloco dell'Azienda Ospedaliera provinciale, che sono stata causa di un aumento nella fuga di pazienti presso Ospedali fuori provincia, grazie all'ottima performance della spesa farmaceutica convenzionata. Tale performance è stata determinata principalmente dalla scadenza di brevetto di farmaci ad elevato impatto prescrittivo, dal miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva relativamente ai farmaci oggetto degli Obiettivi regionali 2012 ancor più accentuata a seguito dell'integrazione dell' Accordo Integrativo con i Medici di Medicina Generale.
- Costo del lavoro -1,20%. Il contenimento del costo del personale, che corrispondeva ad un obiettivo regionale notevolmente stringente, è stato possibile in quanto l'Azienda U.S.L. ha orientato le proprie azioni di gestione degli organici e delle assunzioni, nonché degli istituti contrattuali incidenti sulle dinamiche di costo del personale, in un'ottica di garantire il rispetto dell'obiettivo regionale inizialmente posto e di non ridurre i livelli quali-quantitativi dei servizi e delle prestazioni.

Gli altri aggregati hanno registrato il seguente trend:

- Manutenzioni + 0,80%. Sostanzialmente si mantengono inalterate rispetto all'anno precedente.

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

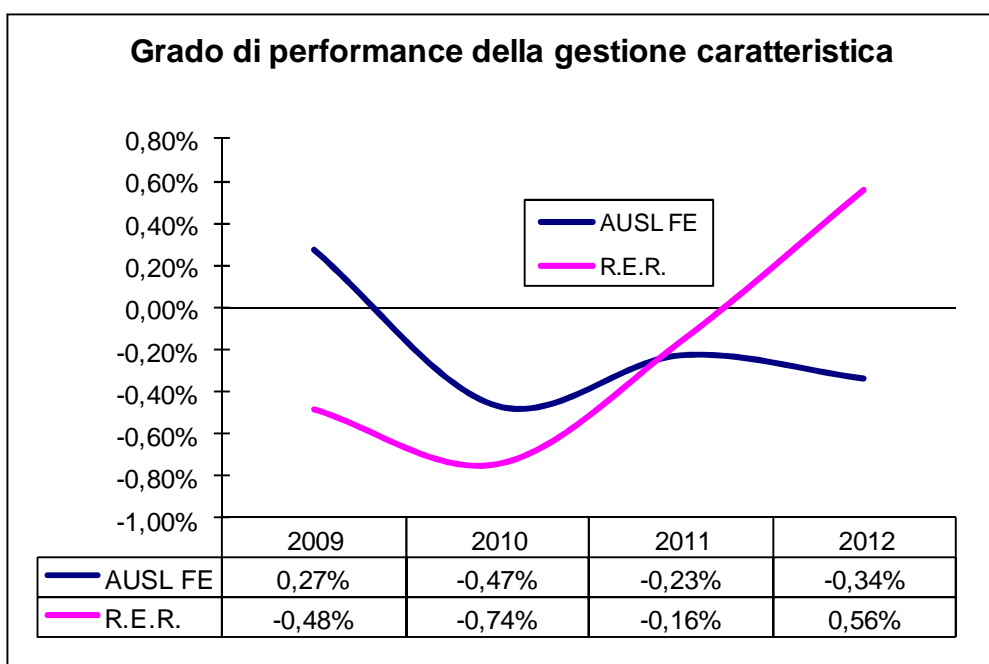
- Servizi Non Sanitari² + 3,40%. Incremento determinato quasi esclusivamente dai maggiori costi energetici quali la gestione calore e l'Energia elettrica.



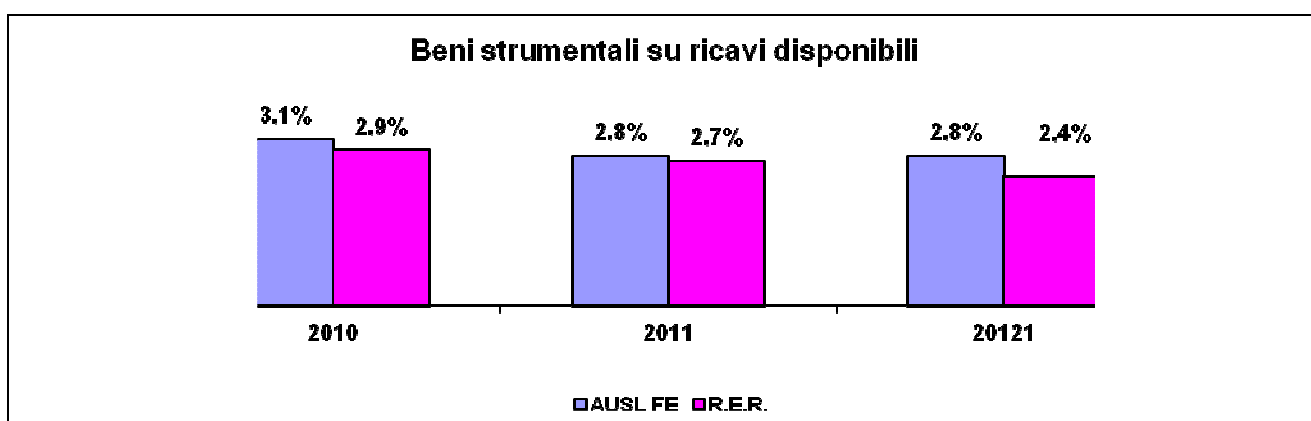
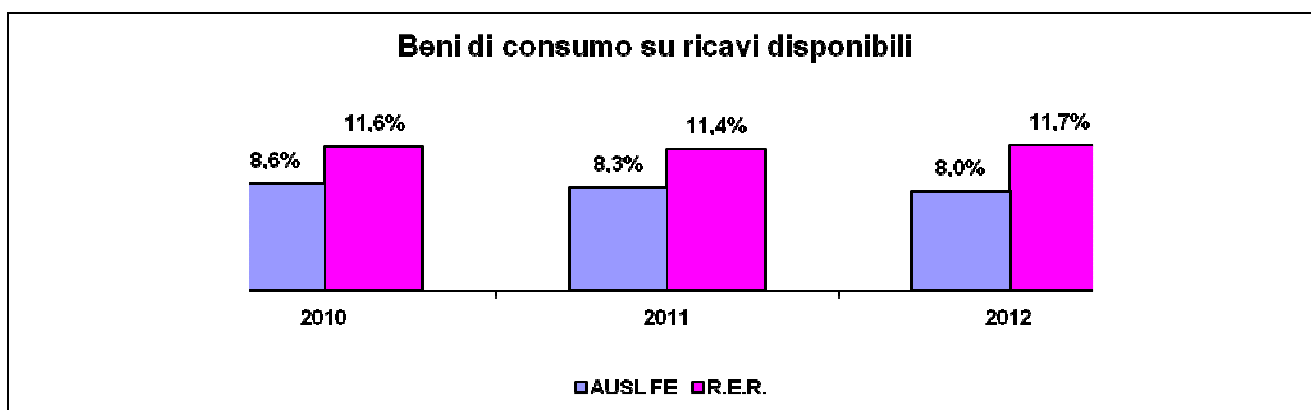
Grado di performance della gestione caratteristica. L'indicatore è dato dal rapporto tra il risultato operativo caratteristico e i ricavi disponibili.

Fino al 2010 la Provincia Ferrarese rimane superiore alla media regionale. Dal 2011 l'indice si abbassa al di sotto di quello Regionale. In particolare il 2012 è caratterizzato da un risultato della gestione caratteristica negativo cui si contrappone una forte componente di proventi straordinari quali insussistenze su debiti, che consente il raggiungimento del pareggio di bilancio.

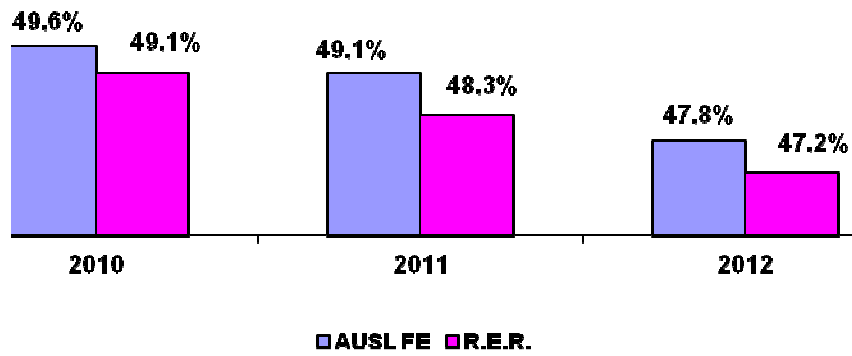
² I servizi non sanitari comprendono i servizi tecnici (lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento, servizi di prenotazione, trasporti non sanitari e distribuzione per conto), le utenze (acqua, luce, gas), gli altri servizi non sanitari e l'IRAP per l'attività commerciale.



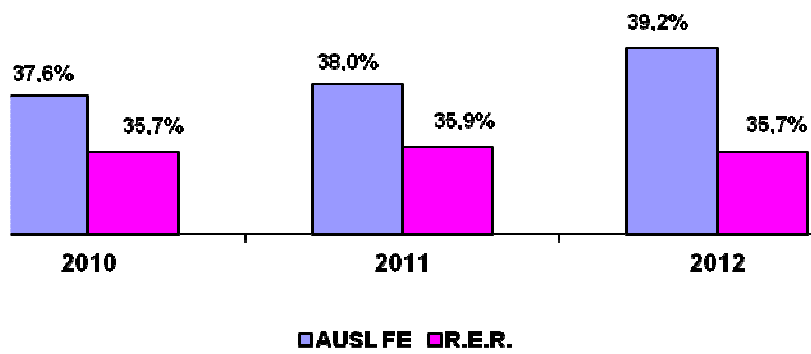
Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili. Il rapporto tra aggregati di costo e ricavi disponibili misura il grado di assorbimento per fattori direttamente impiegati nel processo produttivo. Nel caso dell'Azienda USL di Ferrara il Costo del Lavoro e i Servizi Sanitari, che sono gli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



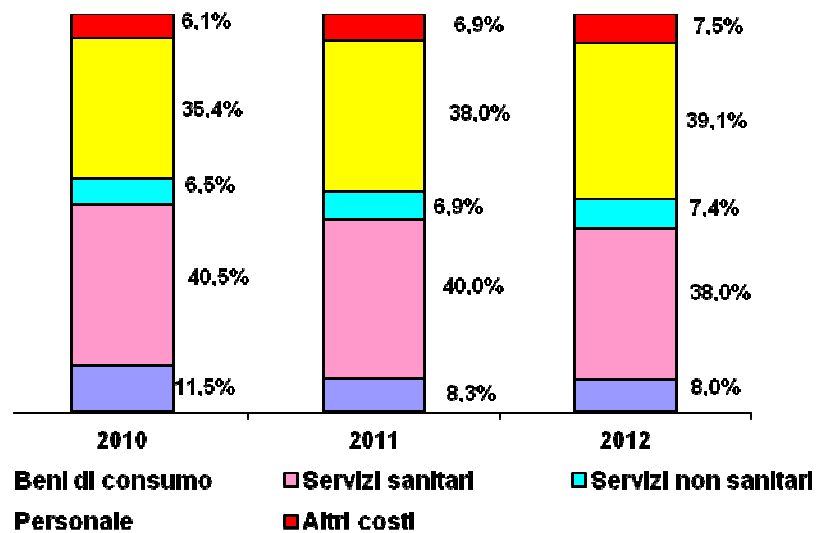
Servizi su ricavi disponibili



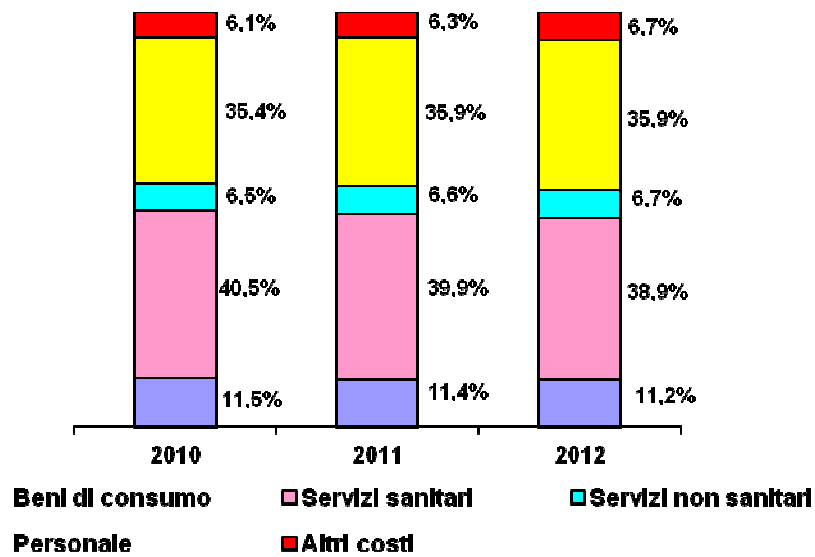
Costo del lavoro su ricavi disponibili



Composizione % dei costi d'esercizio - AUSL FE



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

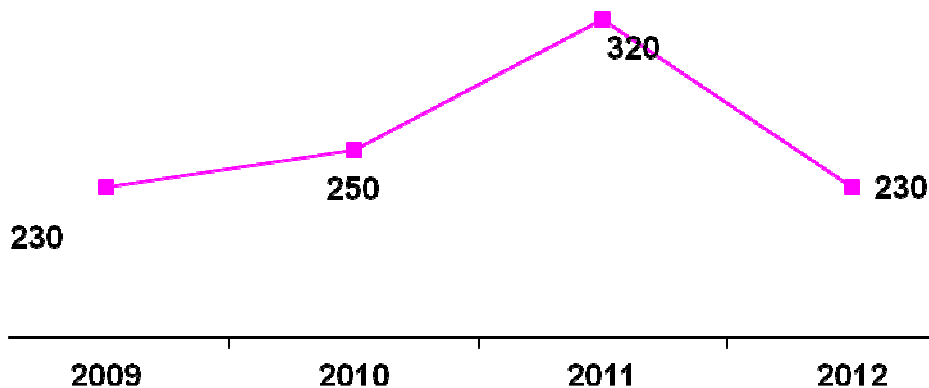


Il valore regionale si riferisce alle Aziende Sanitarie territoriali che hanno Aziende Ospedaliere nel territorio di riferimento

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)



L'Azienda USL di Ferrara, nel corso del 2012, ha dato seguito ad un consistente piano di pagamenti verso i fornitori, che nei limiti delle possibilità offerte dall'esposizione debitoria nei confronti della Tesoreria, ha consentito il raggiungimento di un risultato di riduzione dei tempi di pagamento fino ai 230 gg. Il ricorso medio mensile all'anticipazione di tesoreria è passato da 31,3 milioni del 2011 a 35,4 milioni del 2012.

Con riferimento all'erogazione straordinaria di cassa disposta dalla Regione con DGR 740/2012 finalizzata a garantire il supporto finanziario alle imprese situate nelle zone colpite dal sisma, l'Azienda USL di Ferrara ha disposto periodici pagamenti mensili tesi a garantire la liquidazione immediata delle fatture corrispondenti a debiti certi nei confronti delle Aziende situate nei Comuni indicati con DM del 1 giugno 2012.

Sostenibilità patrimoniale

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

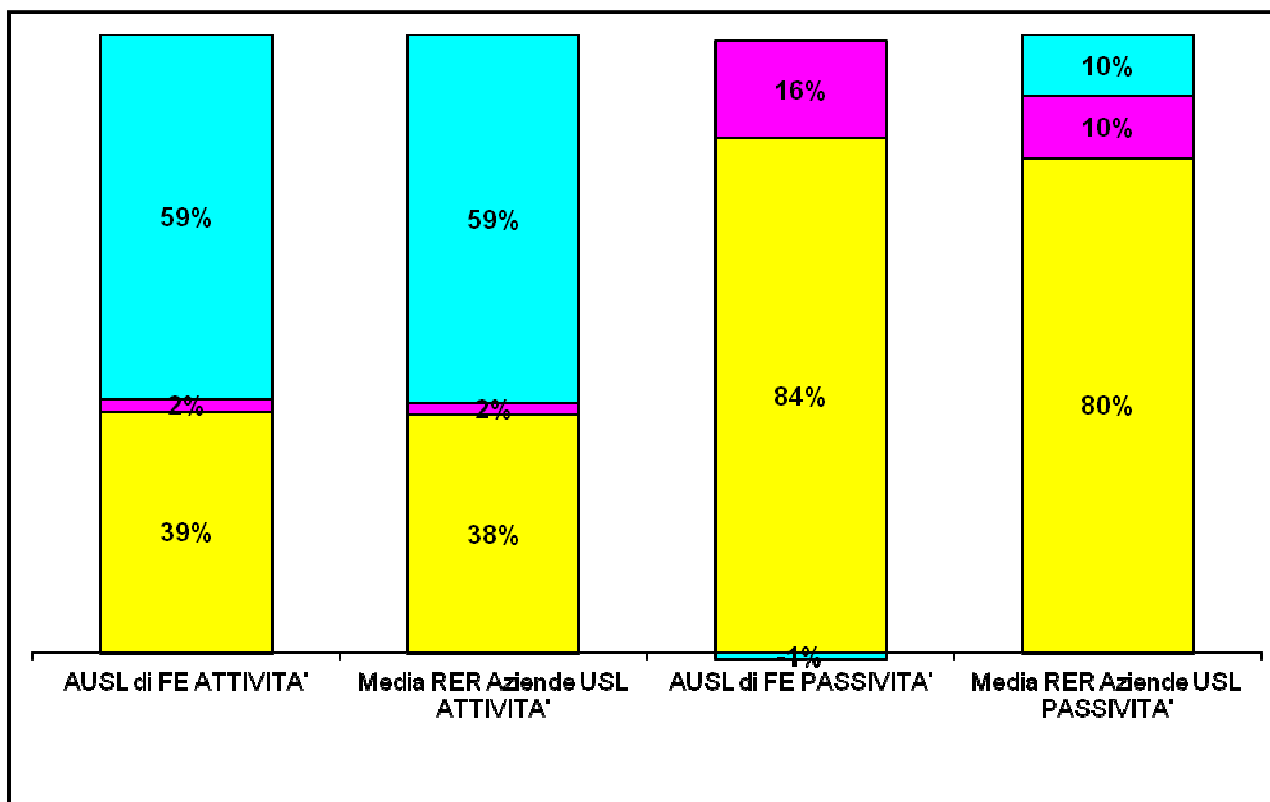
- analisi della struttura degli investimenti e dei finanziamenti aziendali;
- analisi delle dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento degli investimenti, al grado di obsolescenza degli stessi, alle forme innovative di investimento.

Composizione percentuale dello Stato patrimoniale classificato in chiave finanziaria.

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

	UFE		
	2012		
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	39%	84%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	16%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	59%	-1%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

	RER		
	2012		
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	38%	80%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	10%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	59%	10%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



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

Nell'Azienda USL di Ferrara a fronte di un passivo composto per una percentuale dell'84% da debiti a breve termine, l'attivo presenta una composizione che per il 39% fa riferimento a liquidità immediate o differite; ciò significa:

- le immobilizzazioni, che rappresentano il 59% dell'attivo, sono più che finanziate da debiti a breve termine;
- i debiti di breve termine sono rimborsabili integralmente solo facendo ricorso alla liquidazione di immobilizzazioni.

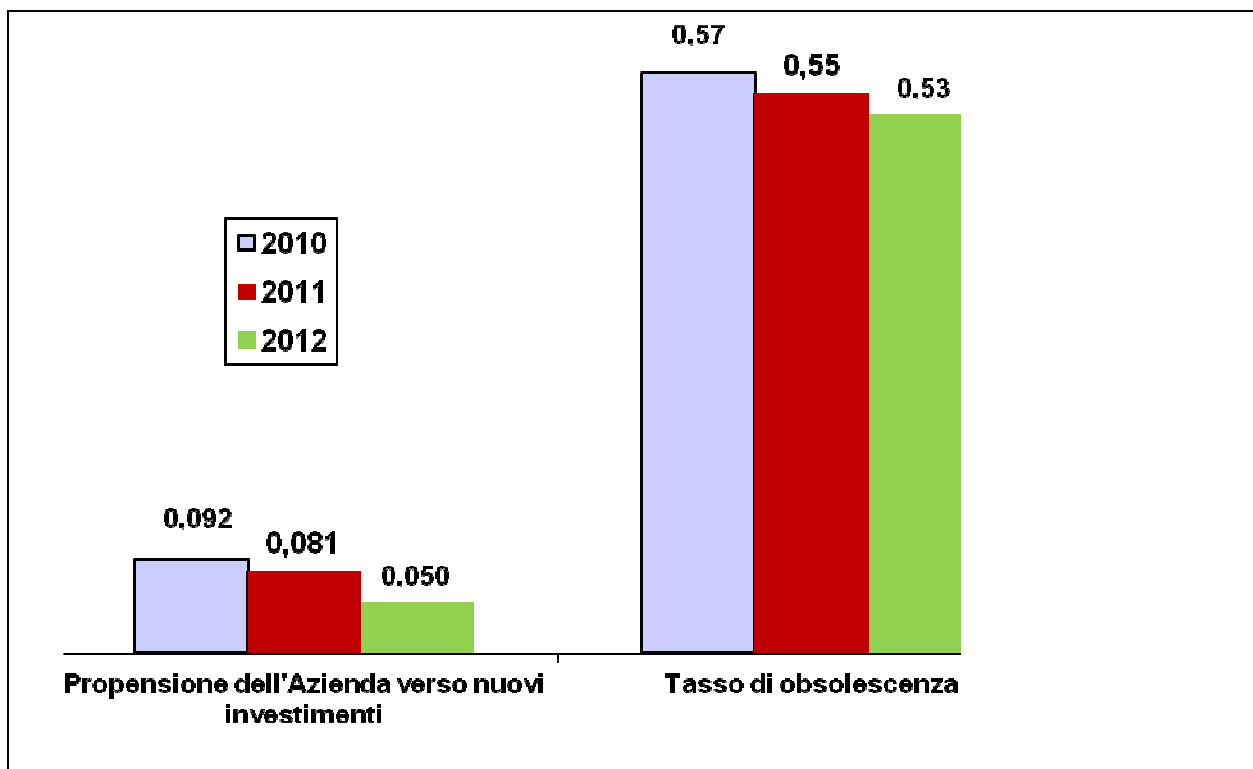
Nuovi investimenti, propensione ai nuovi investimenti e tasso di obsolescenza.

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

PROPENSIONE VERSO NUOVI INVESTIMENTI	2012	2011	2010	2012	2011	2010
Nuovi investimenti	6.507.496	12.192.224	13.794.294	0,05	0,08	0,09
Valore immobilizzazioni	143.721.222	150.112.000	150.263.000			

Tasso di Obsolescenza	2012	2011	2010	2012	2011	2010
Valore residuo delle immobilizzazioni	143.721.222	150.112.000	150.263.000	0,53	0,55	0,57
Totale investimenti lordi	273.489.723	270.903.000	263.620.000			

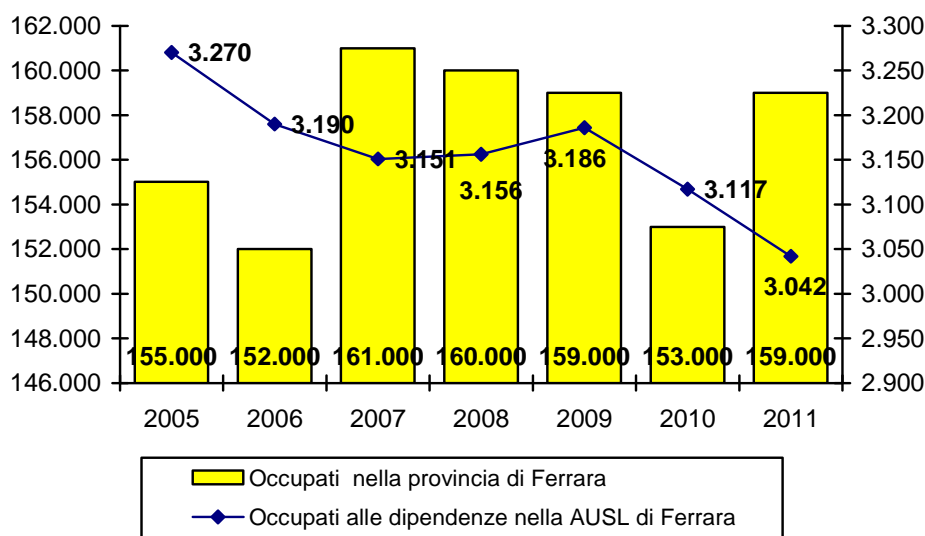
Gli indicatori risultanti dalle tabelle sopra sono sinteticamente descritti nel grafico che segue.



Il rapporto tra i nuovi investimenti e il valore del patrimonio immobiliare indica la propensione dell'Azienda ad effettuare nuovi investimenti: l'indice nel 2012 conferma 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.

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 2011 (-7,0%) nonostante un dato in controtendenza tra

2008 e 2009 (+1,3%). Se si osserva invece il dato provinciale, rispetto al 2005 gli occupati della provincia di Ferrara, seppur con andamento altalenante, sono aumentati del 2,6%, attestandosi a 159.000 nel 2011.

La Gestione ambientale nell'Azienda USL di Ferrara

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, risparmio delle risorse energetiche e 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.

Finalità e obiettivi del Gruppo di lavoro di Sistema Gestione Ambientale

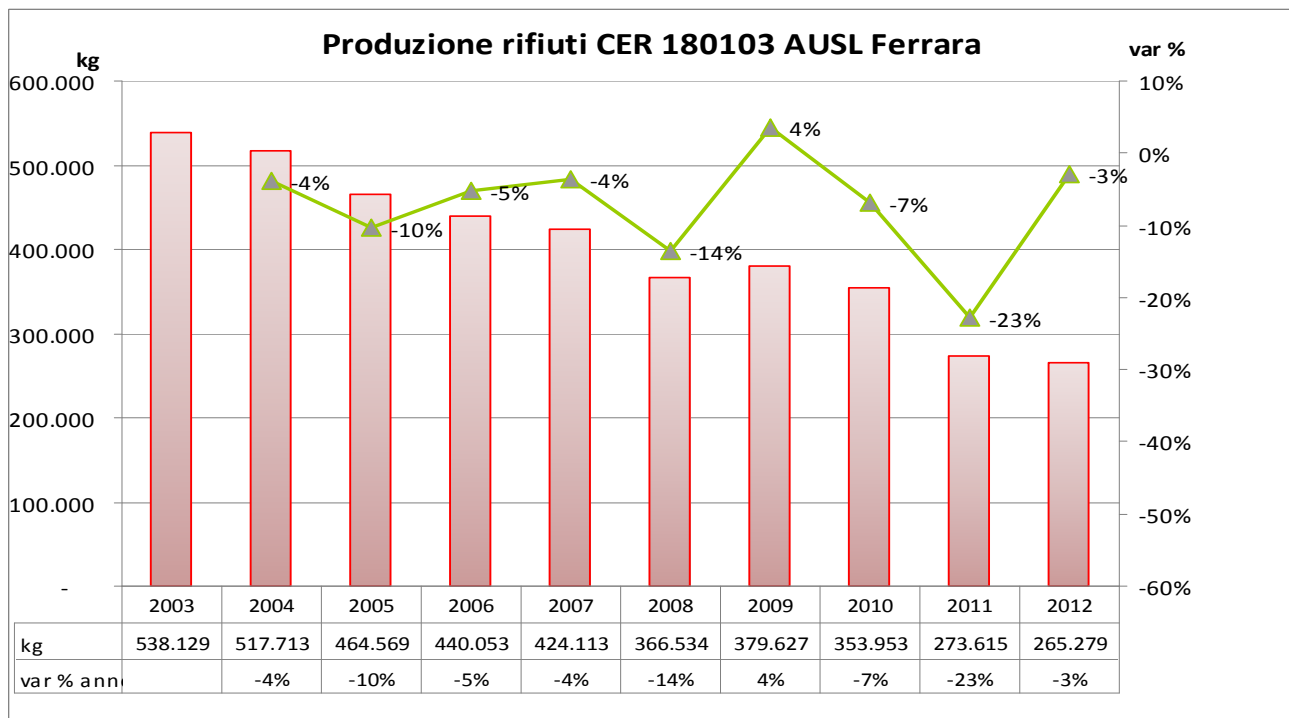
- Individuare nell'ambito aziendale eventuali criticità
- Individuare funzioni e responsabilità per le soluzioni delle sopradette criticità
- Definire un sistema di controlli integrati fra le varie macro articolazioni aziendali
- Definire i risultati attesi e gli opportuni indicatori
- Proporre azioni di miglioramento continuo e di revisione periodica del sistema
- Definire proposte strategiche inerenti a:
 - I. Informazione, Formazione, Addestramento (IFA) dei lavoratori
 - II. Verifica di efficacia dell'applicazione delle procedure aziendali
 - III. 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
 - IV. Revisione periodica del Sistema di gestione Ambientale

Come negli anni precedenti, anche nel 2012 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. Di seguito quanto è stato fatto nei vari ambiti.

GESTIONE DEI RIFIUTI

Basandosi sulla organizzazione del percorso, realizzato in ambito regionale, in continuità alle azioni, nel 2011-2012 è stato realizzato il progetto che prevede la rilevazione della produzione dei rifiuti infettivi per centri di costo, avviato all'Ospedale del Delta e gradualmente esteso a tutte le strutture ospedaliere e successivamente alle strutture sanitarie territoriali. E' stata assicurata visibilità al progetto attraverso gli strumenti di comunicazione interna aziendale tradizionalmente utilizzati: newsletter dipendenti e intranet aziendale.

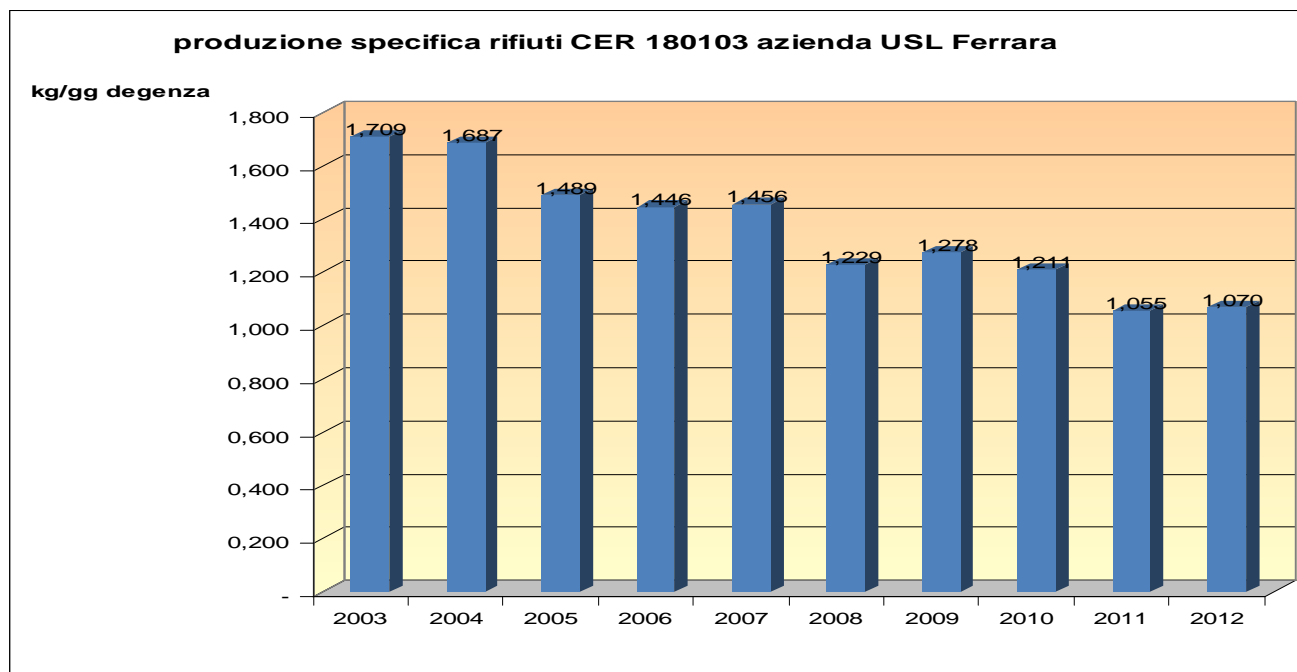
Nello stesso periodo ha preso avvio l'utilizzo di macchine aspira liquidi (concesse in comodato d'uso gratuito dalla Ditta Team Ambiente) da parte delle UU.OO. di Chirurgia/Urologia degli Ospedali del Delta e di Cento. L'utilizzo di tali apparecchiature ha contribuito notevolmente alla riduzione del volume dei rifiuti



infettivi. Complessivamente, tutti gli strumenti messi in atto, già dal luglio 2004, hanno consentito una riduzione dei rifiuti infettivi dal 2003 al 2012 del 51%, con una riduzione della produzione specifica (rapporto fra kg e giornate di degenza) nello stesso periodo da 1,70 kg a 1,07 kg.

Progetto per la gestione dei rifiuti ospedalieri nei governatorati del sud della Cisgiordania. Prosegue 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.

L'intervento si caratterizza come progetto pilota che si propone di introdurre e sperimentare un sistema di



gestione del ciclo completo dei rifiuti sanitari (dalla segregazione alla raccolta, al trattamento, al conferimento in discarica), sulla base di un modello operativo flessibile.

Il sistema di gestione una volta testato su un arco di tempo sufficiente e adeguatamente adattato per superare i limiti riscontrati potrebbe essere esteso a nuove strutture sanitarie nei due governatorati e/o replicato in nuove aree della West Bank.

Tra gli obiettivi generali del progetto:

- Contribuire alla riduzione del rischio di contaminazione per la salute pubblica e per l'ambiente a causa di rifiuti ospedalieri non gestiti correttamente.
- Contribuire alla capacity building delle istituzioni coinvolte nel settore della gestione dei rifiuti medici ospedalieri.

Obiettivo specifico del progetto: organizzare un sistema globale di raccolta e conferimento dei rifiuti sanitari prodotti dagli ospedali pubblici e privati nei governatorati di Hebron e Betlemme.

Nel 2012 è stata realizzata una seconda consulenza attraverso la missione in Palestina.

RACCOLTA DIFFERENZIATA E ISOLE ECOLOGICHE

Negli anni 2011-2012 sono stati rinnovati gli accordi in scadenza con i gestori deputati alla raccolta differenziata dei rifiuti urbani (HERA e Soelia) ed in particolare, nel 2012, è stato rinnovato l'accordo con HERA estendendolo anche alle Medicine di Gruppo di Ferrara.

Allo stato attuale è stato posto in essere quanto necessario per il rinnovo degli accordi in scadenza (Area e CMV) attraverso l'elaborazione delle relative bozze di accordo in attesa dei relativi incontri.

MOBILITA' SOSTENIBILE

• Indagine Piano Spostamenti Casa Lavoro

A seguito della costituzione da parte della Direzione Amministrativa Aziendale di un apposito gruppo di lavoro ha preso avvio l'elaborazione dei questionari raccolti all'interno della rilevazione Piano Spostamenti Casa Lavoro (PSCL). Il lavoro del gruppo si è concluso con la redazione di una relazione di presentazione dei risultati ottenuti, in grado di illustrare le principali abitudini dei dipendenti nel tragitto casa-lavoro-casa.

La rilevazione è stata effettuata attraverso un questionario online e si è svolta dal 1° giugno al 31 agosto 2011. Vi ha partecipato il 30,1% del personale, libero di aderire o meno all'indagine on line. Le risposte date a tutte le domande del questionario hanno generato un database interrogabile attraverso un'apposita ricodifica di tutte le variabili.

All'indagine ha risposto prevalentemente il sesso femminile rispetto a quello maschile con età media intorno ai 45 anni. Per quanto riguarda la condizione lavorativa, la quasi totalità dei rispondenti ha un contratto come lavoratore dipendente dell'Azienda USL di Ferrara.

Un dato significativo per poter effettuare un ragionamento sulle abitudini dei dipendenti in merito agli spostamenti casa-lavoro è quello relativo all'**organizzazione dell'attività lavorativa durante la giornata**. Si presume, infatti, che il tipo di mezzo di trasporto utilizzato per lo spostamento casa-lavoro sia altamente condizionato dall'orario di lavoro (es. un turno serale o notturno implicherà la quasi assenza di mezzi pubblici). Dalla rielaborazione delle risposte alle domanda sul mezzo di trasporto utilizzato nel tragitto casa-lavoro, è emerso che il **70,5% utilizza esclusivamente una tipologia di mezzo di trasporto che guida come conducente**.

Per quanto riguarda la mobilità, dai dati, si evince che quasi un terzo dei rispondenti compie un tragitto casa-lavoro inferiore ai 5 km e **si troverebbe quindi nella condizione di candidato ideale per l'utilizzo della bici per raggiungere la sede di lavoro**. Complessivamente più della metà dei rispondenti compie al massimo 20 km per raggiungere la propria sede di lavoro. Vi è inoltre chi compie un tragitto dai 21 ai 30 km e solamente il 20% dei rispondenti, compie più di 30 km per andare al lavoro. La principale sede di lavoro è Ferrara. Si è potuto notare come coerentemente con il numero di residenti a una distanza casa-lavoro inferiore a 5 km, circa il 20% si reca al lavoro in bici. Il 5% dei rispondenti, invece, utilizza un mezzo di trasporto pubblico. Confrontando i dati ricavati dal piano spostamenti Casa-Lavoro con l'indagine sulla mobilità del Comune di Ferrara realizzata nel 2002, dalla quale è emerso che il tempo medio per raggiungere il posto di lavoro con l'autobus era pari a 27 minuti contro 15 minuti in auto e 11 in bicicletta,

si è evidenziata la necessità di indagare nelle prossime rilevazioni anche la variabile “tempo di percorrenza” del tragitto Casa-Lavoro. Per quanto riguarda il giudizio sul trasporto pubblico sono state prese in carica solo le risposte da coloro che hanno dichiarato l’uso del mezzo di trasporto pubblico. Seppure con riferimento ad un “piccolo” campione di casi, la maggior parte delle risposte relativamente al comfort, affidabilità, tempo di percorrenza, disponibilità di informazioni su orari e linee e all’adeguatezza delle tariffe, si attesta su valori “sufficienti”. **L’accessibilità delle fermate registra invece un 25,1% di giudizio “buono”.**

Il personale, che utilizza l’automobile o il ciclomotore come conducente, parcheggia il mezzo per il 50,7% nel parcheggio dell’azienda e per il 44,8% gratuitamente su strada. Alcuni dei rispondenti ritengono che ci siano problemi di parcheggio nell’area circostante la sede di lavoro, mentre altri ritengono che le problematiche dipendano dagli orari e/o dai giorni della settimana.

Ipotizzando il trasferimento della sede di lavoro presso l’ex S. Anna, è stato chiesto ai dipendenti con sede di lavoro Ferrara, quale mezzo utilizzerebbero in tal caso per il tragitto casa-lavoro e la maggior parte dei rispondenti si sposterebbe in automobile.

RISPARMIO ENERGETICO

Nel corso degli anni 2011-2012 il Dipartimento Attività Tecniche ha provveduto a realizzare i seguenti interventi:

- installazione di lampade a basso consumo al posto di quelle ad incandescenza, timer su boiler elettrici, PC Standby Stop, riduttori di flusso nei rubinetti
- riduzione quantitativo acqua nelle vaschette WC.

Inoltre, preme ricordare che nel 2012, uno staff di progettazione ha eseguito il progetto definitivo per interventi di risparmio energetico da eseguirsi nel 2013-2014 che è stato approvato in Regione e comprende i seguenti progetti:

- N° 4 cogeneratori (Comacchio, Portomaggiore, Cento, Copparo)
- N° 1 solare termico (Codigoro)
- N° 5 gruppi refrigeratori (N°2 Delta, N°2 Argenta, N°1 Cento)
- N° 1 centralizzazione impianti di condizionamento (Copparo)
- N° 7 sostituzione corpi illuminanti nei corridoi e vani scala
- (Comacchio, Copparo, Cento, Portomaggiore, Codigoro, Lagosanto, Argenta)
- N°3 sostituzione corpi illuminanti esterni (Lagosanto, Argenta, Portomaggiore)
- N°2 sostituzione infissi con altri più performanti (Argenta, Portomaggiore).

Livelli Essenziali di Assistenza

Gli impieghi delle risorse economiche

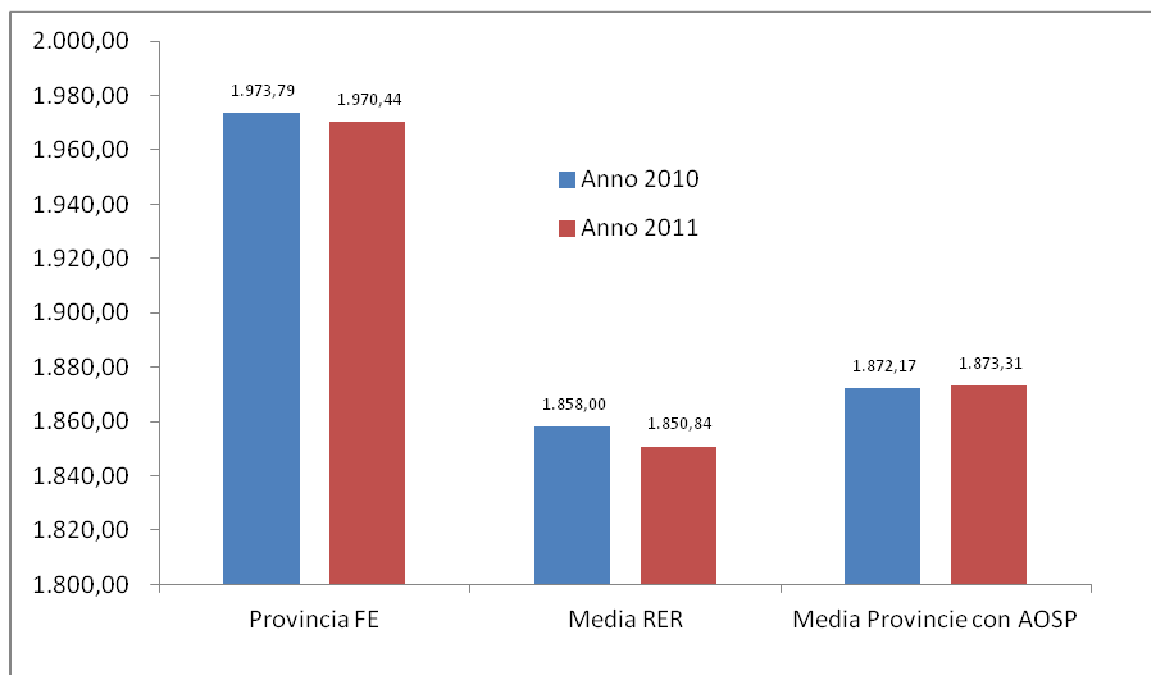
Costo pro-capite ponderato

Il costo pro-capite evidenzia il rapporto tra risorse impiegate e popolazione di riferimento, ovvero quante risorse vengono impiegate per garantire l’assistenza nel territorio di ciascuna 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 consistenti 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 2011 è pari a 1.970,44 euro (-0,16% rispetto al 2010) contro una media regionale di 1.850,84 (-0,38% rispetto al 2010).

Nel biennio 2010-2011, si è registrata una lieve inversione di tendenza nei costi complessivamente sostenuti dalle due Aziende provinciali (prima di allora sempre in crescita): un miglioramento pari a 3 euro pro-capite. Tale miglioramento è riferibile all'azione congiunta delle due Aziende Sanitarie ferraresi, rappresentate congiuntamente nei grafici e tabelle qui riportate.

Finanziamento pro capite ponderato per i cittadini residenti

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

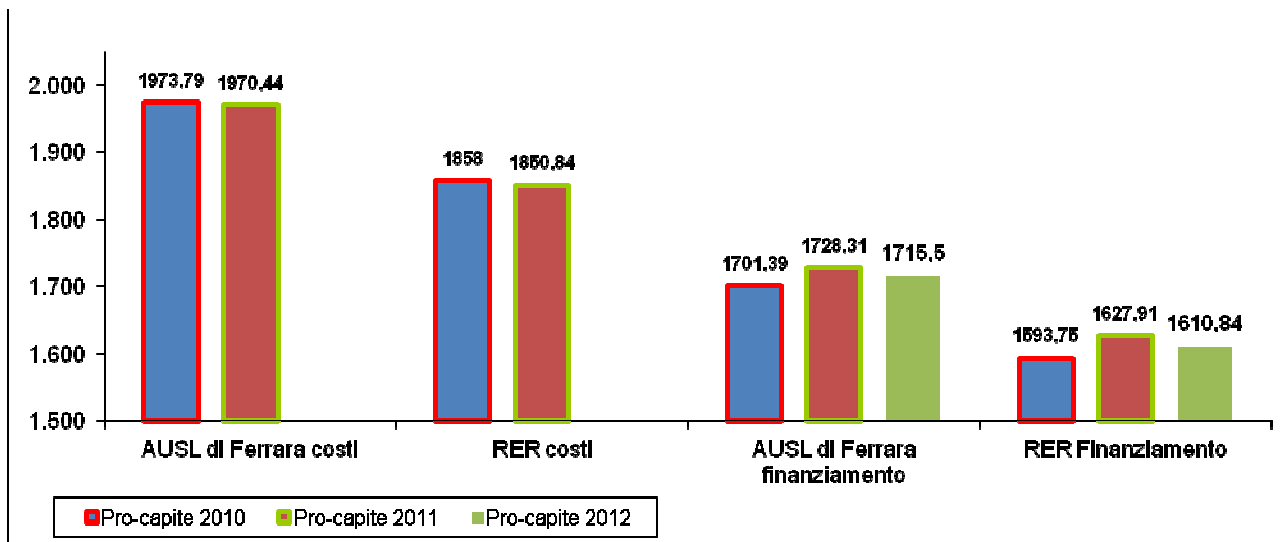
Confronto tra finanziamento pro-capite e costo pro-capite ponderato

	AUSL di Ferrara 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			1.715,50	1.610,84

Valori in Euro.

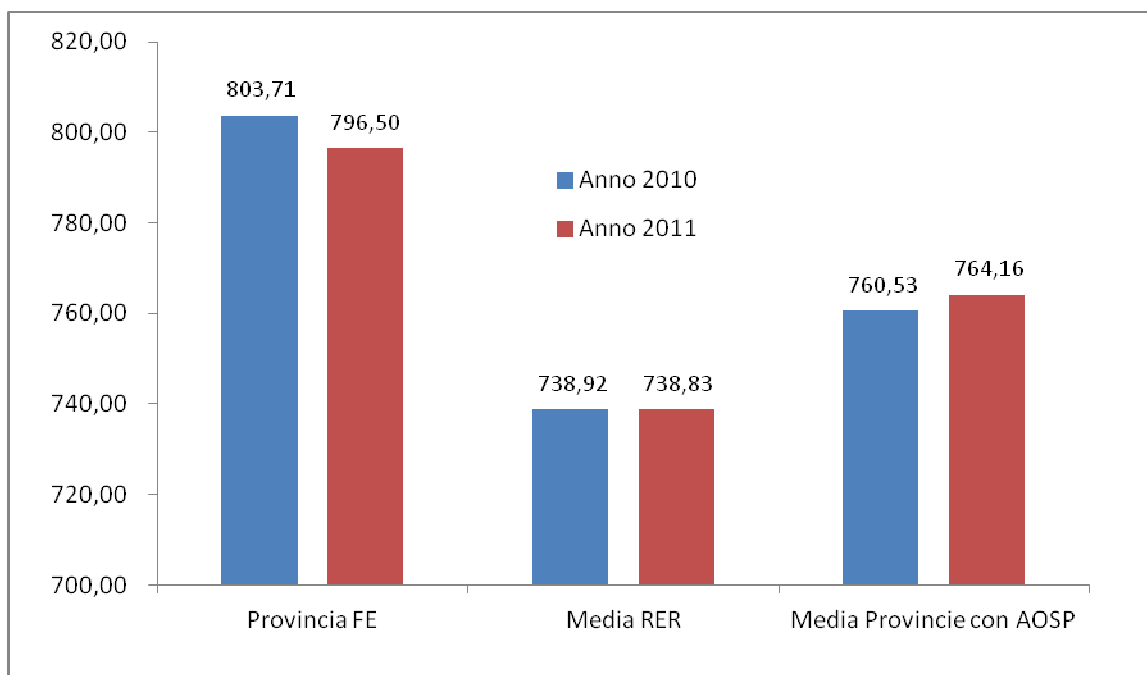
Nel grafico seguente si evidenzia che l'andamento 2010 – 2011 ha visto un lieve decremento dei costi pro capite a fronte di un incremento del finanziamento pro capite³.

³ Sono riportati i dati dei costi pro-capite laddove disponibili, pertanto fino all'anno 2011. Diversamente i dati del finanziamento 2012 sono presenti.



Area della degenza ospedaliera

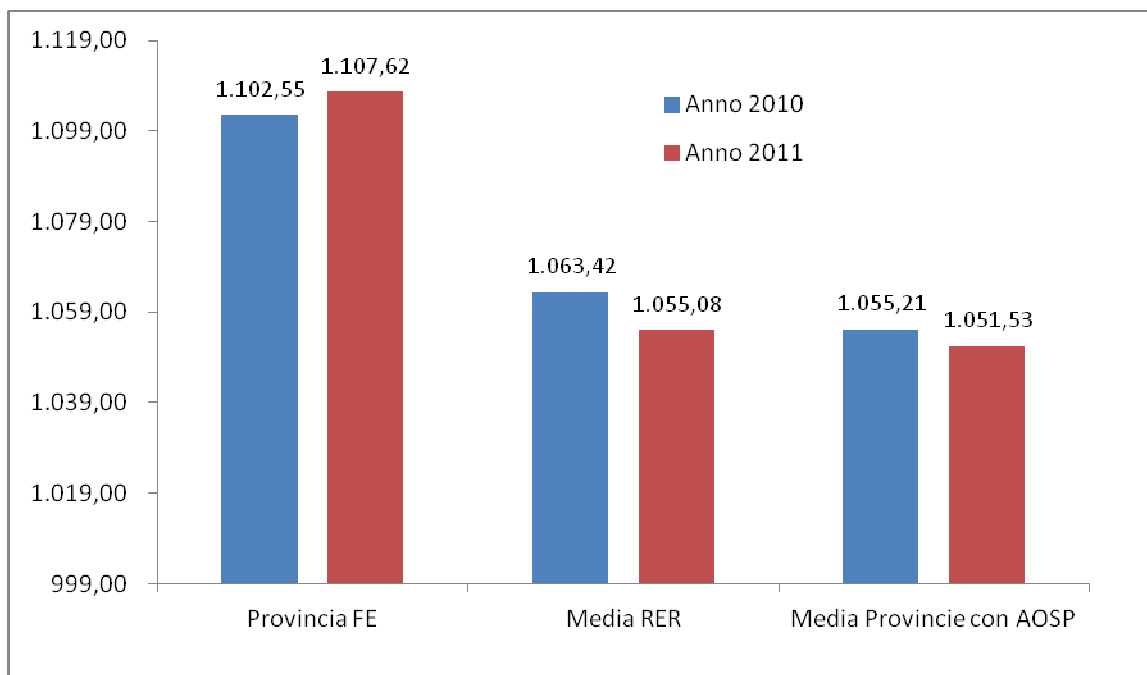
Il costo pro-capite pesato dell'Area Ospedaliera è ottenuto dal rapporto tra i costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere per garantire l'assistenza ospedaliera ai propri cittadini residenti e la popolazione della provincia ponderata in base all'età.



La provincia di Ferrara, ha speso complessivamente nel 2011 un importo pari a 311.861.000 euro per garantire l'assistenza ospedaliera ai propri cittadini, posizionandosi al secondo posto in termini di risorse pro capite consumate. Il costo pro-capite ponderato è rimasto, nel tempo, al di sopra dei valori medi regionali: il costo procapite, nel 2011 è decrementato dello 0,9% rispetto al 2010 contro una sostanziale invarianza della media regionale e di una crescita delle provincie con Azienda Ospedaliera (+0,5%)

Area Distrettuale

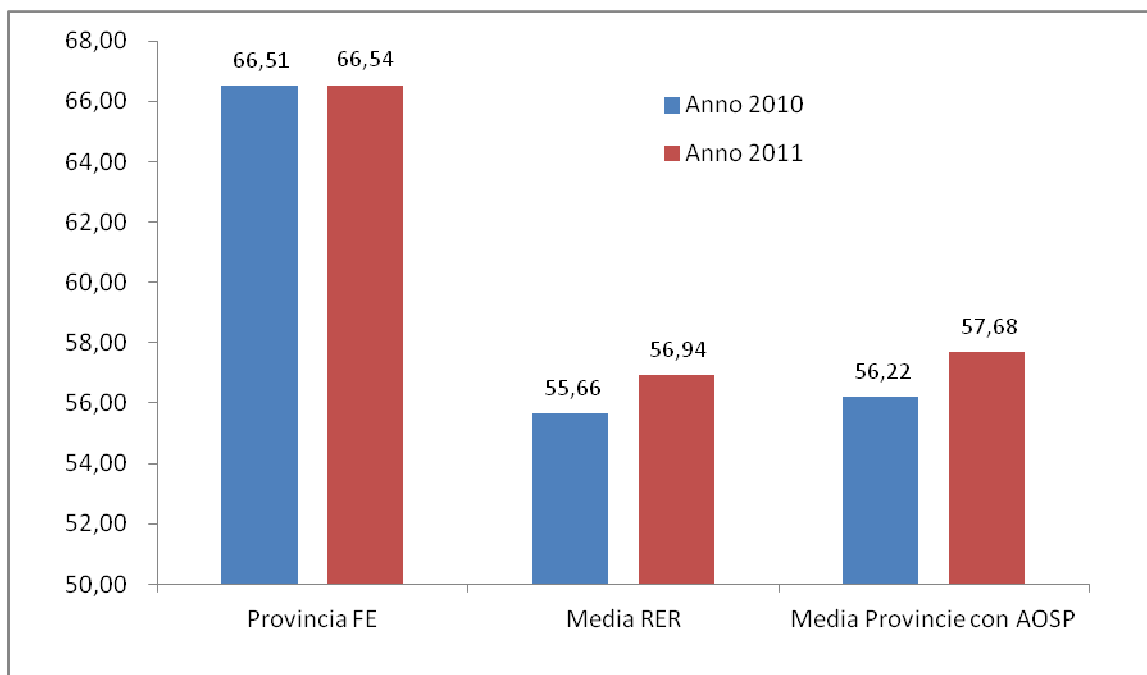
Il costo pro-capite pesato dell'Area Distrettuale territoriale è ottenuto dal rapporto tra i costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere delle provincie per garantire l'assistenza territoriale ai propri residenti e la popolazione ponderata sulla base dell'età.



Per garantire l'assistenza distrettuale nel proprio territorio, la provincia di Ferrara, nel 2011 ha consumato risorse per complessivi 419.106.000 euro. Il costo procapite è incrementato del 0,46% rispetto al 2010 (dato RER -0.78%).

Area della Sanità Pubblica

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



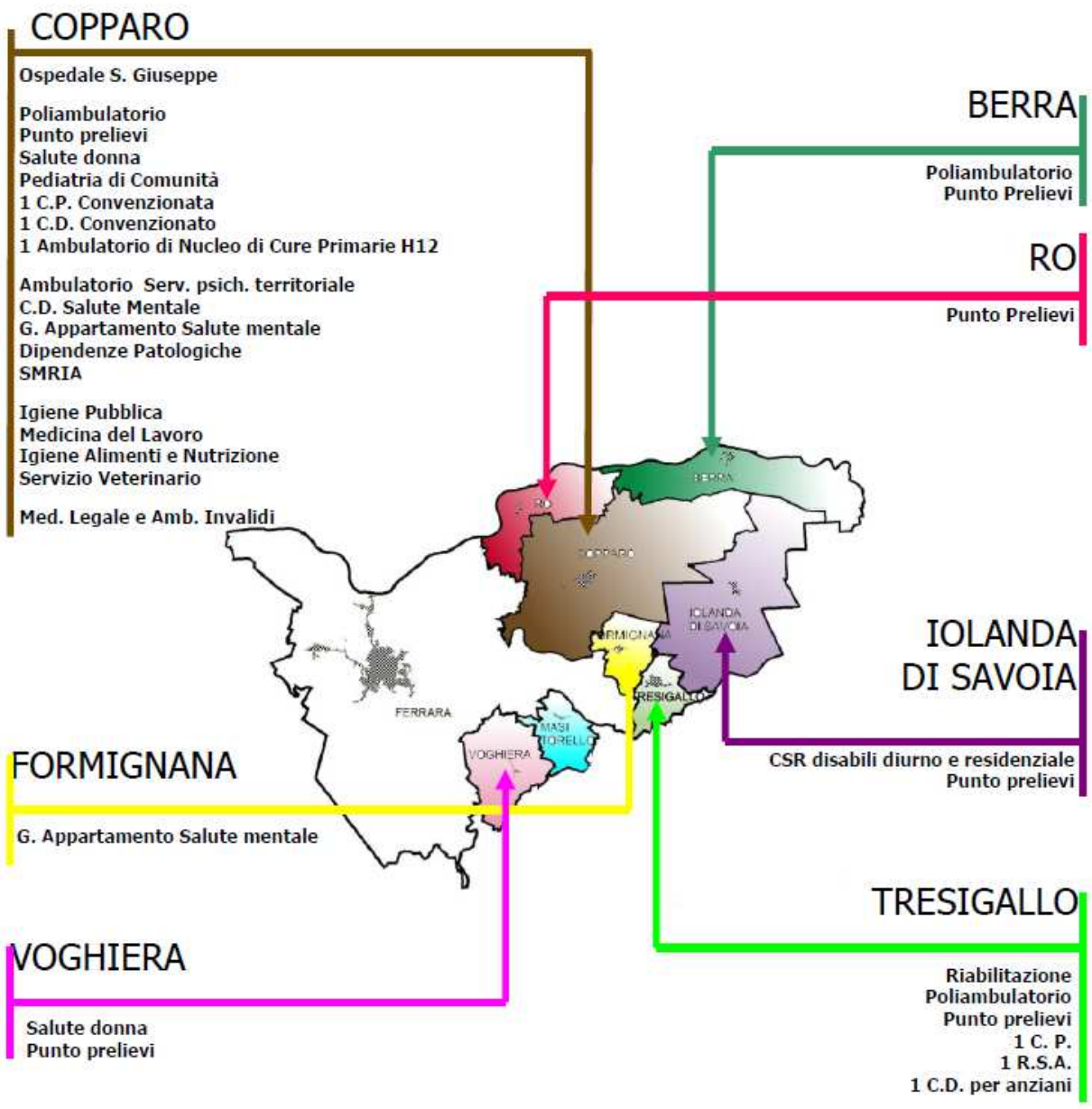
Per garantire la funzione di sanità pubblica nel proprio territorio, la provincia di Ferrara, nel 2011 ha consumato risorse per complessivi 21.865.000 euro; rispetto alle altre Aziende territoriali si posiziona al primo posto in termini di costo ponderato pro-capite.

Le strutture di offerta dei Distretti

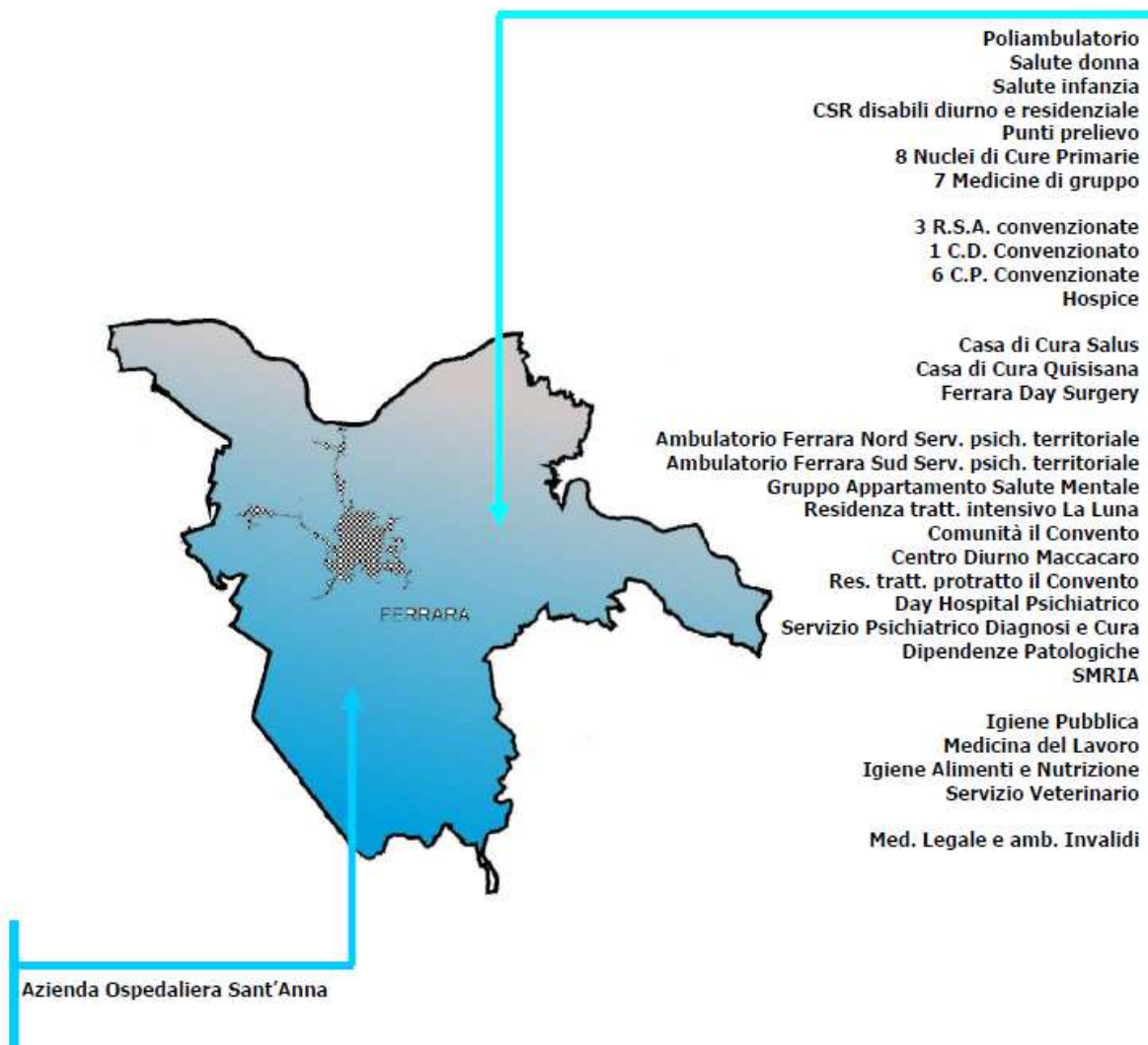
Il grafico successivo mostra i comuni compresi nell'ambito territoriale del Distretto, indicando le strutture sanitarie presenti sul territorio distrettuale:

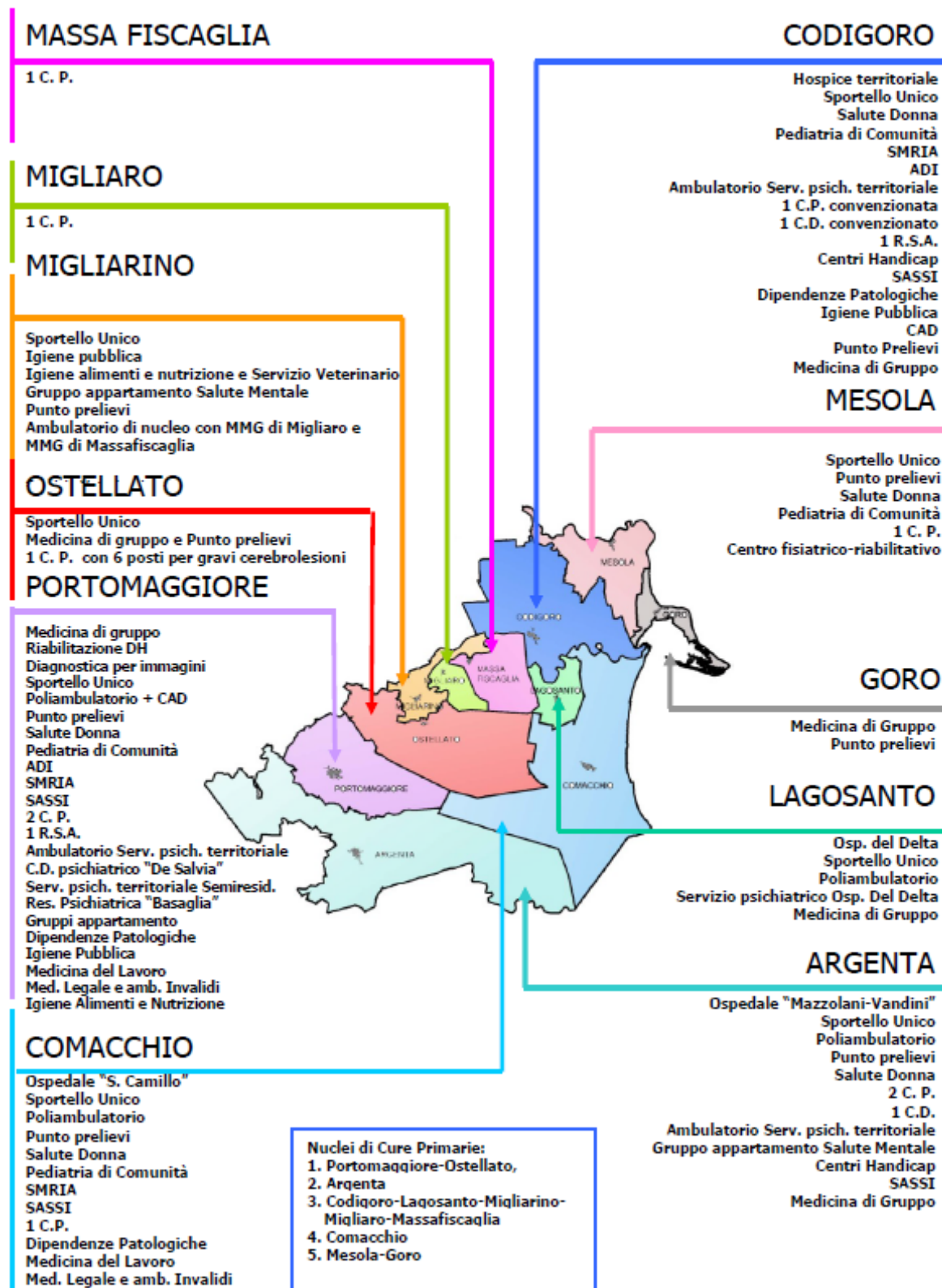
- **i Presidi Ospedalieri;**
- **i Servizi Territoriali**, quali i Consultori pediatrico e familiare, i Nuclei di Cure Primarie, i Poliambulatori, i Servizi per le Dipendenze Patologiche, i Servizi Assistenziali Socio-Sanitari Integrati (S.A.S.S.I.), i Centri Diurni per Anziani (C.D.), i Centri di Salute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





FERRARA





Il Dipartimento Sanità Pubblica

Prevenzione e tutela della salute

Screening oncologici

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

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. La popolazione interessata ogni anno è di circa 33.500 donne; nell'anno 2012 sono state invitate con lettera con appuntamento personalizzato ad eseguire il test di screening (pap test) 36802 donne residenti e domiciliate. Le donne non rispondenti all'invito, in accordo alle procedure stabilite, sono richiamate con sollecito a distanza di sei mesi dall'invito. La percentuale di avanzamento del programma è pari al 110% (RER=114%), mentre l'adesione corretta all'invito è pari al 62,8% (RER=58,4%). Le nuove tecniche per la citodiagnostica (strato sottile, lettura assistita, sonda HPV-DNA) garantiscono una migliore predittività del test di primo livello. Un nuovo programma per la gestione dello screening è stato avviato nel dicembre 2010 per garantire un miglior servizio alle donne.

Screening dei tumori della mammella

Nell'anno 2011 la percentuale di avanzamento del programma è pari al 100% (RER=117%), mentre l'adesione corretta all'invito è pari al 74% (RER=68%), adesione del 68,8% per le 70-74enni.

Nell'anno 2012 è proseguita l'offerta del test di screening (mammografia) alle donne, residenti e domiciliate dai 45 ai 74 anni, tramite invito personalizzato e, secondo le modalità procedurali, il richiamo tramite sollecito alle non rispondenti (invio al 100% delle non rispondenti). L'estensione del programma di screening mammografico (che prima era rivolto a circa 50.000 donne dai 50 ai 69 anni nell'arco di due anni) alla popolazione femminile 45-49 anni (circa 14.000 donne che ripetono la mammografia con cadenza annuale) e 70-74 anni (circa 12.000 donne che ripetono la mammografia con cadenza biennale) ha comportato un raddoppio delle attività. Nell'anno 2012 sono state invitate 45969 donne, con una percentuale di risposta allo screening pari al 74,7% (adesione del 77,4% per le 50-69enni). Anche il programma di gestione dello screening del tumore della mammella è stato integrato con l'anagrafe sanitaria provinciale per garantire un miglior servizio.

Screening dei tumori del colon retto

Il 21 marzo 2011 è iniziato il 4° round biennale, che terminerà nel marzo 2013. La popolazione target è composta da circa 50.000 donne e uomini, pari alla somma di residenti e domiciliati in fascia di età compresa tra 50 e 69 anni. Le persone interessate sono invitate mediante lettera. La distribuzione del kit per il test di primo livello (ricerca del sangue occulto nelle feci) è affidata alle Farmacie. La riconsegna del test avviene in 23 "punti" di raccolta, elencati nella lettera di invito. Nell'anno 2011 la percentuale di avanzamento del programma è pari al 90,8% (RER=100%), mentre l'adesione corretta all'invito è pari al 45,3% (RER=49,4%).

Nel 2012 sono state invitate 53191 persone e i non rispondenti all'invito sono stati richiamati con sollecito dopo tre mesi. La percentuale di risposta allo screening è stata pari al 53,5%.

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 2012 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 2007 – 2011

	Screening del collo dell'utero								Screening della mammella							
	% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**				% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
FERRARA	93,4	96,3	99,4	110,2	66,7	65,8	64,2	62,8	108,0	96,5	101,6	100,6	75,4	77,9	76,7	74,1
TOT REGIONE	105,4	101,2	106,4	114,1	60,9	61,9	60,0	58,4	99,2	102,6	90,4	116,3	72,4	73,2	72,9	68,0

* % 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 2011

Aziende USL	% avanzamento del programma*		% adesione all'invito**	
	fascia 45 - 49 anni	fascia 70 - 74 anni	fascia 45 - 49 anni	fascia 70 - 74 anni
FERRARA	100,0	103,8	66,3	68,8
TOTALE REGIONE	76,8	102,3	70,7	65,3

Screening per la prevenzione dei tumori del colon-retto

Aziende USL	% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
	FERRARA	102,7	83,2	115,1	90,8	56,9	44,7	55,3	45,3
TOTALE REGIONE	101,0	92,1	102,6	99,9	53,7	51,5	53,1	49,4

* % 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",
- le vaccinazioni antinfluenzali sono effettuate anche dai 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, Hib, pertosse è superiore al 97%; come indicato dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015, è stato raggiunto l'Obiettivo 1: raggiungere una copertura vaccinale >95% per la prima dose di MPR, entro i 24

mesi di vita, a livello nazionale, regionale e in tutte le ASL e >90% in tutti i distretti; la copertura al 13° anno con almeno 1 dose di morbillo e rosolia è >95% a livello aziendale; è garantita la vaccinazione dei bambini a maggior rischio e la registrazione dei dati per la elaborazione delle coperture vaccinali regionali al fine di evitare sacche di suscettibilità.

La provincia di Ferrara ha nel 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.

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

Aziende USL	Polio al 24° mese*				Morbillo al 24° mese**				Hib al 24° mese*				Pertosse al 24° mese*			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
FERRARA	99,4	98,8	97,2	97,6	96,7	97,0	95,3	95,6	99,1	98,3	97,0	97,1	99,3	98,7	97,2	97,5
RER	97,4	97,3	96,7	96,5	93,6	93,7	92,9	92,9	96,5	96,5	96,0	95,4	97,1	97,1	96,4	96,2

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

Vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV)

	Coorti di nascita							
	1997		1998		1999		2000	
	% 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	81,4	78,7	81,5	78,0	80,8	77,6	79,3	42,8
RER	77,7	74,7	77,6	73,6	74,3	70,7	74,2	50,0

Per quanto riguarda la campagna di vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), l'Azienda USL di Ferrara ha reso applicativa la delibera regionale 236/08 adottando e applicando una propria delibera che prevede:

- acquisto del vaccino antipapilloma virus,
- formazione del personale coinvolto,
- offerta attiva e gratuita a tutte le ragazze residenti nel corso del 12° anno di vita (nel 2011 la coorte delle nate nel 2000: 1262 ragazze),
- esecuzione della vaccinazione a tutte le altre coorti fino al compimento del 18° anno, su richiesta della famiglia e con pagamento di ticket.

Le vaccinazioni sono 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: 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.

Campagna antinfluenzale 2012/13

La Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2012/13 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.
- ai pazienti affetti da malattie croniche è stata inviata una lettera di invito con indicazioni sulla vaccinazione e sulle sedi dove vaccinarsi.

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

Al fine di valutare l'efficacia della campagna di vaccinazione e monitorare l'influenza, è stata confermata la sorveglianza dell'andamento delle ILI e delle forme gravi.

E' continuata, altresì, la sorveglianza delle reazioni avverse alla vaccinazione

La campagna per la vaccinazione antinfluenzale del 2012 è stata impegnativa dal momento che si sono verificati problemi di approvvigionamento legati a ritiro di diversi lotti, a livello nazionale ad inizio stagione. Gli indici di copertura vaccinale sono molto diminuiti, a livello nazionale e regionale (< al 60%), anche se l'Azienda USL di Ferrara ha realizzato il miglior risultato regionale, come si evince dalla tabella sottoriportata.

Vaccinazione antinfluenzale. Tasso di copertura nella popolazione di età >= 65 anni

	N. vaccinati tutte le età Campagna 2011/2012	Variazione % dei soggetti vaccinati tra 2011/12 e 2000/01	Tasso di copertura per 100 abitanti di età oltre i 65 anni (%)* Campagna 2011/2012
FERRARA	89.745	83,3	68,3
RER	851.986	66,5	63,6

Copertura vaccinale meningococco

	Copertura vaccinale al 24° Mese		Copertura vaccinale a 16 anni	
	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2010	Anno 2011
FERRARA	94,9%	95,3%	87,6%	89,6%
Totale Regione	92,3%	92,5%	76,3%	78,7%

Copertura vaccinale pneumococco

	Copertura vaccinale al 12° mese	
	Anno 2010	Anno 2011
FERRARA	97,4%	94,0%
Totale Regione	95,5%	95,2%

Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro

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

Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro. Anno 2012

	UNITÀ LOCALI				
	esistenti fonte ISTAT	PAT totali 2010 fonte INAIL (*)	PAT 2009 fonte INAIL (**)	controllate	prescrizioni
FE	29.420	23.409	14.433	1.456	220
RER	389.231	342.571	210.986	22.319	2.826

PAT Totali 2010 (*): Posizioni Assicurative Territoriali totali, di Industria e Servizi estratte dall'archivio INAIL (Nuovi Flussi Informativi 2011)

PAT 2009 (**): Posizioni Assicurative 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

	Anno 2012		
	Confronto con i dati fonte ISTAT	Confronto con le PAT 2010 Totali fonte INAIL	Confronto con le PAT 2009 almeno 1 dip. e almeno 2 artig. fonte INAIL
Ferrara	6,1	6,9	11,3
RER	5,7	6,5	10,6

Percentuale di aziende sanzionate sulle aziende controllate. Anni 2010-2012

	2010	2011	2012
Ferrara	9,9	15,9	15,1
RER	17,2	15,0	12,7

Il perdurare della crisi economica nella nostra Provincia, da mettere in relazione alla ben più vasta crisi produttiva che attanaglia l'intera nazione, 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 2006 al 2009, si evidenzia per la Provincia di Ferrara una progressiva diminuzione dell'indice di frequenza (n. Infortuni per 1.000 addetti) che è passata dal 50,0 del 2006 al 40,7 del 2009. Negli ultimi anni nella nostra Provincia, in analogia con quanto registrato a livello nazionale, si evidenzia un progressivo aumento delle malattie professionali denunciate all'INAIL, in parte probabilmente dovuto ad una maggiore sensibilità dei medici rispetto a questo problema e in parte ad una revisione della tabella delle tecnopatie che ha agevolato il loro riconoscimento. Per quanto riguarda la nostra Provincia, dal 2009 al 2010 si è avuto un aumento delle denunce di malattia professionale pari al 28,7%.

Nell'ambito dell'attività di vigilanza, sono state controllate dal SPSAL nel 2012 n. 1.456 Unità Locali, con un lieve decremento rispetto al 2011 dovuto ad una ulteriore diminuzione degli operatori in attività presso il Servizio.

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 14.433 e al numeratore dal numero di aziende controllate pari a 1.456. 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 2012 è stato raggiunto e superato (10,1% ULC).

Sanità Pubblica Veterinaria

Nell'anno 2012 l'Area Dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria (ADSPV), operando a tutela della tutela della salute del consumatore e del benessere animale, 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'Area Veterinaria è impegnata per garantire la qualità delle prestazioni erogate mediante un'organizzazione che prevede una precisa programmazione del lavoro in ogni settore di attività, quantificata in base al "rischio" delle strutture da controllare, la definizione di procedure e istruzioni operative per il controllo ufficiale che gli Operatori, qualificati come auditor per la Sicurezza alimentare, devono utilizzare per effettuare i controlli, un sistema di verifiche dei risultati al fine di una coerente riprogrammazione, un sistema informativo che prevede la registrazione in data base di ogni controllo svolto, delle non conformità riscontrate, con l'obbligo della verifica della risoluzione delle irregolarità, follow-up, in tempi definiti.

Sicurezza alimentare

La "sicurezza alimentare" si fonda su un doppio livello di responsabilità: quella dell'*Operatore del Settore Alimentare* (OSA), responsabile della salubrità delle proprie produzioni alimentari, e quella dell'*Autorità Competente* addetta al controllo ufficiale dei processi produttivi, che si identifica nell'Area di Sanità Pubblica Veterinaria e nel Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL. Il sistema di garanzia è, quindi, un sistema integrato, fondato sull'analisi del rischio, la rintracciabilità degli animali e degli alimenti e la gestione delle emergenze.

La registrazione dell'esito di ogni controllo permette di costruire le informazioni utili a programmare la frequenza dei controlli per l'anno successivo presso ogni singolo Produttore di alimenti (minimo, standard e rinforzato) dando attuazione a quanto stabilito dal Regolamento n. 882/04/CE che definisce la "ratio" con cui deve essere organizzato ed effettuato il controllo ufficiale, disponendo che "i controlli ufficiali siano eseguiti periodicamente, in base ad una valutazione dei rischi e con frequenza appropriata".

Si riportano nelle tabelle seguenti le strutture oggetto di controllo ufficiale di sanità pubblica veterinaria presenti nel territorio di competenza, con indicazione del numero di strutture, entità produttiva e dei Piani di controllo / sorveglianza previsti dai LEA sulle diverse tipologie di struttura.

STRUTTURE DA CONTROLLARE - ALLEVAMENTI: LEA Sanità animale e Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche

SPECIE ALLEVATA	INDIRIZZO PRODUTTIVO ALLEVAMENTO	N. allevamenti	N. capi	Alimentazione animale	Utilizzo sottoprodotti OA	Benessere anim. / Igiene allev.	Farmacovigilanza	Controllo igiene prod. Latte	Riproduzione animale	Piano Nazionale Residui	Piano Reg. Aliment. Anim.	Anagrafe zootecnica	Biosicurezza	Brucellosi	Leucosi	TBC	Blue tongue	BSE	Scrapie	MVS-PSC-AUJ	WND	Anemia Infettiva Equina	Influenza aviare	Salmonellosi	Pulverosi	Newcastle Disease	
BOVINI / BUFALINI	da latte	35	5.057	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
	misto	3	681	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
	linea vacca - vitello	67	1.461	X		X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X									
	da ingrasso	60	17.649	X		X	X			X	X	X	X														
	da ingrasso autoconsumo	24	49																								
	stalle di sosta	2	260	X		X	X			X			X	X	X	X	X										
OVI-CAPRINI	da latte	12	4.420	X			X	X		X	X								X								
	misto	2	654	X			X	X		X	X			X					X								
	da carne	53	3.005	X			X			X	X			X					X								
	da autoconsumo	70	407																								
SUINI	da ingrasso	52	50.484	X	X		X			X	X	X	X														
	da riproduzione	2	2.015	X			X			X	X		X							X				X			
	da autoconsumo	176	605																								
EQUINI	da ingrasso	55	187	X		X	X		X		X	X									X	X					
	sportivi / diporto / amatoriali	429	1.157	X		X	X		X												X	X					
	maneggi / scuderie	16	465	X		X	X														X	X					
AVICOLI	galline ovaiole	4	1.589.100	X		X	X			X	X		X										X	X	X	X	
	pollastre	1	265.000	X			X			X	X												X	X	X	X	
	tacchini riproduzione	2	17.562	X			X			X			X										X	X	X	X	
	tacchini carne	16	918.938	X			X			X	X												X				
	polli carne	2	320.000	X			X			X	X		X										X				
	piccioni carne	1	2.000	X			X			X																	
	selvaggina	2	54.000	X			X			X													X	X		X	
	svezzamento	3	37.000	X			X			X													X	X		X	
	commercianti	2	550	X			X			X													X	X		X	
	amatoriali	1	300				X																X	X		X	
	rurale > 250 capi						X																X	X		X	
CONIGLI	riproduzione	1	43.000	X		X	X			X	X																
	ingrasso		-	X		X	X			X	X																
	ciclo completo	2	7.500	X		X	X			X	X																
ACQUACOLTURA	intensivi	3		X		X			X	X																	
SPECIE NON DPA	animali da pelliccia	1	4.000	X	X	X																					
	animali da compagnia	19		X		X																					
TOTALE		1.118																									

ALTRE STRUTTURE DA CONTROLLARE: LEA Sanità animale e Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche

STRUTTURE DA CONTROLLARE	N. STRUTTURE	Alimentazione animale / sottoprodotti	Benessere anim. / Igiene struttura	Farmaco-sorveglianza	Riproduzione animale	Piani sorveglianza malattie infettive
SPERIMENTAZIONE ANIMALE (con scorte farmaci)	5	X	X	X		
SPERIMENTAZIONE ANIMALE (senza scorte farmaci)	3	X	X			
CANILI / GATTILI	5	X	X	X		X
CRAS	2	X	X	X		
RIVENDITE ANIMALI	27	X	X			
PENSIONI CANI / GATTI	5	X	X			
TOELETTATURE	24		X			
CAMPI ADDESTRAMENTO CANI	13		X			
AMBULATORI VETERINARI	81		X	X		
SCORTE ATTIVITA' ZOIATRICA	9		X	X		
FARMACIE	132			X		
GROSSISTI FARMACI SENZA VENDITA DIRETTA	1		X	X		
GROSSISTI FARMACI CON VENDITA DIRETTA	3	X	X			
PRODUZIONE PREMISCELE	1		X			
PRODUZIONE MANGIMI ANIMALI DA REDDITO	3	X	X	X		
PRODUZIONE MANGIMI PER ESCLUSIVO FABBISOGNO AZIENDALE	1	X	X	X		
PRODUZIONE MANGIMI ANIMALI DA AFFEZIONE	2	X	X			
PRODUZIONE ESCHE PER LA PESCA	1	X	X			
DEPOSITI/ESSICCATOI MATERIE PRIME PER L'ALIMENTAZIONE ANIMALE	51	X	X			
RIVENDITE MANGIMI	95	X	X			
TRASPORTATORI MANGIMI CONTO TERZI	216	X	X			
TRASPORTATORI ANIMALI (AUTOMEZZI)	233		X			X
IMPIANTI MAGAZZINAGGIO SOTTOPRODOTTI OA	2	X	X			
TRASPORTATORI SOTTOPRODOTTI OA (AUTOMEZZI)	7	X	X			
DISTRIBUTORI AUTOMATICI VENDITA LATTE CRUDO	17		X			
IMPIANTI TRASFORMAZIONE SOTTOPRODOTTI DEL LATTE	1	X	X			
INCENERITORI BASSA CAPACITA' CAT. 1	1		X			
IMPIANTI RIPRODUZIONE ANIMALE MONTA NATURALE PUBBLICA	9		X		X	
IMPIANTI RIPRODUZIONE ANIMALE MONTA NATURALE PRIVATA	5					
IMPIANTI RIPRODUZIONE ANIMALE INS. ARTIFICIALE	3		X		X	
IMPIANTI RIPRODUZIONE ANIMALE PRODUZ. SPERMA	2		X		X	
RECAPITI	3		X		X	
TOTALE	963					

STRUTTURE DA CONTROLLARE: LEA Igiene Alimenti Origine Animale

STRUTTURE DA CONTROLLARE / CONTROLLI DA EFFETTUARE	N. STRUTTURE	NOTIFICA/ATTO DI RICONOSCIMENTO	STRUTTURE / ATTREZZATURE	PULIZIA / SANIFICAZIONE	IG. LAVORAZIONI E PERSONALE	PREREQUISITI	MAT. PRIME / PROD. FINITO	VERIFICHE DELL'ATTUAZIONE E DELLA IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE (GESTIONE)	CAMPIONI	TAMPONI	ISPEZIONE ANTE E POST MORTEM	VERIFICA BENESSERE ANIMALE	VERIFICA MATERIALI SPECIFICI A RISCHIO / SOTTOPR. O.A.	CONTROLLO BOLLATURA SANIATARIA / MARCHIATURA D'IDENTIFICAZIONE	CERTIFICAZIONE	HACCP
Carni di ungulati domestici - Macello - SH	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Carni di Pollame - Macello - SH - Laboratorio di sezionamento - CP - Depositi frigoriferi autonomi - CS	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Laboratori di sezionamento - CP - Prodotti a base di carne - Impianto di lavorazione - PP - Depositi frigoriferi autonomi - Cs e/o stabilimento carni macinate- MM e/o Impianti Prod.della Pesca - FFPP	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x
Laboratori di sezionamento - CP - Prodotti a base di carne - Impianto di lavorazione - PP	4	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x
Prodotti a base di carne - Impianto di lavorazione - PP	13	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x
Depositi frigoriferi autonomi - CS	6	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x
Impianti autonomi di riconfezionamento - RW	4	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
Depositi frigoriferi autonomi - CS - Impianti autonomi di riconfezionamento - RW	17	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x
Centro lavorazione selvaggina cacciata - GHE	1	x	x	x	x	x	x	x						x		x
Stabilimento di trasformazione - PP Stomaci vesciche e intestini trattati	3	x	x	x	x	x	x	x						x		x
Centri imballaggio uova - EPC	2	x	x	x	x	x	x	x	x						x	x
Impianti prodotti della pesca freschi - FFPP - Depositi frigoriferi autonomi - CS	2	x	x	x	x	x	x	x	x						x	x
Laboratori Prodotti della pesca - Impianto di trasformazione - PP - Depositi frigoriferi autonomi - CS	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x
Stabilimenti di trasformazione - PP	3	x	x	x	x	x	x	x	x						x	x
Centri depurazione / spedizione molluschi - PC - DC - Depositi frigoriferi autonomi - CS - Impianti autonomi di riconfezionamento - RW - Impianti Prod.della Pesca - FFPP	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x
Centri depurazione / spedizione molluschi - PC - DC - Depositi frigoriferi autonomi - CS - Impianti autonomi di riconfezionamento - RW	4	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x
Centri depurazione / spedizione molluschi - PC - DC	7	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x
Centri spedizione molluschi - DC	2	x	x	x	x	x	x	x	x						x	x
Centri spedizione molluschi galleggianti	3	x	x	x	x	x	x	x	x							x
Impianti collettivi d'asta - AH	3	x	x	x	x	x	x	x	x							x
Latte e prodotti a base di latte: stabilimenti di trasformazione e/o stagionatura e RW	5	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x
Macellerie	258	x	x	x	x	x	x	x	x	x						x
Pescherie	67	x	x	x	x	x	x	x	x	x						x
Mense (< 250 Pasti/gg)	150	x	x	x	x	x	x	x	x	x						x
Mense (250 - 1000 Pasti/gg)	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x						x
Mense (> 1000 Pasti/gg)	7	x	x	x	x	x	x	x	x	x						x
Gastronomie Prodotti di O.A.	109	x	x	x	x	x	x	x	x	x						x
Automezzi Trasporto Alimenti O.A.	280	x	x													
Macellazioni Suini A Domicilio (dato 2011)	575								x		x					
TOTALE	1542															

Gli obiettivi principali perseguiti dall'Area Veterinaria nel corso del 2012 sono riportati di seguito, con particolare riguardo a quelli tutelati da obiettivi 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.

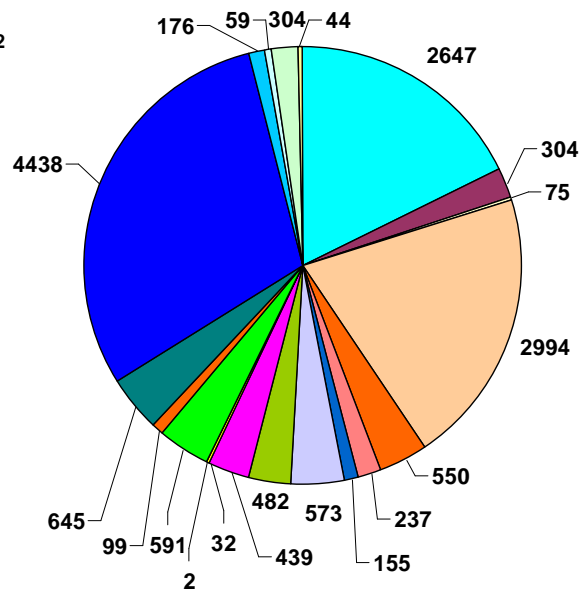
Sono stati effettuati tutti i 43 controlli programmati in base alle percentuali suddette: 8 allevamenti bovini, 5 allevamenti ovicaprini, 3 allevamenti di suini e 27 allevamenti di equidi:

	Allevamenti registrati in BDN	n. controlli programmati	n. controlli eseguiti	% sugli allevamenti esistenti	standard
Allevamenti bovini	182	8	8	4,4	3%
Allevamenti ovicaprini	130	5	5	3,8	3%
Allevamenti suini	238	3	3	1,2	1%
Allevamenti equini	517	27	27	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 legati a emergenze (indagini epidemiologiche, richieste degli utenti, etc). L'attività complessiva svolta è riportata nel seguente grafico:

**piani di sorveglianza
dell'UO sanità animale anno 2012**



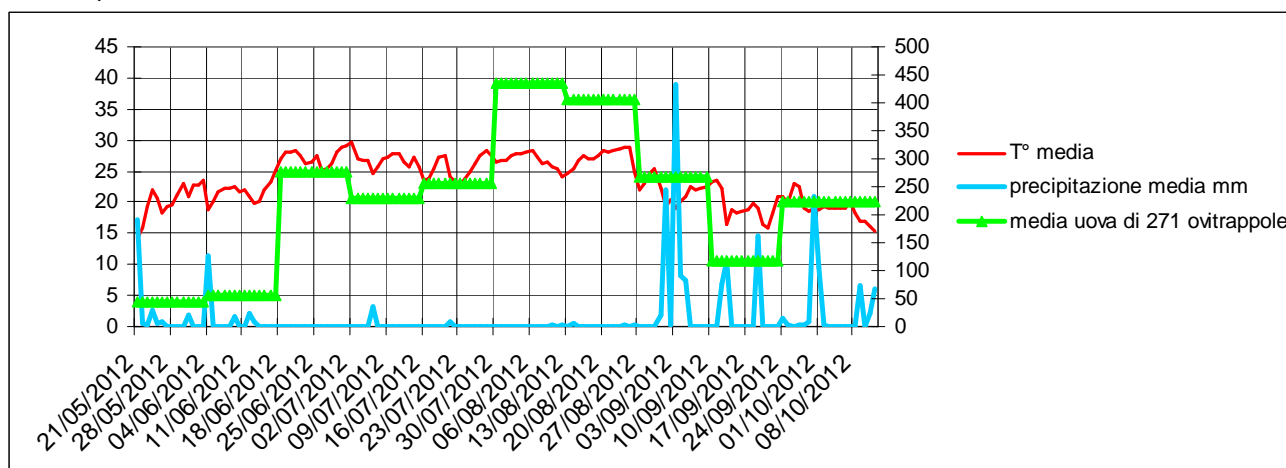
- bovini controllati con prova intradermica per tubercolosi 2647
- bovini controllati con prova sierologica per brucellosi e leucosi bovina enzootica 304
- prelievi di latte di massa per il controllo della brucellosi bovina e della L.E.B. 75
- ovini e caprini controllati con prova sierologica per brucellosi 2994
- prelievi eseguiti su bovini sentinelle per test sierologico Blue Tongue 550
- controlli clinici per BSE negli allevamenti bovini da riproduzione 237
- prelievi di tronco encefalo per TSE in ruminanti morti in azienda 155
- prelievi per analisi genetica negli allevamenti aderenti al Piano Scrapie 573
- campioni per Malattia vescicolare dei suini, Peste suina classica e Malattia di Aujeszky (sierologia) 482
- equidi controllati per Anemia Infettiva Equina 439
- equidi controllati per malattie sfera riproduttiva 32
- equidi controllati per West Nile Disease 2
- corvidi e altri volatili selvatici controllati per West Nile Disease (virologici) 591
- trappole entomologiche controllate per West Nile Disease (virologici) 99
- controlli per altre zoonosi (influenza aviaria, trichinosi, tularemia, brucellosi, etc) su animali selvatici: soggetti esaminati 645
- campioni per influenza aviaria negli allevamenti avicoli (sierologici e virologici) 4438
- campioni per salmonellosi negli allevamenti avicoli (microbiologici su varie matrici, sierologici) 176
- Piano di sorveglianza della Leishmaniosi viscerale zoonotica n° controlli entomologici 59
- Piano di sorveglianza della Leishmaniosi viscerale zoonotica n° cani testati sierologicamente 304
- indagini epidemiologiche 44

Vanno evidenziati:

- l'intensificazione dell'attività di sorveglianza per l'influenza aviaria dovuto all'epidemia di virus H5 a bassa patogenicità verificatasi a partire dal mese di settembre in Lombardia;

- la gestione di un focolaio di TSE ovina (scrapie) in un cospicuo allevamento della Provincia (563 capi), con conseguente indagine sul genotipo degli ovini coinvolti ed abbattimento di tutti quelli con genotipo non resistente (398);
- il mantenimento di un elevato livello di attività di sorveglianza per la West Nile Disease, in particolare con quasi 600 volatili di varie specie esaminati, e con la sorveglianza entomologica (esami di pool di zanzare catturate con apposite trappole in allevamenti); con entrambe le tipologie di sorveglianza non sono state evidenziate positività, confermando l'assenza di circolazione del virus nella nostra provincia a partire dall'estate 2010, dopo le epidemie estive 2008 e 2009;
- 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 (5 nuovi positivi, 1,64% di incidenza), e 59 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.

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



Si può constatare l'elevata presenza della zanzara tigre nel mese di agosto, con l'intensificarsi dei cicli vitali dell'insetto dopo le modeste piogge della prima e terza settimana di luglio e della seconda e terza settimana di agosto, in presenza di alte temperature, nonché la ripresa della popolazione di zanzare ad ottobre, grazie al caldo di inizio mese; anche nel 2012, fortunatamente, 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 in presenza di 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. Sono stati eseguiti nel 2012 n. 134 campioni programmati su diverse matrici e prodotti di origine animale, campionati presso gli allevamenti (sangue, urina, pelo, latte, uova), impianti di lavorazione (miele) e presso i macelli, uno di specie avicole e uno di ovini del territorio (matrici organiche). Sono risultati irregolari n. 2 campioni di acqua di abbeverata per tacchini (in un caso sulfamidici e, in un altro, colistina e ossitettraciclina). Alle irregolarità hanno fatto seguito le indagini epidemiologiche e le sanzioni amministrative previste.

A seguito di un vasto incendio nel territorio del comune di Migliaro, nell'ambito di uno specifico piano di monitoraggio disposto dal Servizio veterinario regionale, nell'area compresa nel cono di ricaduta dei fumi, sono stati prelevati campioni di piante foraggere "in campo", di latte ovino e vaccino, di prodotti della pesca dei corpi idrici, per la ricerca di residui di contaminanti post combustione. I campioni sono stati prelevati al momento dell'evento, a distanza di tre mesi ed effettuati a distanza di sei mesi dall'incendio

(fine luglio 2012) con conclusione delle attività di campionamento nell'anno in corso. Nel 2012 sono stati prelevati n. 25 campioni: n. 10 di latte ovino e vaccino, n. 6 di erba medica e n. 5 di pescato. Gli esiti degli accertamenti sono risultati favorevoli e le ordinanze emanate dai Sindaci dei comuni interessati, adottate in modo precauzionale al momento dell'emergenza, sono state revocate nel breve periodo.

La grave siccità verificatasi nella pianura padana nel corso dell'estate 2012 ha causato un notevole e diffuso aumento del livello di contaminazione da aflatossine nel mais. Tale emergenza ha determinato l'adozione di un piano straordinario di monitoraggio da parte del Servizio Veterinario regionale finalizzato a verificare i livelli di contaminazione nelle derrate alimentari ed in particolare del latte vaccino.

I campionamenti per la ricerca di aflatossine nel latte vaccino sono stati 43, tra questi 2 sono risultati con tenori superiori ai limiti previsti, anche se si è riscontrato un notevole aumento della concentrazione media del contaminante aflatossina M1 nella maggior parte dei campioni. Nei 2 casi di irregolarità, è stato sospeso il conferimento del latte con la distruzione del prodotto, fino al ripristino di valori ammissibili.

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 al consumo alimentare o per quelle che vivono abitualmente a contatto con l'uomo (pet) forniscono inoltre 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. 124 campioni; di questi, sono risultati irregolari n. 4 campioni: 2 per presenza aflatossina B1 a livelli superiori ai limiti stabiliti, 2 campioni per presenza di Salmonella. Alle irregolarità ha fatto seguito l'attivazione del sistema di allerta mangimistica. Inoltre, nel caso della contaminazione da Salmonella, si è disposta la bonifica della partita contaminata e, in un altro caso, essendo il prodotto già stato utilizzato, si è disposta la sospensione temporanea dell'attività per interventi di manutenzione straordinaria del deposito.

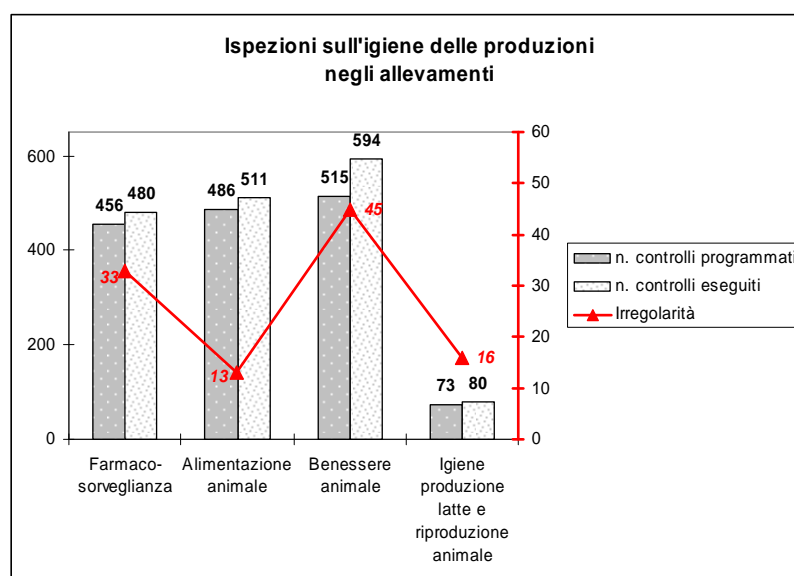
Nell'ambito della procedura di Allerta, sono state attivate 4 allerta mangimistiche per irregolarità microbiologiche o chimiche del mangime, e si è gestita un'allerta in entrata. Tra le allerta attivate si evidenzia il riscontro di "bombaggio" in scatolette di mangime per cani che ha coinvolto un importante operatore commerciale, a livello nazionale, di mangimi per animali da compagnia.

Sono stati effettuati, inoltre, controlli presso i 16 distributori fissi di latte crudo ed un ambulante, con n. 33 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.) e n. 2 campioni aggiuntivi per ricerca E. Coli o157 a seguito di "non negatività" in due campioni effettuati nel monitoraggio.

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)	134	134	100	95	2
Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA)	124	124	100	95	4
Piano Micotossine (aflatossine)	43	43	100	95	2
Piano sorveglianza latte vendita diretta (distributori automatici di latte crudo)	33	35	106	95	2

Per ciò che riguarda l'attività di ispezione svolta nell'ambito dell'igiene degli allevamenti, nell'anno 2012 sono stato programmati ed eseguiti i controlli rappresentati nel grafico seguente, da cui risulta che l'attività programmata è stata interamente eseguita e le irregolarità più numerose sono state rilevate nel campo del benessere animale, commentato nel paragrafo seguente, e della gestione del farmaco veterinario.



Benessere animale

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

Controlli eseguiti in allevamento:

Allevamenti	n. aziende esistenti	n. aziende controllabili da PNBA	n. aziende controllate	n. aziende con irregolarità
Bovini	221	66	73	7
Allevamenti con vitelli	130	41	50	1
Suini	230	18	15	5
Ovicapri	137	25	10	1
Equini	500	3	18	1
Galline ovaiole	5	5	5	2
Altri avicoli	30	20	19	3
Conigli	3	3	3	0
Animali pelliccia	1	1	1	0

Percentuale di sopralluoghi per allevamento

	Anno											2011	2012
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
FE	510,2	367,5	379,5	606,9	621,7	574,4	576,8	512,7	228,1	228,2	229,3	287,1	195,5
Totale	392,9	440,7	367,5	457,1	510,9	512,0	486,8	470,6	433,2	436,7	441,2	409,1	276,9

Sono emerse non conformità nel 33% degli allevamenti suinicoli controllati, per diversi requisiti, quali libertà di movimento, spazio disponibile, edifici e locali di stabulazione, illuminazione minima, pavimentazioni, materiale manipolabile, alimentazione e abbeveraggio; nel 40% degli allevamenti di ovaiole, dove è emerso in particolare il problema di un allevamento con gabbie non modificate; nel 15% circa degli allevamenti di tacchini, riferibili a personale e attrezzature automatiche; nel 10% degli allevamenti bovini, riferibili a edifici e locali di stabulazione. Per tali motivi, per l'anno 2013 si è aumentata la percentuale degli allevamenti da controllare rispetto a quella fissata dal PNBA.

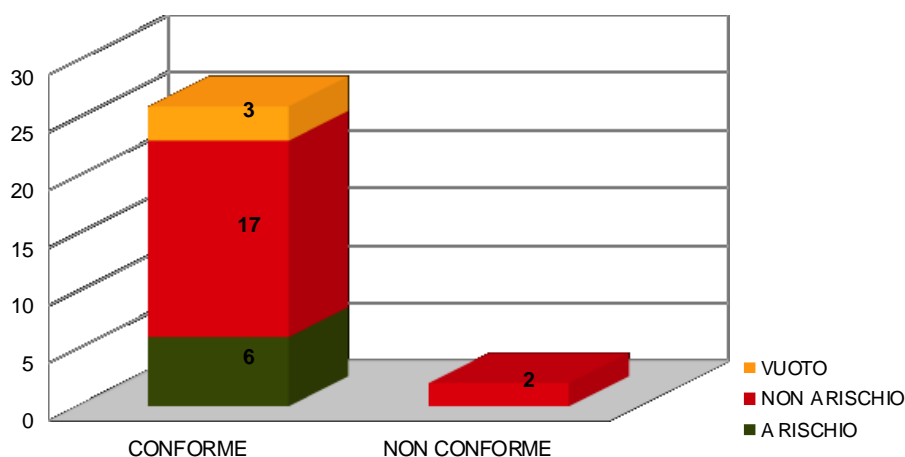
Controlli effettuati durante il trasporto di animali:

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	28	23	736	3.803	14	46.216	-
Al luogo di arrivo	57	246			24	132.807	204
Controlli documentali	92	-	-	-	-	-	-

Le irregolarità rilevate nei controlli al luogo di arrivo degli animali hanno riguardato 2 partite di volatili, per un totale di 5.868 soggetti scaricati al macello avicolo, dei quali si è riscontrata eccessiva mortalità in relazione alla durata del viaggio e alla elevata temperatura esterna. Si sono rilevate anche 14 irregolarità documentali su n. 92 controlli effettuati, con i relativi provvedimenti.

I 28 controlli durante il trasporto, cioè sulla strada, sono stati effettuati in collaborazione con la Polizia Stradale, lungo la statale Romea, in applicazione di un protocollo di attività congiunta esistente dal 2004. Gli esiti di tali controlli sono rappresentati nel grafico seguente, dove per trasporti “a rischio” si intendono quelli di più di 8 ore e per “non a rischio” quelli di meno di 8 ore. Sono risultati irregolari 2 trasporti non a rischio:

TIPOLOGIA DI TRASPORTO ED ESITO CONTROLLO 2012



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 2012 è riassunto nella tabella seguente:

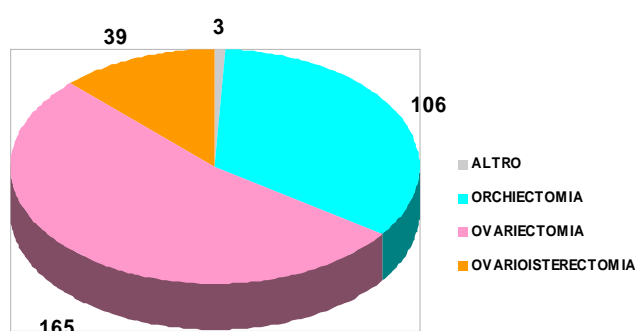
	Impianti di cura di animali d'affezione	Canili, gattili, colonie feline	Esposti di privati cittadini	Cani che hanno morso o segnalati per aggressività	Interventi di sterilizzazione di gatti di colonia	Passaporti rilasciati a cani, gatti o furetti	Rivendite, toelettature, pensioni e allevamenti di animali d'affezione
N. di controlli / prestazioni	81	276	362	260	313	334	66

Nell'ambito delle attività rivolte agli animali d'affezione, dal 17.04.12 l'Unità Operativa ha attivato, un giorno alla settimana, un nuovo punto di erogazione del servizio di sterilizzazione dei felini di colonia presso l'ambulatorio veterinario comunale di Portomaggiore, estendendo un'attività resa già dal 2005 presso il Gattile comunale di Ferrara. Sono entrati nel progetto i Comuni di Portomaggiore, Argenta e Ostellato. Svolge il ruolo insostituibile il Volontariato animalista, che garantisce il necessario supporto organizzativo all'attività, gestendo in particolare i contatti con i Referenti di colonia che effettuano la cattura dei gatti di colonia, consegnandoli al veterinario dell'Azienda USL per l'intervento.

Per quanto l'attività svolta, nel corso dell'anno 2012, presso l'ambulatorio di Portomaggiore sono stati effettuati n. 183 interventi, n. 127 femmine e n. 56 maschi, mentre a Ferrara gli interventi sono stati n. 130, 79 femmine e 51 maschi.

La tipologia degli interventi eseguiti è riportata in tabella. Non si sono registrati incidenti o complicanze post-operatorie.

N. di interventi di sterilizzazione dei felini di colonia, per tipologia



Igiene Alimenti di Origine Animale

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

	Strutture esistenti	Strutture controllate	Controlli eseguiti	Irregolarità riscontrate	Sanzioni	Prescrizioni	Provvedimenti sanitari coattivi	Denunce
Impianti riconosciuti	86	86	1720	198	5	198	1	5

Le irregolarità più frequentemente riscontrate presso tali impianti hanno riguardato l'idoneità e l'igiene di strutture ed attrezzature e 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	2100	845	40,2	1105	338	28	338	2	0

Anche in questo settore, le irregolarità più frequentemente riscontrate hanno riguardato l' idoneità di strutture ed attrezzature e il piano HACCP.

Nella tabella seguente alcune indicazioni relative alla proporzione di aziende controllate rispetto a quelle esistenti sia in corrispondenza di aziende di trasformazione alimenti che di aziende di ristorazione. La provincia di Ferrara controlla una proporzione rilevante di aziende rispetto alla media regionale.

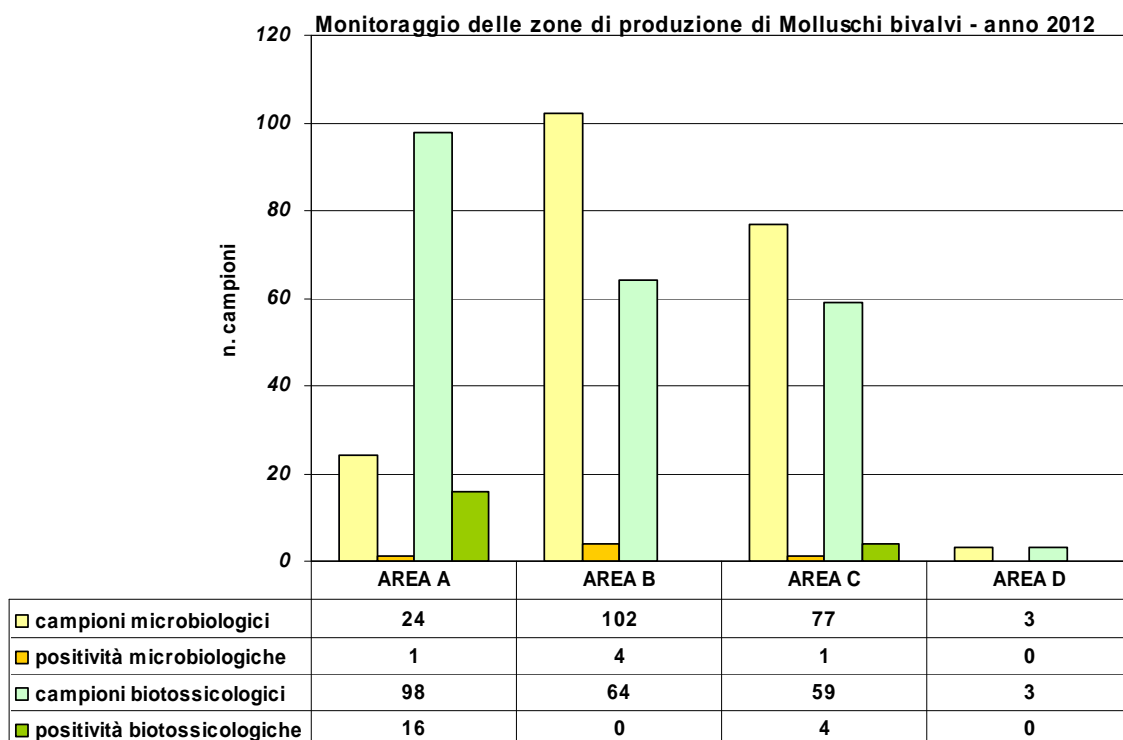
	AZIENDE DI TRASFORMAZIONE ALIMENTI					AZIENDE DI RISTORAZIONE				
	esistenti	controllate	con infraz.	controllate/ esistenti	infrazioni/ controllate	esistenti	controllate	con infraz.	controllate/ esistenti	infrazioni/ controllate
FE	891	437	129	0,49	0,30	2743	1392	366	0,51	0,26
TOT.	10939	3449	782	0,32	0,23	39166	10209	2287	0,26	0,22

Sistema di allerta alimenti e mangimi:

L'attivazione del sistema di allerta è prevista per gli alimenti o mangimi che rappresentano un grave rischio per la salute umana e animale, per i quali è richiesto un intervento immediato per escludere l'alimento dal circuito distributivo e dalla disponibilità del consumatore. La gestione dell'allerta è affidata all'Unità di Crisi attivata presso il Dipartimento di Sanità Pubblica, che garantisce l'intervento entro 24 dalla segnalazione. L'intervento consiste nell'individuazione di alimenti pericolosi e nella verifica che l'Operatore del settore alimentare abbia attivato tutti i provvedimenti di rintraccio e ritiro del prodotto oggetto di segnalazione. Nel 2012 sono state gestite n. 39 allerta e n. 7 notifiche di informazione per alimenti di origine animale.

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.



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

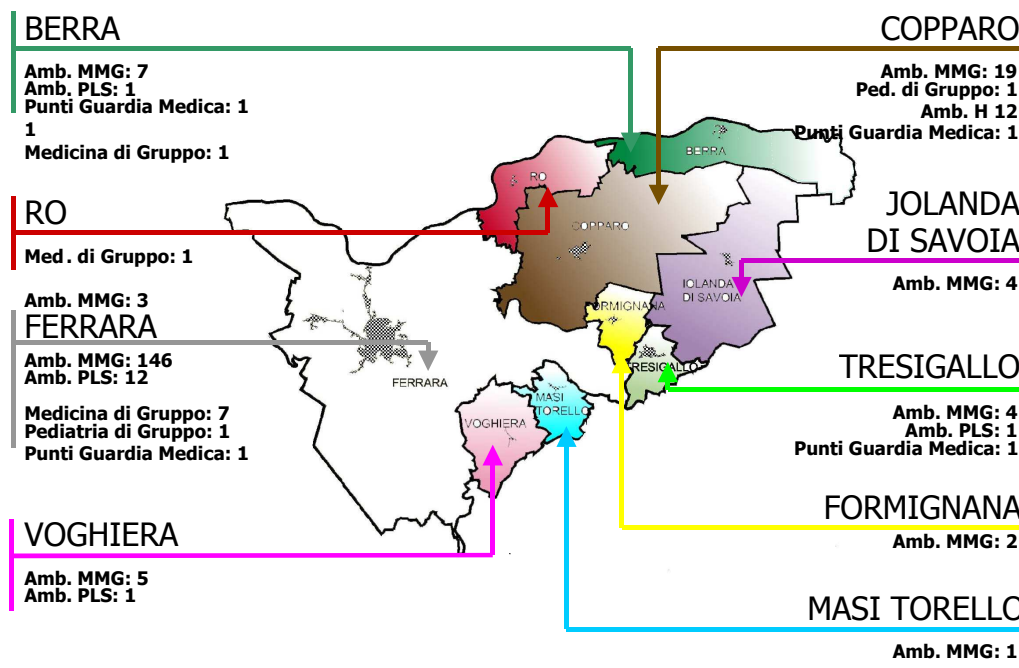
Nel 2012 sono stati adottati n. 6 provvedimenti di chiusura temporanea di zone di produzione a seguito di non conformità microbiologiche e n. 20 a seguito di non conformità biotossicologiche, oltre a n. 1 atto di obbligo di depurazione dei molluschi.

Assistenza distrettuale

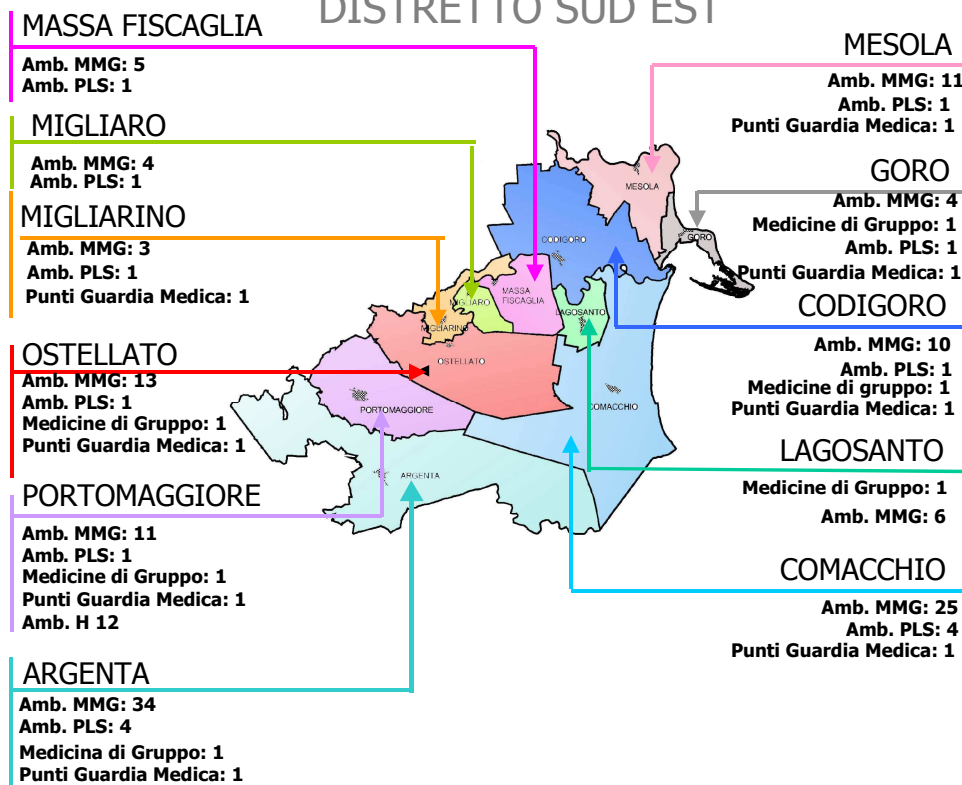
Assetto organizzativo dell'assistenza di base

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.

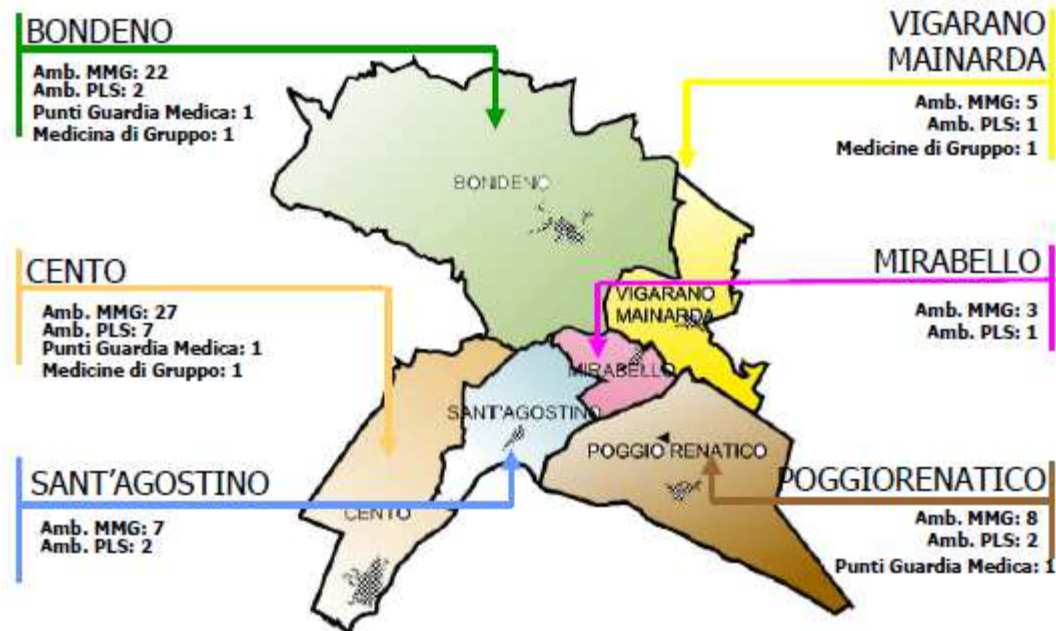
DISTRETTO CENTRO NORD



DISTRETTO SUD EST



DISTRETTO OVEST



Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Le risorse del FRNA per l'anno 2012 sono state ripartite fra i distretti dalla CTSS nella seduta del 14 maggio 2012.

La ripartizione del FRNA sui tre distretti dell'Azienda è stata realizzata, secondo la prassi consolidata, considerando cioè la suddivisione storica dei servizi e dei presidi socio-sanitari sul territorio. Il sistema di accreditamento ed il passaggio ad un sistema tariffario omogeneo nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani e disabili è stato funzionale ad una ripartizione assolutamente razionale. I Distretti, attraverso gli Uffici di Piano e i Comitati di Distretto hanno programmato l'utilizzo delle risorse per poter affrontare la mancanza del FNA nel 2012.

Assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani

L'assistenza residenziale e semiresidenziale in favore di anziani non autosufficienti erogata a carico del FRNA è erogata tramite contratti di servizio con strutture accreditate.

A partire dal 2011 tutte le strutture residenziali (ex case protette e RSA) sono state accreditate transitoriamente o provvisoriamente come CRA.

L'accREDITAMENTO ha avuto come punto imprescindibile di partenza la programmazione territoriale. I soggetti gestori, accettando il sistema di remunerazione e le tariffe definite dalla regione hanno attestato e documentato il possesso dei requisiti organizzativi e gestionali di qualità nella gestione e nella fornitura del servizio. L'accREDITAMENTO ha inoltre comportato un maggiore livello di omogeneità nell'erogazione dei servizi e negli standard di qualità, rispetto a quello già realizzato nell'area anziani con il sistema delle convenzioni. Nel corso del 2012 si è consolidato il rapporto di collaborazione con gli enti gestori che hanno partecipato a momenti di condivisione funzionali all'attività di monitoraggio dei contratti di servizio.

Gli interventi a sostegno del mantenimento a domicilio quali i Centri Diurni e l'assistenza domiciliare, sono stati ugualmente accreditati⁴.

Malgrado l'offerta contenuta si è registrato un notevole apprezzamento della residenzialità di sollievo, ossia per periodi di tempo non superiori ai 3 giorni con tariffe agevolate e finanziamento a carico del FRNA. I posti letto di sollievo rientrano fra i servizi accreditati.

⁴ La realizzazione dell'accREDITAMENTO dei servizi socio-sanitari per anziani ai sensi delle DGR 772/2007, 514/2009, 2109/2009, 2110/2009, fonda le basi del modello di welfare regionale delineato dal Piano Regionale Sociale e Sanitario.

N. di posti ogni 1000 >74	Posti residenziali convenzionati (CP +RSA)				Posti semi residenziali convenzionati (CD)			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
FERRARA	31,6	31,9	31,9	33,2	2,8	3,3	2,7	2,7
TOTALE REGIONE	30,7	30,6	30,3	32,5	5,9	5,9	6,0	6,1

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

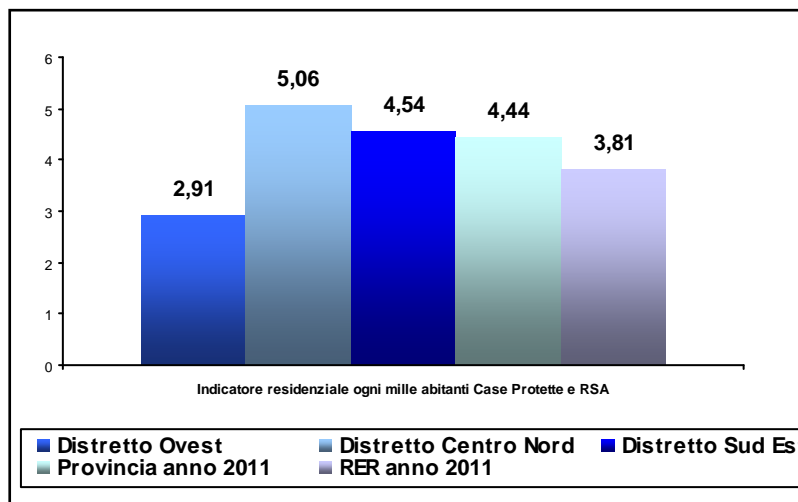
Struttura dell'offerta (valori assoluti)

N. di posti Convenzionati	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2011
Residenziale Protetta (RSA e CP)	230	900	466	1.596
Centri Diurni per anziani	21	74	35	130

Indicatori di offerta e di utilizzo (anno 2011)

	Centri diurni Tasso di copertura su >74*	Residenzialità protetta e RSA Tasso di copertura >74*
Distretto Ovest	0,27	2,91
Distretto Centro Nord	0,42	5,06
Distretto Sud Est	0,34	4,54
Provincia 2011	0,36	4,44

* Popolazione al 31/12/2011



Centri Diurni

I centri di accoglienza semi residenziale per anziani sono accreditati al pari delle strutture residenziali. Nel 2012 si è evidenziata una controtendenza rispetto agli anni precedenti nella richiesta del servizio che sembra maggiormente apprezzata ora in area extraurbana.

Le strutture semiresidenziali per anziani continuano a connotarsi come scelta assistenziale non ancora pienamente utilizzata dagli utenti.

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).

La programmazione distrettuale ha incrementato leggermente i posti accreditati: rispetto alla popolazione residente, sono disponibili circa 3 posti ogni 1000 ultra75enni, a fronte di un valore massimo indicato dalla Regione del 10 ‰ su popolazione target.

Assegno di cura

La finalità dell'intervento di contribuzione è quello di sostenere il lavoro di cura mantenendo nel proprio contesto l'anziano non autosufficiente, evitando o posticipando in tal modo, il ricovero dello stesso anziano nei servizi residenziali socio-sanitari.

Viene riconosciuto alle famiglie che prestano cure per contrastare o ritardare il ricorso ai ricoveri in istituti. E' finanziato con fondi del Fondo regionale per la Non Autosufficienza. L'assistenza viene stanziata a fronte di patologie attestate dall'Unità di valutazione geriatrica e che possono riguardare sia fattori sociali, relazionali che sanitari ma sempre considerati in maniera integrata. Il sostegno è conferito a fronte dell'intervento di cura della famiglia, per le attività socio-assistenziali a rilievo sanitario e per far fronte alle spese personali del paziente in cura, e in parte anche per l'assistenza privata. 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 2012 gli assegni di cura erogati nella provincia di Ferrara hanno avuto una leggera riduzione.

Assistenza residenziale e semi-residenziale per disabili

L'assistenza in favore di disabili adulti, residenziale e semiresidenziale è finalizzata a sostenere persone in situazione di particolare difficoltà e che non hanno la capacità di orientarsi al mondo del lavoro o richiedono interventi soprattutto assistenziali ed educativi, ma anche medici, infermieristici e riabilitativi con programmi personalizzati a lungo termine. Il percorso di accreditamento ha riguardato anche l'area dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per utenti disabili ed il sistema di remunerazione a tariffe omogenee è stato applicato alle strutture operanti nella provincia. Nel corso del 2012 il livello di collaborazione con i soggetti gestori si è consolidato, attraverso la partecipazione a momenti di condivisione funzionali all'attività di monitoraggio dei contratti di servizio.

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 care givers, aiutando il lavoro di assistenza, educazione e riabilitazione. L'assistenza erogata presso i Centri socio riabilitativi residenziali è invece rivolta ad utenti in condizioni socio sanitarie maggiormente complesse. La rete dei servizi per disabili è stata fundamentalmente completata, anche se le Unità di Valutazione Multiprofessionale evidenziano una crescente richiesta assistenziale, dovuta, nella maggior parte dei casi, all'invecchiamento dei famigliari.

Numero di Posti Letto destinati a portatori di handicap per 1.000 abitanti (pop. Target tutta)⁵

	Residenziali				Semiresidenziali			
	2007	2009	2010	2011	2007	2009	2010	2011
FERRARA	0,48	0,56	0,56	0,59	0,68	0,64	0,63	0,78
TOTALE REGIONE	0,42	0,44	0,47	0,51	0,88	0,89	0,90	0,97

Posti letto disabili residenziali al 31.12.2011

	AMBITI DISTRETTUALI	POSTI	POPOL. 2011	INDICATORE
FERRARA	FERRARA CENTRO-NORD	60	177.898	0,3
	FERRARA OVEST	36	79.101	0,5
	FERRARA SUD-EST	118	102.687	1,1
RER		2.262	4.459.246	0,5

Posti letto disabili semi-residenziali al 31.12.2011

	AMBITI DISTRETTUALI	POSTI	POPOL. 2011	INDICATORE
FERRARA	FERRARA CENTRO-NORD	135	177.898	0,8
	FERRARA OVEST	56	79.101	0,7
	FERRARA SUD-EST	88	102.687	0,9
RER		4.325	4.459.246	1,0

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

⁵ Manca il dato relativo all'anno 2008 perché l'Istat ha sospeso la rilevazione dei Presidi per quell'anno.

Gravissime disabilità acquisite

L'accesso ai servizi residenziali o all'assegno di cura per utenti affetti da gravissime disabilità acquisite è garantita dalle equipe multi professionali distrettuali.

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 di piani personalizzati presso strutture in possesso dei requisiti stabiliti dalla DGR 840/2008.

Il numero di utenti seguiti in assistenza residenziale o a domicilio con il supporto dell'assegno di cura, nel 2012 non ha subito variazioni importanti rispetto all'anno precedente. Nel corso del 2012 è stata effettuata una rivalutazione dei casi in carico per verificare l'eventuale incremento dell'assegno di cura, sulla base dei requisiti stabiliti dalla regione. L'assegno maggiorato per utenti in possesso dei requisiti di legge è stato riconosciuto ad 8 utenti.

Numero di pazienti presi in carico per tipologia di assistenza - Anno 2012

	TOTALE ASSISTITI	ASSISTITI SOLO A DOMICILIO	ASSISTITI SOLO IN ASSISTENZA RESIDENZIALE	ASSISTITI A DOMICILIO E IN ASSISTENZA RESIDENZIALE
FERRARA	97	61	30	6
REGIONALE	1.306	873	350	83

Pazienti in carico per classi di età e distretti sanitari - Anno 2012

	Classi d'Età										TOTALE PAZIENTI
	0 - 17		18 - 44		45 - 64		65 - 74		75 +		
	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	N. Pazienti	%	
CENTRO-NORD	1	5,9	3	17,6	7	41,2	4	23,5	2	11,8	17
OVEST	0	0	10	21,3	21	44,7	10	21,3	6	12,8	47
SUD-EST	0	0	10	30,3	16	48,5	4	12,1	3	9,1	33
FERRARA	1	1,0	23	23,7	44	45,4	18	18,5	11	11,3	97
REGIONE	65	5,0	279	21,4	536	41,0	279	21,4	147	11,2	1.306

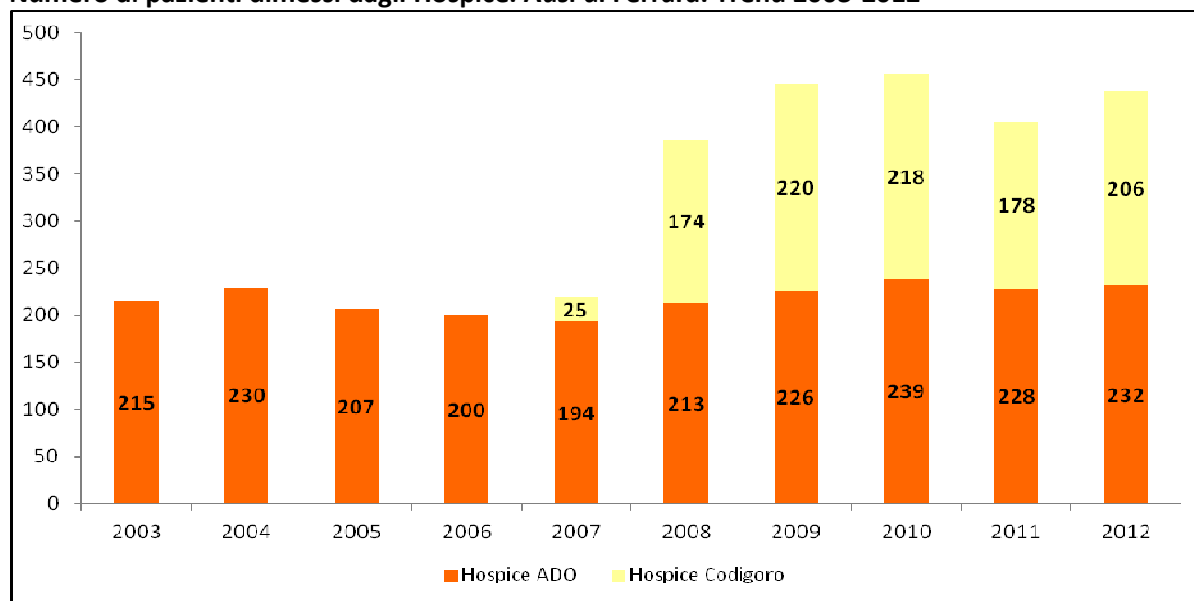
Dimissione dagli Hospice

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 (457 dimessi) con una lieve contrazione nel 2011 (408 dimessi) e una ripresa nel 2012 (438 dimessi). La degenza media è di circa 17,8 giorni per l'ADO e 16,2 per l'hospice di Codigoro a dimostrazione dell'elevato turnover trattandosi di pazienti terminali con trattamenti palliativi.

Dimessi dagli Hospice e % di decessi per Azienda di residenza. Indice di dipendenza * 100.000 abitanti - Anno 2012

	INDICE DI DIPENDENZA *100.000 ab.	% DECESSI
HOSPICE ADO	49,3	73,6
HOSPICE DI CODIGORO	42,9	80,6

Numero di pazienti dimessi dagli Hospice. Ausl di Ferrara. Trend 2003-2012⁶



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 2012, il totale dei pazienti trattati con almeno una prestazione odontoiatrica, è pari a 3.210.

Il numero di utenti "Non Vulnerabili" che, nell'anno 2012, hanno ricevuto assistenza odontoiatrica e di 166 pari al 5% (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 2012

	UTENTI NON VULNERABILI				TOTALE UTENTI				%			
	Conserv./ Endod.	Ortodonzia e Trattamenti 0-14	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conserv./ Endod.	Ortodonzia e Trattamenti 0-14	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conserv./ Endod.	Ortodonzia e Trattamenti 0-14	Protesica Fissa	Protesica Mobile
FERRARA	105	12	15	34	1.511	722	117	860	6,9%	1,7%	12,8%	4,0%
RER	3.254	913	161	954	25.342	7.288	1.283	6.784	12,8%	12,5%	12,5%	14,1%

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

⁶ L'Hospice di Codigoro è stato aperto il 15/7/07.

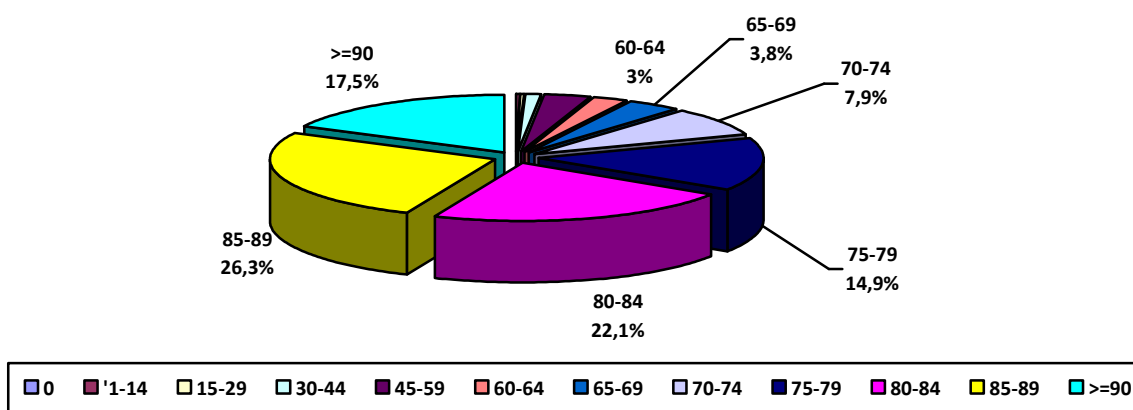
progetto assistenziale personalizzato; si basano sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarità delle risorse necessarie al raggiungimento dei risultati di salute.

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.

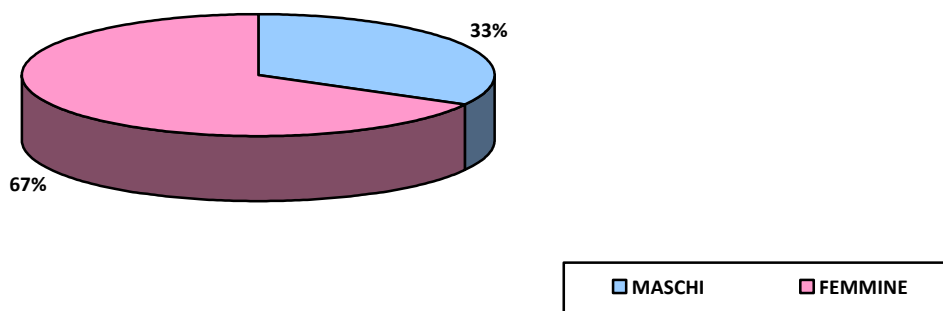
Un aspetto fondamentale è quello di garantire la continuità delle cure, presidiando il momento di interfaccia tra i reparti ospedalieri e l'assistenza domiciliare: la modalità organizzativa utilizzata è stata quella di inserire nel percorso il case-manager ospedaliero, ossia un infermiere territoriale 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 2012

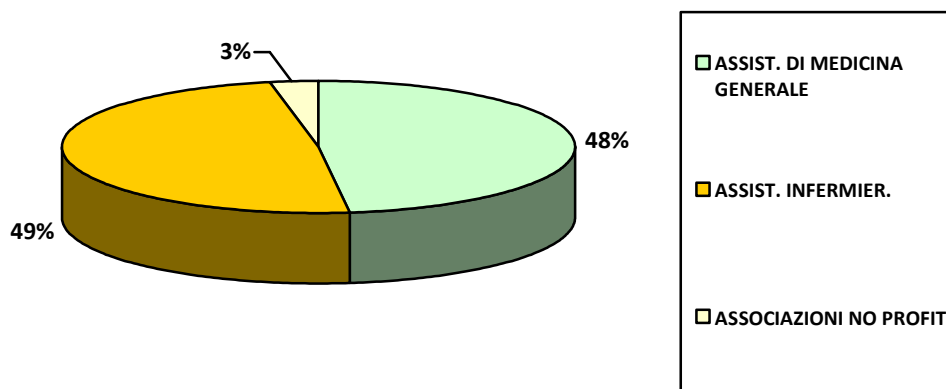


Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per sesso - Anno 2012

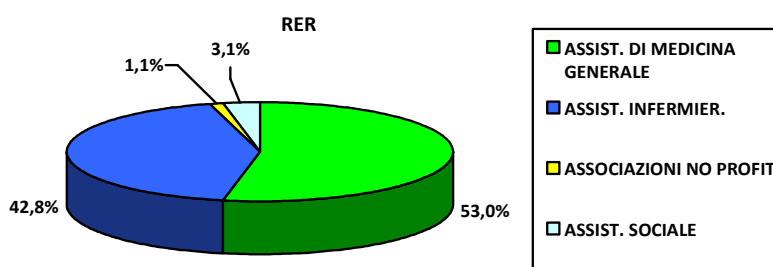
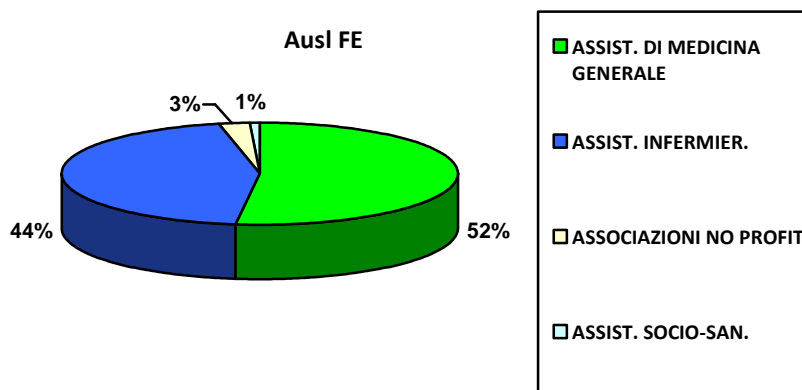


Come negli anni precedenti, l'assistenza domiciliare è stata utilizzata soprattutto da anziani con età a partire dai 75 anni, che costituiscono oltre l'80% del totale. Sono nettamente prevalenti le assistite di sesso femminile, che rappresentano i 2/3 dei pazienti seguiti.

Percentuale di TAD per tipologia di Assistenza Domiciliare - Anno 2012



Percentuale di episodi di presa in carico per tipo di assistenza- Anno 2012



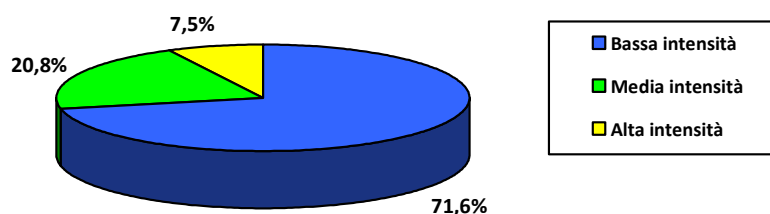
Il numero di pazienti in carico risulta essere di entità simile per quanto riguarda episodi di presa in carico con Assistenza di Medicina Generale (ADI 1° 2° e 3° livello e ADP) e quelli con assistenza infermieristica (rispettivamente 52% e 44%) e conferma l'andamento degli ultimi anni; anche la percentuale di pazienti seguiti dalle Associazioni No Profit (3%) non presenta variazioni significative.

Pazienti per 1.000 residenti per livello di attività assistenziale: rapporto tra il numero di pazienti seguiti nell'anno e popolazione residente - ANNO 2012

N. di assistiti ogni mille residenti	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia 2012	RER 2012
Bassa intensità	16,02	20,87	16,12	18,44	18,34
Media intensità	3,15	5,45	7,10	5,41	7,55
Alta intensità	1,11	2,41	1,94	1,99	3,14
TOTALE	20,28	28,72	25,15	25,84	29,04

Nonostante prevalga per tutti e tre i Distretti la tipologia di assistenza a bassa intensità, si evidenzia nel Distretto Centro Nord, un peso maggiore di questa tipologia di assistenza rispetto agli altri due distretti. Per il Sud Est un discorso analogo vale per il medio livello di intensità.

Percentuale di TAD per livello di Assistenza Domiciliare. Ausl di Ferrara e RER. Anno 2012



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.

Percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari sul totale delle donne gravide in carico ai consultori familiari. Anno 2011

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	1.502	720	47,9
R.E.R.	22.629	11.902	52,6

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

AUSL	Gravide in carico ai C.F.	Nati vivi da residenti nell'anno	% Gravide in carico/ nati vivi	Prest. Gravid.	% prest. Grav./tot. Prest.
AUSL Ferrara	1.502	2.826	53,1	10.047	16,4
R.E.R.	22.629	41.817	54,1	224.076	27,5

UTENTI ED ATTIVITA' 2011

Utenti settore ostetricia e ginecologia per distretti

Anno 2011	Distretto Ovest	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est	Prov. 2011	Prov. 2010	Prov. 2009	R.E.R. 2011
Donne in carico per settore Ostetricia e Ginecologia	3.586	8.997	3.478	16.061	14.855	15.962	203.436
% utenti su pop. Donne 15-64	14,4%	15,7%	10,7%	14%	12,8%	13,9%	14,4%
Utenti in carico per settore Psicologia	0	70	25	95	110	89	6.870

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari.

AUSL	Prest. contracc.	% prest. contracc./tot. Prest.	Prest. psicologia	% prest. Psico./tot. Prest	Prest. per IVG	% prest. IVG/tot. Prest.	Prest. puerpere	% prest. puerp./tot. Prest.	Prest. Spec. Ginecol	% prest. Spec. gin./tot. Prest.	Prest. Menop.	% prest. menop./tot. Prest.	Totale Prest.
AUSL Ferrara	4.499	7,4	828	1,4	906	1,5	1.978	3,2	13.539	22,1	2.679	4,4	61.193
R.E.R.	48.360	5,9	41.989	5,1	17.671	2,2	27.005	3,3	143.558	17,6	16.570	2,0	816.181

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

AUSL	N. pap test eseguiti	N. colposcopie	N. visite senologiche	Totale prestazioni prevenzione tumori	Totale prestazioni	% prestazioni per diagnosi precoce tumori femminili su totale prestazioni
AUSL Ferrara	25.209	980	528	26.717	61.193	43,7
R.E.R.	279.246	8.736	8.970	296.952	816.181	36,4

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

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 (in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione):

- esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per la popolazione in età 0-17 anni, allo scopo di mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie (difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, 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;
- 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;
- incrementare la sicurezza delle pratiche di immunizzazione; incrementare gli interventi di ordine strutturale, organizzativo, informativo, formativo e comunicativo necessari per consentire la partecipazione consapevole delle famiglie;
- prevenzione della diffusione di malattie infettive ed infestazioni nelle comunità: interventi nelle comunità scolastiche a seguito di notifica di malattie infettive (meningite, scabbia, pediculosi, morbillo, TBC, ecc.) in ottemperanza alle indicazioni ministeriali;
- sorveglianza igienico-sanitaria in comunità che ospitano minori.

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 mediante la Sorveglianza

qualitativa delle refezioni scolastiche che avviene attraverso l'approvazione di dietetici collettivi nelle scuole d'infanzia; l'elaborazione di menù speciali per le scuole di ogni ordine e grado in caso di patologie (allergie, intolleranze, malattie metaboliche, malattie croniche) e controlli del rispetto delle diete speciali. Incontri con le istituzioni e le famiglie (commissioni mensa e problematiche speciali).

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

- bambini affetti da patologie croniche: inserimento in ambito scolastico in collaborazione con altri servizi (Pediatri di Libera Scelta e Specialisti), enti e istituzioni; elaborazione di protocolli personalizzati, informazione ed istruzione del personale della scuola, anche quando sia necessaria la somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- sostegno e tutela ai bambini e ragazzi in condizioni di disagio socio sanitario (sospetto di incuria, maltrattamento, abuso; immigrati con difficoltà di integrazione): progetti condivisi con altri Servizi (Servizio Sociale, SMRIA-UONPIA, SERT, Salute Mentale, Salute Donna),
- partecipazione ai gruppi di lavoro interistituzionali provinciali e comunali su tali tematiche,
- partecipazione di una pediatra di comunità al Gruppo di Lavoro Regionale per la definizione di linee guida inerenti la somministrazione di farmaci in contesti extra – famigliari, educativi o scolastici in Emilia –Romagna,
- partecipazione di una pediatra di comunità al Tavolo Tecnico Regionale “ Diabete in età pediatrica”.

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

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

- partecipazione, in collaborazione con Salute Donna e i Centri per le famiglie di Ferrara e Comacchio ai “corsi di accompagnamento alla nascita” ed alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno con offerta di consulenze telefoniche ed ambulatoriali alle mamme; il pieghevole informativo su questa rete di sostegno e promozione è stato tradotto in sette lingue straniere, delle etnie più rappresentate nella nostra Provincia, con il contributo dell'Ufficio Mediazione ed Accoglienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;
- in collaborazione con i Centri per le famiglie del Comune di Ferrara la Pediatria di Comunità ha inoltre dato il suo contributo ai "Corsi di italiano per madri straniere con bambini piccoli" tenuti presso le sedi dei Centri, con servizio di baby-sitteraggio per i piccoli, mentre le madri partecipavano agli incontri;
- una rappresentante della Pediatria di Comunità del Distretto Centro-Nord e due del Distretto Sud-Est hanno inoltre partecipato al gruppo regionale di scambi pedagogici;
- nel Distretto Sud Est continua la collaborazione con il “Punto di Ascolto Psicologico per la Gravidanza e il Post parto” per la realizzazione di una rete distrettuale per l'individuazione precoce di stati di disagio delle mamme nel primo anno di vita dei bambini;
- nel 2012 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. Nella primavera 2012 è stato inoltre avviato un incontro, inizialmente mensile ma divenuto quindicinale da ottobre 2012, per piccoli gruppi di mamme e neonati, cui partecipano oltre alle operatrici a turno del Punto d'Ascolto, una fisioterapista. L'appuntamento è denominato **“Il tappeto dei piccoli”** ed è dedicato rispettivamente il primo giovedì del mese ai bambini neonati (entro massimo il primo mese e mezzo di vita) e 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). Obiettivo della proposta è quello di offrire ai neo-genitori che accedono al Punto d'Ascolto due appuntamenti/possibilità di approfondire la conoscenza del proprio bambini in due momenti cruciali del suo primo sviluppo psico-motorio.

Attività del PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO “BEN ARRIVATO” 1 gennaio 2009 - 31 dicembre 2012

PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO “BEN ARRIVATO ... PICCOLO!MIO!”									
	2009		2010		2011		2012		TOT
	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	136
Prime consulenze telefoniche	3	7	20	22	14	17	23	14	120
Prime Visite Domiciliari			7	25	28	29	34	20	143
Interventi di proseguimento									
Colloqui	9	19	22	26	22	31	42	34	205
Consulenze telefoniche		2	6	8	3	12	16	53	100
Visite Domiciliari successive					1	4	5	23	33
Colloqui post domiciliari al BA					22	18	25	20	85
Colloqui di coppia							13	6	19
Accompagnamenti ai servizi							2	1	3
Totali interventi									
Tot. Visite Domiciliari			7	25	29	33	39	43	176
Tot. Colloqui	19	35	44	45	58	65	102	77	445
Tot. Consulenze telefoniche	3	9	26	30	17	29	39	67	220
Interventi di accompagnamento							2	1	3
TOTALE	22	44	77	100	104	127	182	188	844

Accoglienza delle famiglie straniere e dei loro bambini.

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

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

Dal 2010 l'integrazione del pediatra di comunità e dei 2 pediatri ospedalieri è stata formalizzata in un progetto che ha consentito di sopperire alla mancanza di un pediatra di comunità. I 3 pediatri garantiscono l’attività vaccinale, le funzioni essenziali di pediatria di comunità per il Distretto Ovest (circa 10000 minori) e il servizio h24 per i neonati del punto nascita di Cento (circa 700 nati per anno).

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 l'aggregazione di diverse Unità Operative Complesse: Psichiatria Adulti (CSM), U.O. Neuropsichiatria Infanzia-Adolescenza (UONPIA); U.O. SerT - Dipendenze Patologiche, integrazione con la componente universitaria tramite la Clinica Psichiatrica Universitaria.

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

- promozione della salute mentale;
- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle disabilità psicofisiche delle persone per l'intero arco della vita, dai minori agli adulti;
- garanzia di interventi in regime d'urgenza e programmati;
- prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da uso, abuso, dipendenza da sostanze psicoattive e del gioco d'azzardo patologico.

Nel 2012 il Dipartimento ha continuato l'operazione di riorganizzazione al fine di integrare maggiormente le Unità Operative complesse che offrono trattamenti in acuto e riabilitativi sui disturbi mentali, dalla minore età fino agli anziani, affrontando la sfida della complessità interna al Dipartimento ed esterna nell'integrazione con altri Dipartimenti (Dipartimento Cure Primarie, Case della Salute) e nell'integrazione socio-sanitaria con le Agenzie sociali degli Enti Locali (ASP, coordinamenti dei servizi sociali ...).

Pazienti seguiti dal dipartimento di salute mentale per 10.000 abitanti*

	2010		2011		2012		
	N° persone	Persone trattate x 10.000	N° persone	Persone trattate x 10.000	N° persone		Persone trattate x 10.000
Ferrara	7.021	224,4	6.860	218,9	6.857	312.549	219,4
Totale Regione	76.302	206	77.839	208	78.133	3.754.501	208

*Per il calcolo dell'indicatore si è utilizzata la popolazione residente adulta (età ≥ 18 anni) all' 1/1 di ciascun anno

Pazienti seguiti dai Dipartimenti di Salute Mentale dell'Emilia Romagna per Azienda e distretto di residenza. Anno 2012

Azienda USL e Distretto di residenza	Utenti	Popolazione ≥18 anni	Persone trattate x 10.000	Utenti residenti fuori regione	Azienda USL e Distretto di residenza
109 - FERRARA	OVEST	1.204	66.602	180,8	258
	CENTRO-NORD	3.221	156.258	206,1	
	SUD-EST	2.155	89.689	240,3	
	Totale Aziendale	6.580	312.549	210,5	

Psichiatria adulti

Nel 2012 i pazienti che si sono rivolti ai servizi territoriali della Psichiatria Adulti sono stati 6.888, distribuiti per il 49,6% nel distretto Centro Nord, per il 30,7% nel distretto Sud Est e per il 13,7% nel distretto Ovest.

La quota degli utenti non residenti raggiunge il 6% del totale. I nuovi ingressi rappresentano il 50% dell'utenza complessiva: si tratta in prevalenza di attività sanitarie ambulatoriali (64,4%), anche se le consulenze ospedaliere rappresentano il 31,5%. Gli ingressi in reparto hanno riguardato 142 pazienti, il 4,1% dei nuovi ingressi. I pazienti in carico sono risultati 4.876, il 66,4% degli utenti trattati, di questi 1.051 (21,5%) nuovi utenti e 3.825 (78,4%) già in carico da anni precedenti. Il 68% ha seguito un trattamento psichiatrico, il 10% psicoterapico, il 10% un progetto terapeutico complesso, il 12% un trattamento integrato.

Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) (reparto di 15 posti letto presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero) e il Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI) (composto da 15 posti letto di breve degenza

psichiatrica ad alta valenza assistenziale) sono servizi ospedalieri h. 24 che garantiscono la presenza di guardia medica notturna. I due Servizi ospedalieri rispondono alle necessità cliniche sia dell'urgenza psichiatrica e delle dipendenze patologiche sia dei ricoveri programmati. Il SPDC può accettare ricoveri in TSO, mentre lo SPOI attua solo ricoveri volontari. Il ricovero ospedaliero medio dura circa due settimane. Le due strutture hanno il compito di garantire l'attività di consulenza psichiatrica e il collegamento con i reparti ospedalieri. Questi due reparti di psichiatria adulti accolgono anche ricoveri urgenti e programmati per pazienti con disturbi da abuso di sostanze, inviati al SerT; il reparto SPOI garantisce anche un ricovero programmato per adolescenti con disturbo mentale su invio della Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza. Rispetto all'organizzazione precedente, nel 2012 all'interno della riorganizzazione, è stato avviato il progetto di unificazione dei due reparti ospedalieri in una unica Unità Operativa complessa denominata Psichiatria Ospedaliera a direzione universitaria. Viene mantenuta la gestione coordinata tra lo SPOI e i SERT di un posto letto nel reparto, destinato a pazienti che necessitano di ospedalizzazione programmata, per approfondimenti psichiatrici diagnostici e/o terapeutici, per la gestione della disassuefazione da alcol coordinata dal reparto di gastroenterologia e il distacco ambientale.

In continuità con la precedente organizzazione, il Dipartimento gestisce due residenze psichiatriche a trattamento intensivo (RTI): La "Luna" (a Ferrara) e la "Franco Basaglia" (a Portomaggiore), che dispongono di 16 posti letto ciascuna; sono in relazione sia con le due strutture ospedaliere (dalle quali possono ricevere pazienti), sia con le strutture territoriali, per i ricoveri programmati. Le residenze rispondono alla necessità clinica di stabilizzare il quadro clinico acuto psicopatologico e di iniziare percorsi riabilitativi con approccio bio - psico - sociale. Il ricovero medio presso queste residenze ha la durata di circa 45 giorni.

A Ferrara la Residenza a Trattamento Protratto (RTP) "Il Convento" 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 psichiatrici.

I pazienti presenti nelle strutture residenziali dipartimentali nel 2012 sono risultati 184, il 4,5% in più rispetto all'anno precedente, con una media di 124 giornate di degenza; le giornate totali di degenza al contrario sono diminuite, evidenziando un aumento del turn over.

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 2012 sono stati inseriti nelle Case di Cura accreditate 68 pazienti, il 5% in meno rispetto al 2011, con una media di 40 giornate di assistenza. Le strutture ospedaliere - residenziali del Dipartimento dispongono in totale di 92 posti letto (a gestione diretta) e sono in rete tra loro; un "gruppo di lavoro e di regia" dipartimentale analizza costantemente i volumi dei ricoveri annuali, studia i percorsi dei ricoveri, la loro appropriatezza ed aggiorna protocolli, procedure ed istruzioni operative.

Posti residenziali sanitari accreditati RER per la salute mentale adulti

	Posti residenziali	gestiti direttamente dai DSM	gestiti da cooperative sociali	gestiti da Ospedali privati
Ferrara	62	62	0	0
Regione	1.084	442	280	362

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

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, a quelli con disturbi da abuso e nel corso del 2012 anche a quei detenuti per reati sessuali causati da problemi psicopatologici. Questa attività dipartimentale di salute mentale viene attuata in stretta collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie.

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

Infine il Progetto Nuovi Giunti (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"), progetto di "qualità" del sistema penitenziario, è rivolto ai detenuti nel loro primo accesso all'istituzione e prevede: colloqui con lo psicologo, valutazione medico SIAS, discussione del caso nella équipe Salute Mentale e successivamente anche con lo staff socio-educativo del Direttore del carcere.

Riorganizzazione Gruppi Appartamento e implementazione Unità Abitative supportate: L'Unità Operativa Psichiatria Adulti cerca di attuare diagnosi e trattamenti precoci nei riguardi dei disturbi psichiatrici gravi utilizzando in particolar modo percorsi curativi riabilitativi di tipo ambulatoriale e semiresidenziale (trattamento psichiatrico integrato); il dipartimento ha infatti un orientamento tipico della psichiatria di comunità e privilegia l'ottica della riabilitazione bio-psico-sociale territoriale.

Purtroppo una quota di questi disturbi (25% circa) ha una evoluzione sfavorevole, determinando una riduzione delle abilità psicosociali competenti per l'autonomia individuale nelle nicchie relazionali.

Per questo motivo in provincia di Ferrara nel corso degli anni (concetto epidemiologico di prevalenza) è aumentato il numero di cittadini che necessitano di un trattamento terapeutico-riabilitativo prolungato nel tempo a causa di gravi disturbi della personalità e/o dello spettro schizofrenico. Questo trend, sovrapponibile in tutto il mondo occidentale, richiede notevoli risorse specialistiche sull'asse riabilitativo delle Residenze psichiatriche, sull'asse del binomio casa-lavoro e della riabilitazione "in vivo" nel territorio, con un comprensibile aggravio economico (mobilità passiva, posti letto in Residenza psichiatrica, borse lavoro e sussidi di supporto, gruppi appartamento, unità abitative supportate, ecc.). In questi pazienti il carico emotivo familiare, soggettivo ed oggettivo, risulta particolarmente gravoso, con la necessità di stringere rapporti sempre più proficui con le associazioni dei familiari.

Nel 2012 è stata attivata una ulteriore Unità abitativa oltre alle cinque già presenti.

Procedure di gestione del Rischio Clinico: Nel 2012 si è proceduto al consolidamento delle procedure di gestione del rischio clinico, con particolare riguardo all'alimentazione del data base regionale dell'Incident Reporting e alla corretta tenuta della documentazione sanitaria. Se gli eventi avversi hanno le caratteristiche di gravità da diventare "eventi sentinella" vengono attuate Root Cause Analysis (RCA): si tratta di una analisi effettuata da un gruppo di specialisti su "come e perché" quel tipo di evento si è verificato e come sarà possibile cercare di evitarlo in futuro.

Comitato Utenti Famiglie Operatori (CUFO): Nel corso del 2012 questi diversi "attori istituzionali e sociali" hanno effettuato circa 10 incontri, a diversi livelli, per affrontare i problemi che i percorsi curativi e riabilitativi possono incontrare: qualità dei prodotti erogati, percorsi organizzativi, soddisfazione di familiari-utenti e operatori, sicurezza di utenti e operatori. Questi incontri sono stati anche l'occasione per l'attivazione di alcuni progetti di cura condivisi e co-gestiti tra familiari, pazienti e operatori psichiatrici.

Servizio psichiatrico di diagnosi e cura

L'applicazione del protocollo del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) condiviso con gli attori chiamati ad intervenire, Psichiatria adulti, Servizi del 118, Polizia Municipale e Forze dell'Ordine (Prefettura), mira alla prevenzione di eventi critici maggiori. Nel protocollo di esecuzione del TSO è stata inserita una scheda di valutazione del rischio clinico (Historical Clinical Risk Management) che valuta il paziente in base al rischio di comportamenti violenti. Nel corso del 2012 sono continuati gli incontri del gruppo di regia e controllo dei ricoveri psichiatrici, a gestione diretta o in retta composto da operatori del SPDC, dello SPOD, delle Residenze a trattamento intensivo e di SPT, al fine di migliorare l'integrazione intradipartimentale e rispondere in maniera efficiente ai ricoveri in urgenza, oltre che a quelli programmati.

Gli incontri del gruppo di regia si pongono l'obiettivo di ammodernare le procedure tra le varie strutture, di controllare l'appropriatezza e il numero di eventi avversi.

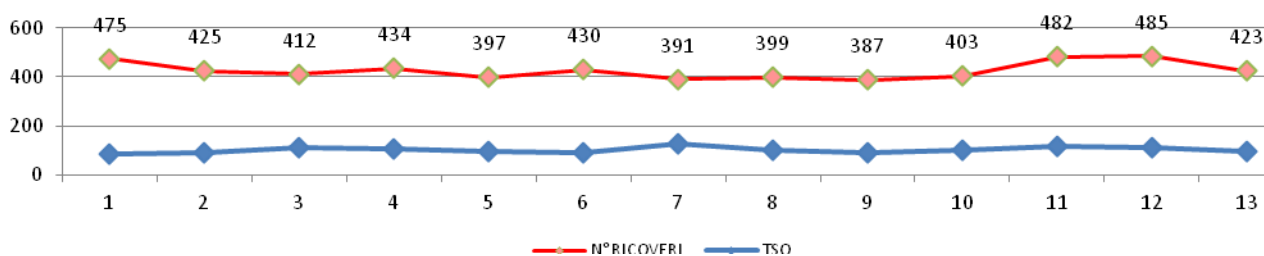
Dimessi dagli SPDC dell'Emilia-Romagna per residenza. Anno 2012*

	Dimessi	Popolazione	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab
Ferrara	388	359.686	10,8
Totale Regione	6.620	4.459.212	14,8
Residenti fuori regione	539		

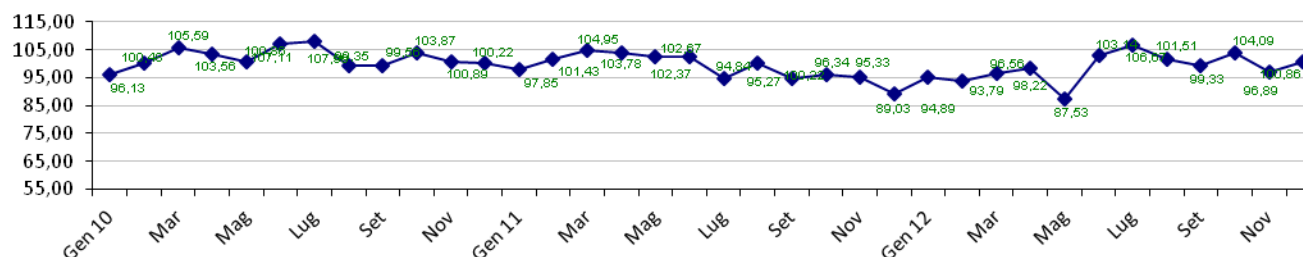
*Per il tasso di ospedalizzazione si è utilizzata la popolazione residente all'1/1/2012.

I tassi d'ospedalizzazione sono stati calcolati senza mobilità passiva.

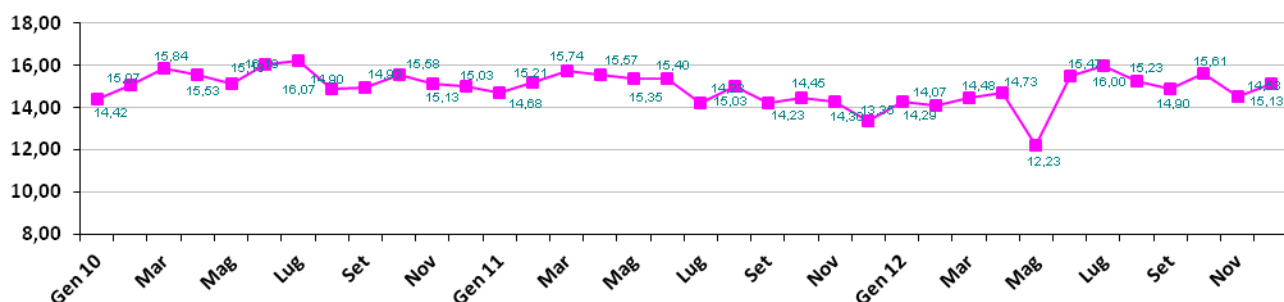
S.P.D.C. Ferrara - Andamento Ricoveri/TSO - Periodo 2000-2012



S.P.D.C. Ferrara - Occupazione posti letto - Periodo 2010-2012



S.P.D.C. Ferrara - Presenza media giornaliera - Periodo 2010-2012



Trattamento Sanitario Obbligatorio per Azienda - 2012

	TSO	Totale Dimessi SPDC	% TSO/Ricoveri
Ferrara	89	397	22,4
Totale Regione	1.152	7.159	16,1

Servizi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche

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

Il Servizio Tossicodipendenze

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

Dipendenze Patologiche - Utenza

AUSL	Anno			Variazioni % negli anni	
	2010	2011	2012	2012/2011	2012/2010
FERRARA	2.527	2.509	2496	-0,52	-1,23
RER	30.186	30.783	30968	0,60	2,59

Fonte: Sider

Casi incidenti 2012 (nuovi residenti su popolazione target *1.000)

USL di residenza	2012			
	Casi incidenti	popolazione 15-64	Tasso grezzo x 1.000	Tasso std x 1.000
Ferrara	409	227.188	1,80	1,89
RER	6.776	2.856.746	2,37	2,44

Popolazione di riferimento: popolazione Regione E-R al 01/01/2006
Non è considerata la mobilità passiva

Casi incidenti per anno (* 1.000)

USL di residenza	2010	2011	2012
Ferrara	2,16	1,98	1,89
RER	1,99	1,95	2,44

Casi prevalenti 2012 (utenti residenti su popolazione target * 1.000)

USL di residenza	2012			
	Casi prevalenti	popolazione 15-64	Tasso grezzo x 1.000	Tasso std x 1.000
Ferrara	1.873	227.188	8,24	8,46
RER	25.889	2.856.746	9,06	9,17

Popolazione di riferimento: popolazione Regione E-R al 01/01/2006
Non è considerata la mobilità passiva

Casi prevalenti per anno (* 1.000)

USL di residenza	2010	2011	2012
Ferrara	8,79	8,69	8,46
RER	7,87	7,84	9,17

Nel 2012 i servizi per le dipendenze patologiche hanno risposto alla domanda di trattamento proveniente da 2.205 utenti, 1.038 (47%) hanno seguito un programma terapeutico ambulatoriale, 98 in carcere (4,4%), 773 (33,2%) hanno ricevuto prestazioni in fase di osservazione e diagnosi o in fase di post dimissione o consulenza.

Accesso differenziato per Adolescenti e Giovani al SerT: Per facilitare gli accessi al sistema di cura, in risposta all'aumento del consumo di sostanze tra la popolazione giovanile, i servizi hanno attivato percorsi di presa in carico specifici diretti agli adolescenti attivando un'équipe multidisciplinare dedicata al fine di agire precocemente, in una fase di uso non stabilizzato di sostanze psicoattive. In particolare l'intervento precoce dedicato ai giovani mira all'inquadramento diagnostico e al lavoro integrato con le famiglie ad orientamento cognitivo comportamentale. Nel 2012 sono stati 207 i giovani che hanno seguito un percorso dedicato presso i SerT; il 97% degli accessi dei giovani di età compresa tra i 15 e i 17 anni e il 98% dei giovani della fascia d'età 18-24 anni.

Percorsi terapeutici: Nell'ultimo anno gli utenti dei SerT hanno seguito in prevalenza trattamenti farmacologici (24,2%) e sanitari (31,1%), associati ad interventi socio-educativi (15,2%) o di sostegno psicologico (19,9%); il 9,7% ha seguito un trattamento trasversale a tutte le offerte del servizio.

Nel 2012 Il Programma Dipendenze Patologiche ha sottoscritto con la Cooperativa Sociale "Il Timoniere" capofila provinciale del progetto RELI (finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri), l'accordo tecnico-operativo per la realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi, di formazione-orientamento per l'avviamento al lavoro di utenti in carico al Ser.T. Il progetto mette in rete le 6 Comunità accreditate del territorio i 5 Ser.T e la Coop. Sociale Work and Services e riguarda il coinvolgimento di 75 utenti impegnati in borsa lavoro in due anni.

Monitoraggio della salute e delle malattie infettive: l'invecchiamento della popolazione già in carico al Ser.T 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.

Nel 2012 i pazienti con trattamento metadonico a lungo termine, cioè per un tempo uguale o superiore ai 10 anni, in carico ai SerT sono risultati 139, l'89% è stato sottoposto al monitoraggio dello stato di salute, il 68% ha avuto almeno due colloqui con figure professionali di area psicologica o sociale e il 19% a iniziato un percorsi di reinserimento lavorativo.

Percorsi Residenziali e Semiresidenziali: sul territorio provinciale le strutture accreditate per il trattamento dei soggetti dipendenti da sostanze d'abuso offrono sia i tradizionali percorsi terapeutici e pedagogici (3 Strutture residenziali a tipologia terapeutico-riabilitativo; 1 Struttura residenziale a tipologia pedagogico-riabilitativo), sia trattamenti specialistici che rispondono a particolari bisogni assistenziali e di cura legati alla tipologia dei soggetti: una Struttura madre-bambino che accoglie donne tossicodipendenti con figli minori e un Centro di Osservazione e Diagnosi per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica.

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	1307	188	1495

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. Nel 2012 sono stati attivati 13 percorsi speciali 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.

Assistenza alle persone detenute tramite l'attività di un'équipe carceraria in rapporto con il SerT.

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

Continuano nell'anno scolastico 2011/2012 le attività di *prevenzione e promozione della salute* nei diversi contesti scolastici, con sviluppo di piani di prevenzione sui comportamenti a rischio e promozione di stili di vita sani, il coordinamento di una rete istituzionale per programmare e realizzare interventi in contesti strutturati (scuole), la formazione rivolta a soggetti attivi nell'ambito del territorio, l'implementazione di spazi di ascolto rivolti ai giovani a livello territoriale, le attività rivolte ai genitori con progetti/programmi di incontri informativi/formativi e di consulenza.

Punto di vista: l'operatore a scuola. Il progetto "Punto di vista", coordinato da Promeco ha garantito, anche nell'anno scolastico 2011/2012, la presenza di un operatore (psicologo scolastico, educatore professionale, pedagogista), all'interno delle scuole secondarie di I° e II° grado con compiti di supporto agli insegnanti, alla direzione didattica e a gli studenti.

Il progetto ha consentito di mettere a punto un modello di intervento che, al bisogno, può favorire il coinvolgimento della comunità scolastica intorno alla soluzione di problemi che si sono manifestati all'interno della scuola. L'operatore affianca i docenti nella conduzione di percorsi educativi nelle classi, interviene su situazioni problematiche specifiche, offre consulenza individuale agli insegnanti, agli studenti e ai genitori, fa da tramite nel rapporto con i servizi sul territorio quando riscontra la necessità di un invio per problemi strutturati gravi o complessi, svolge attività di formazione e consulenza sulla relazione adulti-adolescenti e sulle dinamiche di gruppo. Tutte le azioni di prevenzione sono integrate con gli Spazi Giovani presenti nei tre distretti. Nell'ottica della trasversalità delle problematiche adolescenziali gli interventi di prevenzione si sono potenziati nel tempo su problematiche relative alle relazioni tra pari (prevaricazioni, violenze), all'affettività e sessualità e all'abbandono scolastico. Nello specifico grazie alla convenzione con il Comune di Ferrara e l'Amministrazione provinciale di Ferrara sono stati finanziati progetti specifici che hanno coinvolto la maggior parte degli istituti del territorio:

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.

Percorsi in classi segnalate: di contrasto alle difficoltà relazionali, intervengono su situazioni che i singoli docenti o i consigli di classe rilevano come problematiche sia in caso di dinamiche relazionali distorte tra il gruppo dei pari, sia in caso di difficile gestione del gruppo da parte degli insegnanti.

Spazio di ascolto per studenti: è uno spazio di riflessione guidata su situazioni di difficoltà. 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.

Consulenza insegnanti: spazio di confronto rispetto alla gestione della classe o a situazioni personali di alcuni studenti.

Spazio di ascolto per genitori: risponde a situazioni problematiche riguardanti i figli o la comunicazione tra scuola e famiglia.

Progetto Essere genitori di adolescenti: spazio di consulenza: il servizio offre consulenza educativa ai genitori di ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 18 anni che nel percorso di crescita incontrano difficoltà a

livello relazionale, comportamentale e motivazionale. 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. Nel 2012 sono state seguite 68 famiglie, incontrate 115 persone e sono stati realizzati 197 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. 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.

Il servizio di consulenza per famiglie lavora strettamente in contatto con altri progetti di Promeco (Punto di Vista) e con tutte quelle agenzie del territorio che possono essere a contatto con genitori di ragazzi adolescenti (Centro Famiglie del Comune di Ferrara, Spazio Giovani, MMG e Pediatri di Comunità). Nell'anno 2012 sono state organizzate anche alcuni seminari per famiglie organizzati in collaborazione con le circoscrizioni del Comune di Ferrara, su tematiche riguardanti il rapporto tra adulto, scuola e adolescente. Nell'anno scolastico in corso 2012/2013 sono previsti alcuni seminari dal titolo "Figli adolescenti che crescono" e altre iniziative in collaborazione con le scuole che collaborano con Promeco, sia con "Punto di vista" che altre collaborazioni meno complesse.

Progetto ASTERIX: Interventi Precoci in Adolescenza: Il progetto è promosso dal Ser.T di Ferrara nell'ambito delle attività di prevenzione delle tossicodipendenze, in rete con Spazio Giovani (Cure Primarie), Operatori di Prossimità, Promeco (AUSL, Comune di Ferrara, Provincia). Offre interventi precoci in adolescenza integrati tra Spazio Giovani, SerT, Promeco e i servizi di prossimità. Il progetto utilizza una metodologia di lavoro che integra parola, corpo, mente ed emozioni, secondo l'approccio biosistemico. La finalità e gli obiettivi sono aumentare il livello di consapevolezza rispetto ad emozioni e sentimenti, favorire il protagonismo giovanile, la progettualità, la creatività individuale, sviluppare la capacità critica e di riflessione; partecipare ad attività ludico-espressive (laboratori, gite, esperienze varie), favorire l'espressione corporea attraverso esercizi di movimento fisico, facilitare l'assunzione di responsabilità nei comportamenti; sviluppare competenze prosociali e life skills (solidarietà, ascolto, cooperazione); promuovere l'astinenza da sostanze.

La conduzione del gruppo è affidata a operatori del SerT di Ferrara, Spazio Giovani e Promeco. Il Gruppo prevede una presenza minima di 5-6 persone e un numero massimo di 12 e viene formato differenziandolo per fasce di età (15-18 e 19-24). 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 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) o dalle Scuole.

Nel 2012 sono stati effettuati incontri di progettazione in équipe, incontri individuali di follow-up effettuati da un operatore del progetto con alcuni membri dei gruppi. Il gruppo è composto da adolescenti di età compresa tra i 15 e i 17 anni. Le attività svolte sono state: giochi animativi di conoscenza reciproca, esercizi bio-sistemici per accrescere il senso di fiducia e di appartenenza al gruppo. Gli incontri sono a cadenza settimanale e si svolgono all'interno di una palestra.

Il progetto ASTERIX ha sviluppato ulteriormente la rete coinvolgendo: attraverso accordi e convenzioni, i servizi pubblici o privati, associazioni sportive o culturali presenti sul territorio che si occupano del tempo libero dei giovani.

La finalità è di ottenere facilitazioni e supporto attraverso sconti, occasioni gratuite per attuare progetti proposti individualmente o per piccoli gruppi.

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.

Le scelte operative, vengono discusse e condivise nell'equipe multidisciplinare di ASTERIX composta da: educatori, psicologi, pedagogisti e terapisti della riabilitazione, sotto la direzione e supervisione del direttore del SerT. Si promuovono percorsi individuali con un educatore che affianca l'adolescente nelle attività sul territorio, utilizzando metodologie motivazionali e di coaching e coinvolgendo la famiglia, dove possibile.

L'intervento prevede anche la formazione di gruppi esperienziali guidati da un operatore, per adolescenti e famiglie.

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.

Le caratteristiche specifiche di personalizzazione dell'intervento, la flessibilità e la collocazione fuori dai servizi sanitari per la presa in carico e cura, garantiscono una maggiore efficacia per lo sviluppo dei fattori protettivi e il miglioramento dei contesti di vita familiare, scolastico e sociale.

Il progetto ASTERIX, analizzando i comportamenti a rischio, offre ai giovani un'opportunità di apprendimento per affrontare consapevolmente i problemi, gestire l'emozionalità e le relazioni attraverso esperienze dirette per vivere e contenere emozioni e sentimenti, esprimere se stessi e la propria identità.

Servizi di Prossimità

Con le Unità di strada si raggiungono i gruppi di consumatori sul territorio, attivando processi educativi atti a favorire ed incoraggiare comportamenti responsabili nell'utilizzo del tempo libero e dei momenti di svago e stabilendo un primo contatto con i giovani che mostrano problemi relativi all'uso di sostanze. 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. Si interviene: nei luoghi del divertimento collaborando con le agenzie che a vario titolo si occupano del divertimento (gestori locali, discoteche); nei contesti di aggregazione giovanile, nelle scuole e autoscuole con interventi di prevenzione secondaria/selettiva (picometro, etilometro), sensibilizzazione e informazione (distribuzione di materiali informativi); negli 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.

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 il Progetto "Mondo della notte" 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".

Interventi di prevenzione secondaria/selettiva nei contesti di aggregazione giovanile, nelle scuole e autoscuole: di fronte al tendenziale aumento del consumo di tabacco che coinvolge sempre più le fasce

giovanili della popolazione, l'Unità di strada ha predisposto una serie di interventi volti ad informare e sensibilizzare le giovani generazioni sui danni legati alla dipendenza da tabacco.

Con il Progetto "picometro", che prevede l'utilizzo di uno strumento che permette di misurare la quantità di monossido di carbonio presente nel sangue attraverso l'espiazione, gli operatori evidenziano il livello di rischio per la salute e fanno emergere possibili elementi di motivazione al cambiamento. Il picometro si è dimostrato un utile strumento di prevenzione per aiutare e motivare chi fuma a smettere.

Il Progetto "don't drink and drive" è condotto in collaborazione con le autoscuole al fine di 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. Il progetto prevede interventi info-educativi finalizzati ad informare e sensibilizzare le persone che frequentano i corsi per il conseguimento della patente di guida, sui rischi connessi alla guida in stato di alterazione psicofisica. Nel 2012 sono stati effettuati 5 interventi infoeducativi in 4 autoscuole ai quali hanno partecipato 50 giovani, sono stati distribuite 211 cartoline informative e 55 etilometri monouso

Progetto Zeroalcolmenosedici: persegue l'obiettivo di sensibilizzare i gestori degli esercizi commerciali che vendono alcolici all'applicazione della legge che prevede il divieto di somministrare alcol ai minori di sedici anni (art. 689 del Codice Penale); sensibilizzare e informare i minori di sedici anni sui rischi legati al consumo di alcol in giovane età. Nel 2011/12 sono state prodotte e distribuite 175 cartoline informative centrata sui rischi specifici che l'alcol provoca ai minori di 16 anni.

Interventi educativi in Scuole professionali: rivolti ai giovani tra i 15 e i 19 anni che devono terminare l'obbligo scolastico. Si tratta di un modulo formativo che prevede 4 incontri di 2 ore ciascuno con l'obiettivo di conoscere il gruppo classe cercando di far emergere eventuali aspetti critici e potenzialità al fine di facilitare, attraverso esperienze di gruppo, una maggiore consapevolezza di sé e degli altri. Nel 2011 sono state coinvolte tre classi del primo anno e una classe del 2 anno.

Nel 2012 sono state coinvolte 3 classi del 1 anno.

Interventi di riduzione del danno negli spazi pubblici con marginalità sociale: prevedono il monitoraggio dei luoghi del territorio considerati più a rischio per utilizzo e spaccio di sostanze, il contenimento dei problemi più rilevanti di chi è già in una situazione di dipendenza, la riduzione dei rischi di infezione e di malattie nei soggetti che fanno uso di sostanze. 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.

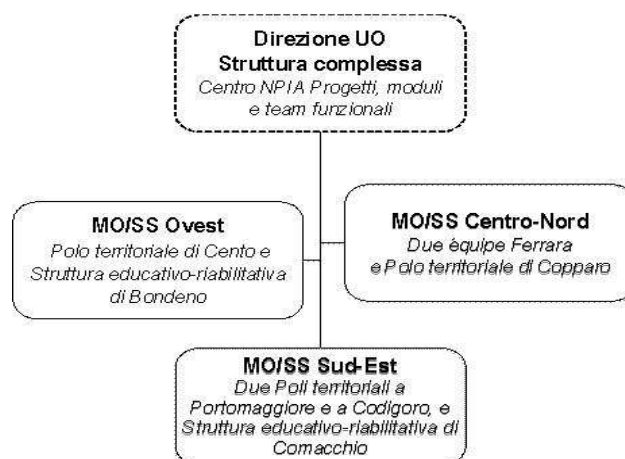
Campovolo I love Emilia: il coordinamento regionale delle unità di strada ha programmato un intervento congiunto delle diverse unità mobili, con l'obiettivo di costruire una zona chill-out e un info-point all'interno dell'area dedicata al concerto per la raccolta fondi in favore dei terremotati dell'Emilia-Romagna. Si è inoltre organizzato il supporto agli operatori del pronto intervento attraverso un sistema di individuazione e segnalazione di possibili problematiche tra gli spettatori del concerto.

Salute mentale e riabilitazione infanzia e adolescenza – Uonpia

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

L'organizzazione di SMRIA integra l'articolazione in aree distrettuali gruppi professionali e team funzionali in una configurazione compatibile con l'accreditamento regionale. Le strutture comprendono il Centro di NPIA Messidoro, quattro Poli di erogazione territoriale a Copparo, Codigoro,

Smria Uonpia 2012



Porto maggiore e Cento, e due Strutture per l'erogazione di trattamenti educativo-riabilitativi a Comacchio e Bondeno

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

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

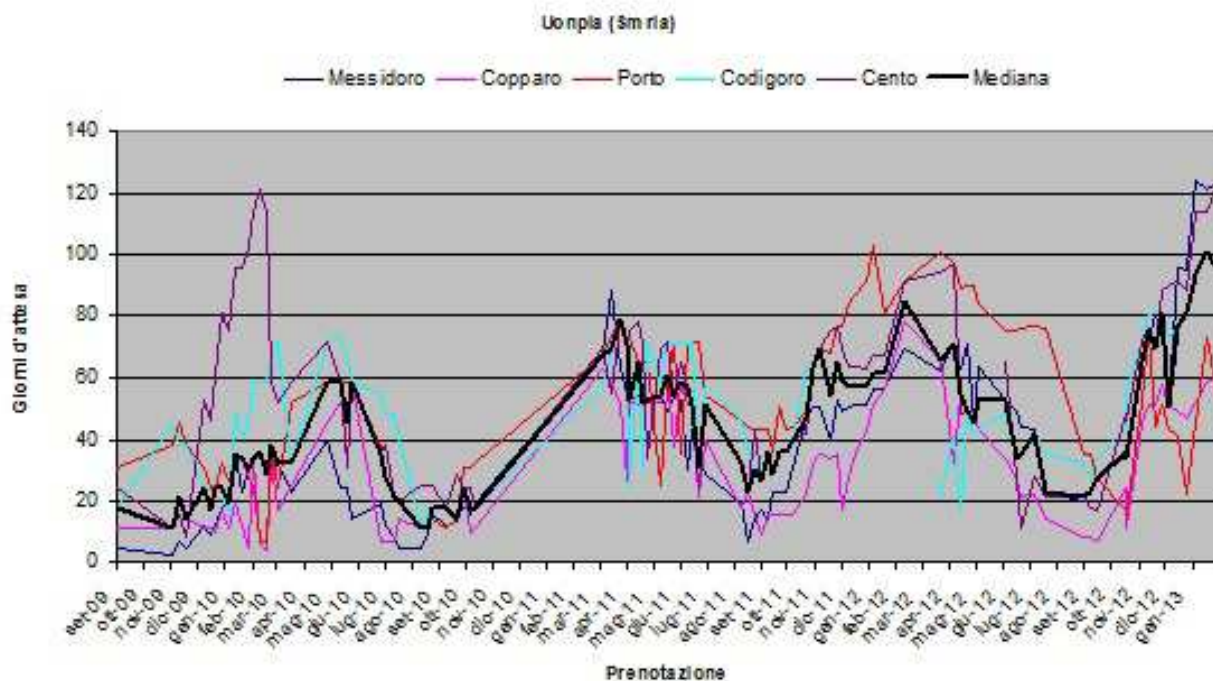
In sintesi, l'obiettivo dell'UO comprende la prevenzione delle conseguenze sociali e sanitarie in età adulta del disagio e della disabilità riscontrate nell'infanzia-adolescenza. Interventi tempestivi possono infatti mitigare i fattori genetici e ambientali alla base delle condizioni e complicazioni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

Percorsi di accoglienza, valutazione e trattamento di Smria

L'accesso tempestivo al servizio infanzia-adolescenza quando si sospetta un disagio psichico o una diversità neurologica è il modo più efficace di affrontare il problema delle loro eventuali conseguenze.

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

Ogni mese accedono a Smria fino a 100 nuovi utenti, incluse le urgenze sanitarie e i percorsi sociali. La figura sottostante mostrano i giorni di attesa per il colloquio informativo di accesso (dati ricavati con il metodo del paziente-civetta). A ogni linea corrisponde una particolare "agenda CUP", ovvero un'équipe territoriale. Si osserva che l'attesa è maggiore nei primi mesi dell'anno e inferiore nei mesi estivi. Il trend medio complessivo appare in aumento, spiegato dalla diminuzione di ore-operatore per un afflusso di pazienti relativamente costante.



La tabella che segue indica una sostanziale costanza nel numero di pazienti nuovi, vecchi e totali, 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:

Smria-Uonpia	2010	2011	2012
Pazienti presi in carico	954	977	997
Pazienti già in carico	2858	2.879	2.787
Pazienti in carico totali	3.867	3.856	3858
Prestazioni complessive	57.773	51.686	53.257
Consulenze ospedaliere	50	100	
Pazienti Residenziali e Semi-Residenziali	32	27	27
Giornate complessive	6.000	6.918	3349

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

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

TRATTAMENTI EROGATI AI PAZIENTI SUDDIVISI PER FASCE D'ETA' E SESSO									
Pazienti	Sesso	Trattamento	Fasce d'età					Totale	
			0-2	3-5	6-10	11-13	14-17		> 18
FEMMINE		Consulenza			5	1	3	1	10
		Inserimento in residenza	1	1	2	3	4	6	17
		Inserimento in semiresidenza			1				1
		Interventi socio sanitari			1	1	1		3
		L.104 Percorso diagnostico integrato		16	84	94	125	45	364

	Prest. ex Sinp			3	2	2		7
	Trattamenti farmacologici			1	2	2	5	10
	Trattamento abuso			1		2	4	7
	Trattamento fisioterapico	13	29	16	13	14	7	92
	Trattamento logopedico		10	75	34	11	4	134
	Trattamento neuropsichiatrico	13	47	60	42	46	16	224
	Trattamento psicoeducativo		1	29	22	23	3	78
	Trattamento psicologico		2	46	35	51	12	146
	Trattamento psicomotorio		2	5	1			8
	Trattamento psicoterapeutico			1	1	4	8	14
	Tutela/presa in carico	1	10	51	16	34	16	128
Tot. Femm.		28	118	381	267	322	127	1243
MASCHI	Consulenza			3	2	3		8
	Inserimento in residenza			4		5	1	10
	Inserimento in semiresidenza					1	3	4
	Interventi socio sanitari			1				1
	L.104 Percorso diagnostico integrato	1	15	189	177	230	83	695
	Prest. ex Sinp			2	1	4		7
	Trattamenti farmacologici			1	6	8	1	16
	Trattamento abuso			1	1			2
	Trattamento fisioterapico	24	28	40	19	23	8	142
	Trattamento logopedico		28	182	66	43	7	326
	Trattamento neuropsichiatrico	22	47	117	67	76	31	360
	Trattamento psicoeducativo		11	89	58	50	8	216
	Trattamento psicologico	1	12	135	111	95	14	368
	Trattamento psicomotorio		3	6		1		10
	Trattamento psicoterapeutico		4	7	4	3	1	19
	Tutela/presa in carico		8	48	29	34	13	132
Tot. Maschi		48	156	825	541	576	170	2316
Totale compl.		76	274	1206	808	898	297	3559

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

Programma regionale integrato Autismo (PRIA)

L'UO Smria-Uonpia continua a garantire la partecipazione al PriA negli incontri di livello regionale, di Area Vasta e del sistema hub & spoke delineato dalla RER per mezzo del team funzionale sviluppo. L'assunzione a termine di operatori dell'area comparto consente di potenziare l'offerta al fine mantenere il livello clinico raggiunto nella prima età scolare, consolidare le conoscenze sull'autismo che riguardano l'adolescenza e rinforzare le procedure di dimissione protetta dal servizio infanzia-adolescenza tramite la rete di servizi per giovani adulti con disabilità.

Nel 2011 si è proceduto all'adozione del protocollo diagnostico e la predisposizione di requisiti specifici per l'utenza di età 0-6 anni. Dalla fine del 2011 si sperimenta una forma di attività psicoeducativa mediante la sperimentazione l'integrazione di educatrici professionali nel team funzionale provinciale dedicato alle tematiche dello spettro autistico. Il numero di portatori di questa sindrome minori di 18 anni nel 2010-11 è 120.

Programma Disturbi del comportamento alimentare (DCA)

L'UO Smria-Uonpia continua a contribuire alla definizione del percorso Disturbi del Comportamento Alimentare con i settori adulti del DAISMDP adulti e il Dipartimento Sanità Pubblica Igiene e Sicurezza degli

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

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

Offerta formativa e contributo alla ricerca

L'UO Smria-Uonpia mette a disposizione le proprie competenze professionali ed accademiche nell'ambito dell'integrazione con l'Università di Ferrara. L'offerta formativa si articola nelle aree tematiche dei team funzionali: Neuroscienze cliniche, Sviluppo neuropsichico, Scuola, Liaison ospedale-territorio, Tutela e rischio clinico, Adolescenza e continuità con i servizi per adulti. Pur essendo la responsabilità di ciascun corso e seminario dell'operatore che se ne fa carico, i team contribuiscono a mantenere un buon livello qualitativo garantendo una peer-review continuativa dei contenuti trasmessi all'esterno.

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 calo dei costi del -3,96% rispetto al 2011, pertanto nel massimo rispetto del 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 2012 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 (-11,35%), inferiore al calo della rer (-12,96%), ed un decremento della spesa territoriale (-8,76%) inferiore al valore della RER (-10,37%).

Composizione spesa farmaceutica. Anno 2012⁷

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica - Anno 2012								
	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
Ferrara	53.743.662	50,7%	21.004.116	19,8%	10.313.658	9,7%	20.880.684	19,7%	105.942.120
RER	590.288.929	47,5%	232.531.775	18,7%	170.933.308	13,8%	248.890.658	20,0%	1.242.644.670

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

Spesa pro capite pesata per assistenza farmaceutica territoriale. Anno 2012⁸

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica territoriale - Anno 2012 (euro)	Residenti al 1/1/2012		Spesa pesata procapite
		Popolazione effettiva	Popolazione pesata	
Area Ferrara	74.747.778	359.686	393.179	190,11
RER	822.820.704	4.459.246	4.459.246	184,52

(*) 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, nella prima parte dell'anno, principalmente le scadenze di brevetto di farmaci ad elevato impatto prescrittivo e/o di spesa, il trascinarsi dell'effetto relativo alla riduzione del prezzo dei farmaci equivalenti, per adeguamento alla media europea, avvenuta nell'aprile 2011, ma anche gli interventi sul miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, i cui effetti hanno caratterizzato in maniera significativa il secondo semestre dell'anno.

Nel 2012, 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 come farmaci antiulcera (inibitori pompa protonica), farmaci antipertensivi (ace-inibitori e sartani), anticolesterolo (statine) ed antidepressivi (inibitori ricaptazione serotonina-ssri).

Relativamente alla promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto, Ferrara, a Novembre 2012, ha registrato un incremento di prescrizione di tali farmaci di circa 5,5 punti percentuale, rispetto a Dicembre 2011, con un incremento anche della prescrizione di generico puro, mantenendosi a valori superiori alla media regionale.

Tra i principali interventi effettuati favorevoli all'appropriatezza prescrittiva si evidenzia:

- l'elaborazione di tabelle costo-terapia per classi omogenee di farmaci ad elevato impatto prescrittivo, in cui sia presente almeno un farmaco a brevetto scaduto, come ipotensivanti (ace-inibitori, sartani), statine, antidepressivi, farmaci per la terapia dell'osteoporosi, antiemcranici, farmaci per asma e bpc. Le stesse tabelle vengono continuamente riviste ed aggiornate, nonché diffuse ai prescrittori tramite i siti aziendali del dipartimento farmaceutico e della medicina generale, nonché presentate in specifici incontri formativi. Ultima revisione disponibile: Dicembre 2012.
- La diffusione mensile, alle farmacie convenzionate, ai mmg ed alle unità operative interne, delle informative rer in merito alla scadenza di brevetto.

⁷ 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.

⁸ Fonte dati: la popolazione effettiva residente viene rilevata dal servizio controllo stragico 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

- L'attribuzione alle unità operative ospedaliere e territoriali di specifici obiettivi favorevoli la prescrizione di molecole con brevetto scaduto, nell'ambito della categoria di riferimento come farmaci ipotensivanti (ace-inibitori, sartani) e ipolipemizzanti (statine).
- L'integrazione dell'ail con la medicina generale, sulla base degli obiettivi di appropriatezza regionali.
- Il monitoraggio trimestrale/bimestrali della prescrizione di tali farmaci fino al dettaglio del singolo mmg, con confronti con il ncp di appartenenza e con l'insieme dei nuclei aziendali, nonché per le principali classi terapeutiche fino al dettaglio del singolo nucleo. queste ultime valutazioni vengono diffuse tramite relazioni distrettuali e reportistica individuale.
- La verifica della corretta correlazione tra codice di esenzione per patologia e farmaci prescritti, secondo dgr 1894/2011.

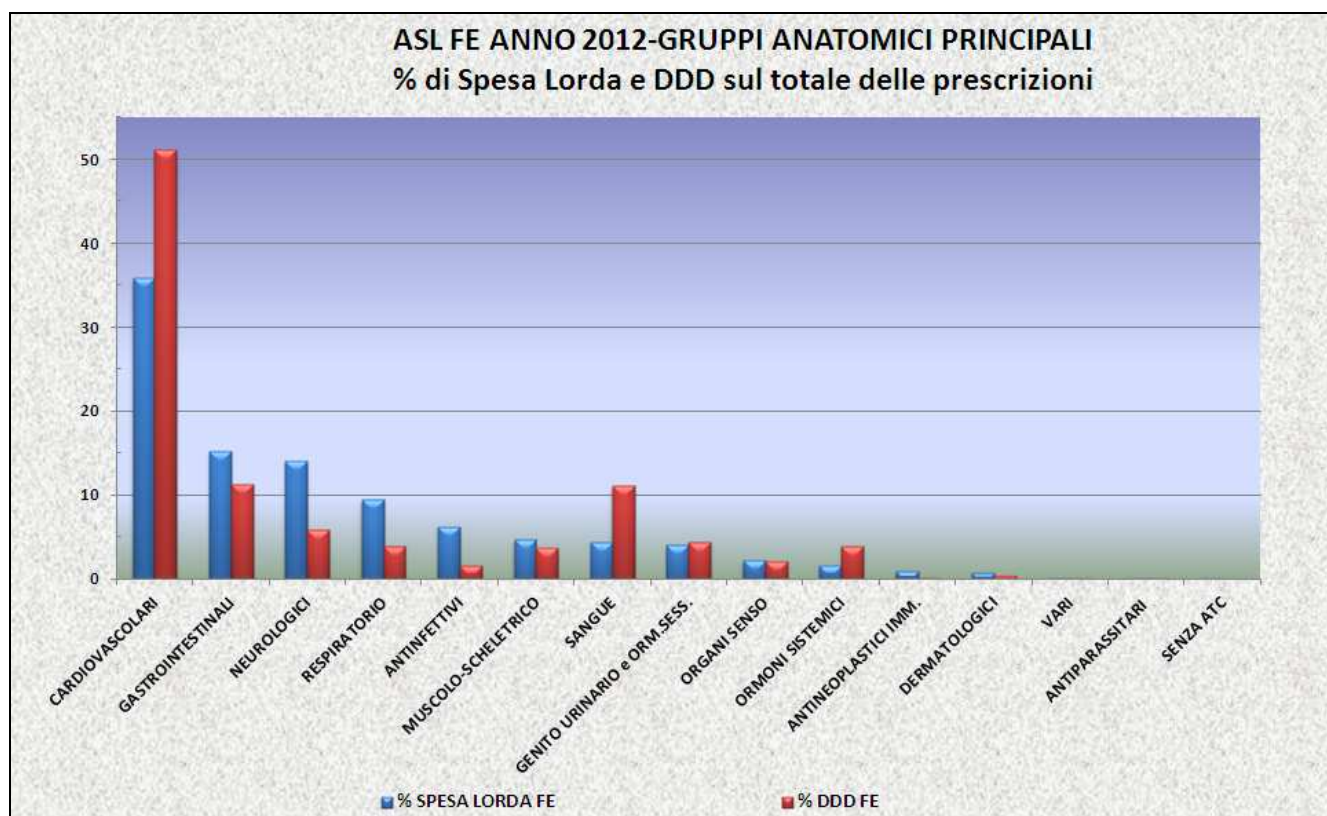
Anche rispetto all'obiettivo regionale relativo allo sviluppo/incremento della distribuzione per conto (dpc) l'azienda Ausl di Ferrara ha ampiamente raggiunto l'obiettivo 2012 individuato dalla RER, nel relativo accordo con le associazioni di categoria, sia come n° di pezzi erogati in dpc (+47% vs obiettivo), che come riduzione dell'erogazione diretta di farmaci extra pht.

Analisi prescrizione farmaceutica 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 36%, 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).

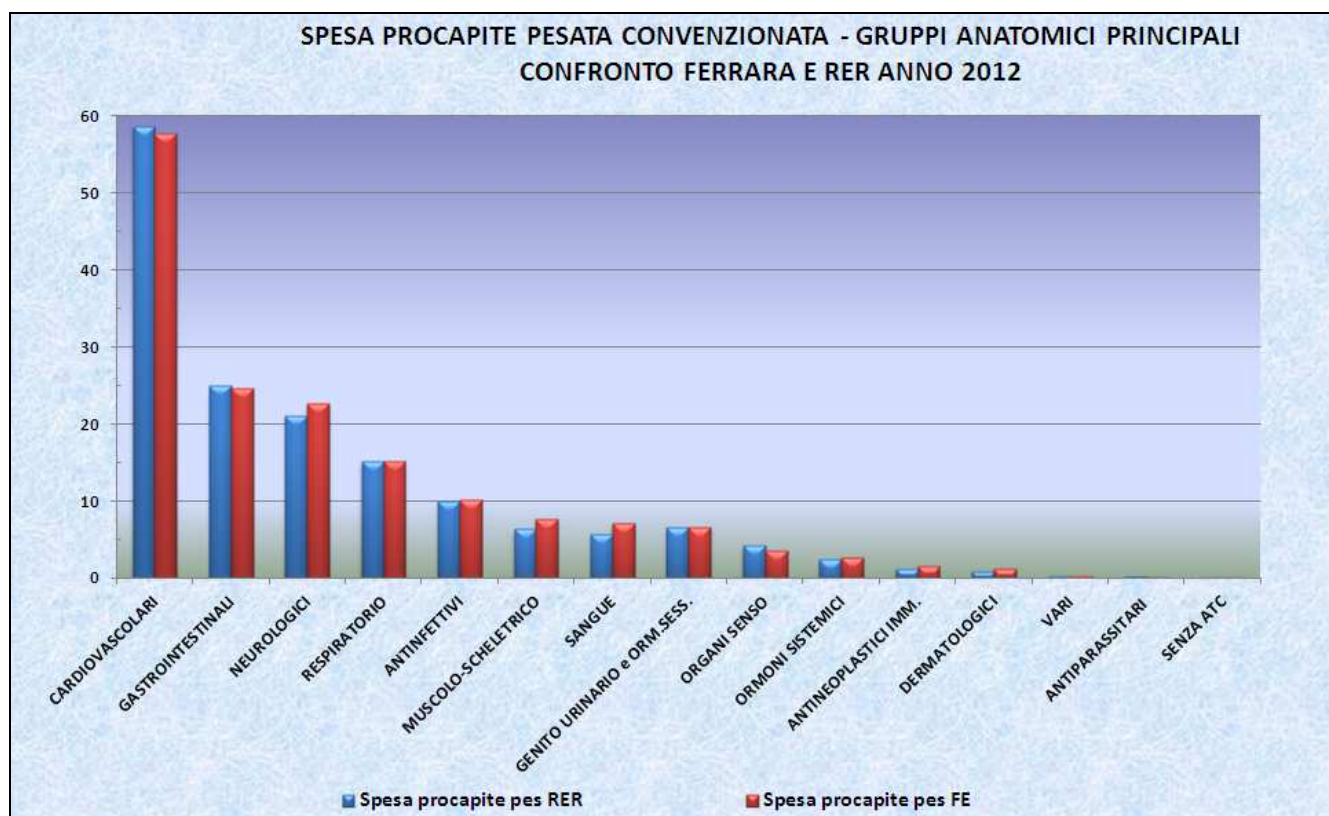
E' da notare che i farmaci del Sangue, al settimo posto in termini di spesa, hanno una percentuale di prescrizione superiore al 10%, la più alta, insieme ai farmaci gastrointestinali, dopo i cardiovascolari. Tale elevata percentuale è determinata dalla prescrizione di acido acetilsalicilico, utilizzato come antiaggregante piastrinico, di norma in concomitanza con farmaci cardiovascolari, che da solo rappresenta più del 65% delle DDD prescritte dell'intera classe.



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, gastrointestinali, organi di senso, vari (ossigeno, farmaci per iperkaliemia e iperfosfatemia) 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 finalmente nel 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 SSRI (tale scostamento è dovuto al minor utilizzo vs la RER di farmaci a brevetto scaduto), come per i farmaci per la terapia dell'osteoporosi, appartenenti al gruppo dei farmaci per il sistema muscolo-scheletrico. Maggiore spesa si registra inoltre a livello dei farmaci antifettivi, in particolare per antimicotici, farmaci del sangue (in particolare per utilizzo di Eparine), ormoni sistemici, antineoplastici e dermatologici.



Per avere un maggiore dettaglio della prescrizione si riportano nella Tabella 2 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 2012 (spesa procapite pesata, DDD/1000 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 2012 Vs 2011										
Descrizione	Ausl 109 FERRARA							Scost. % 2012 Vs 2011		
	Spesa lorda (€) gen-dic 12	Spesa proc. Pes 2012 (€)	% SPESA PROC FE	n. DDD gen-dic 12	DDD/1000 ab pes die 2012	% DDD/1000 AB PES DIE FE	Costo DDD 2012	Spesa proc. Pes	DDD/1000 ab pes die	Costo DDD
C09 - SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	9.234.877	23,49	14,58	36.468.586	253,42	24,67	0,25	-18,30	1,76	-19,93
C10 - SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	6.532.067	16,61	10,31	9.726.409	67,59	6,58	0,67	-16,15	7,44	-22,18
R03 - FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI DELLE VIE RESPIRATORIE	5.509.685	14,01	8,70	4.527.958	31,47	3,06	1,22	-2,87	-4,65	1,59
A02 - FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	5.502.234	13,99	8,68	9.325.220	64,80	6,31	0,59	-14,43	-7,28	-7,97
N06 - PSICOANALETTICI	3.622.310	9,21	5,72	5.850.872	40,66	3,96	0,62	-7,13	-3,55	-3,98
J01 - ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	3.346.380	8,51	5,28	2.358.373	16,39	1,60	1,42	-17,50	-6,66	-11,86
B01 - ANTITROMBOTICI	2.394.527	6,09	3,78	13.661.882	94,94	9,24	0,18	-15,48	-1,24	-14,66
N02 - ANALGESICI	2.329.370	5,92	3,68	812.424	5,65	0,55	2,87	18,50	12,53	5,02
C08 - CALCIO-ANTAGONISTI	2.188.728	5,57	3,45	8.926.620	62,03	6,04	0,25	-13,59	-2,19	-11,90
N03 - ANTIEPILETTICI	1.999.549	5,09	3,16	1.171.357	8,14	0,79	1,71	2,37	0,76	1,32
C07 - BETABLOCCANTI	1.853.311	4,71	2,93	7.422.560	51,58	5,02	0,25	-1,53	0,45	-2,24
G04 - UROLOGICI	1.804.619	4,59	2,85	4.215.656	29,30	2,85	0,43	-0,33	2,51	-3,04
M05 - FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE DELLE OSSA	1.598.093	4,06	2,52	1.835.520	12,76	1,24	0,87	-23,09	-12,18	-12,66
A07 - ANTIDIARROICI, ANTINFIAMMATORI ED ANTIMICROBICI INTESTINALI	1.555.718	3,96	2,46	1.121.319	7,79	0,76	1,39	0,09	0,27	-0,46
S01 - OFTALMOLOGICI	1.415.368	3,60	2,23	3.191.211	22,18	2,16	0,44	-3,15	-1,62	-1,83
M01 - FARMACI ANTIINFIAMMATORI ED ANTIREUMATICI	1.137.648	2,89	1,80	2.448.068	17,01	1,66	0,46	-13,39	-15,06	1,68
C01 - TERAPIA CARDIACA	1.097.756	2,79	1,73	3.705.380	25,75	2,51	0,30	-6,88	-7,99	0,93
A11 - VITAMINE	977.656	2,49	1,54	574.520	3,99	0,39	1,70	27,88	8,99	17,01
C03 - DIURETICI	959.981	2,44	1,52	7.548.682	52,46	5,11	0,13	-1,44	-1,11	-0,61
A10 - FARMACI USATI NEL DIABETE	956.711	2,43	1,51	4.130.744	28,70	2,79	0,23	-0,47	2,01	-2,69
C02 - ANTIIPERTENSIVI	819.780	2,09	1,29	1.700.749	11,82	1,15	0,48	-6,27	-0,79	-5,78
N04 - ANTIPARKINSONIANI	781.751	1,99	1,23	593.175	4,12	0,40	1,32	-11,92	-0,06	-12,11
G03 - ORMONI SESSUALI E MODULATORI DEL SISTEMA GENITALE	725.335	1,84	1,14	2.276.324	15,82	1,54	0,32	-6,69	-7,63	0,74
H02 - CORTICOSTEROIDI SISTEMICI	495.532	1,26	0,78	1.741.453	12,10	1,18	0,28	-0,56	-1,07	0,25
H03 - TERAPIA TIROIDEA	449.699	1,14	0,71	4.105.920	28,53	2,78	0,11	3,70	2,16	1,23
TOT. PRIMI 25 GRUPPI TERAPEUTICI A MAGGIORE SPESA	59.288.684	150,79	93,57	139.440.980	968,99	94,32	0,43	-10,02	-0,93	-9,42
TOTALE COMPLESSIVO	63.359.594	161,15	100,00	147.835.327	1.027,32	100,00	0,43	-9,50	-0,82	-9,01

Relativamente al confronto con l'anno precedente possiamo notare, a fronte di una prescrizione pressoché costante, un accentuato calo della spesa procapite pes. e del costo ddd, dovuto principalmente ai fattori già riportati in premessa (scadenze di brevetto e calo costo dei farmaci a brevetto scaduto).

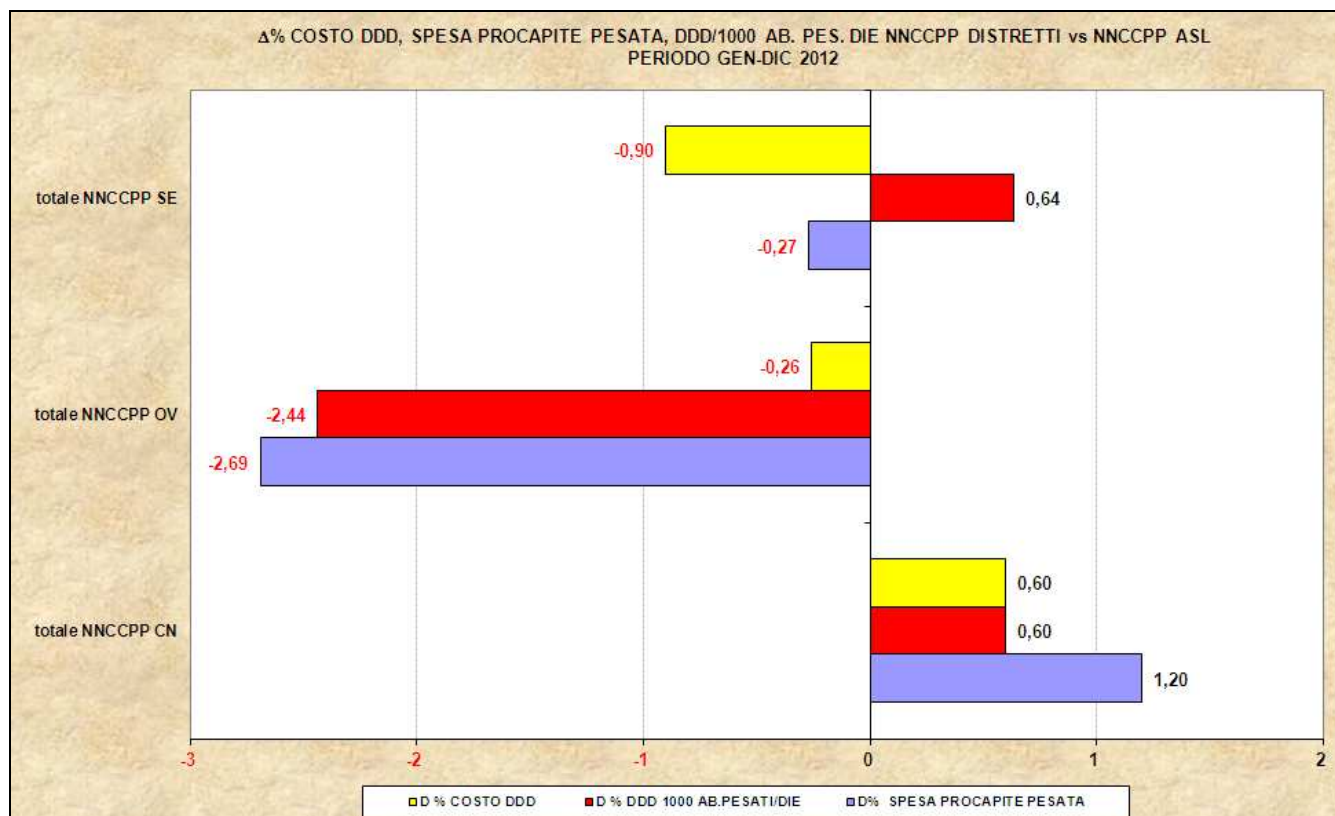
I gruppi terapeutici maggiormente prescritti appartengono principalmente al gruppo anatomico dei farmaci cardiovascolari, come ace-inibitori e sartani, farmaci utilizzati prevalentemente per la terapia dell'ipertensione arteriosa e sostanze modificatrici dei lipidi anche conosciuti come ipolipemizzanti, tale gruppo di farmaci, rappresentato principalmente dalle statine, viene utilizzato per abbassare il livello del colesterolo.

Un'elevata prescrizione si registra anche nei farmaci respiratori, 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 psicoanalettici(antidepressivi), gli antimicrobici per uso sistemico, principalmente antibiotici per uso orale ed iniettabile, antitrombotici, analgesici, calcio-antagonisti e antiepilettici. 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.

Analisi prescrizione farmaceutica distrettuale

Nell'ambito del distretto la prescrizione di farmaci viene effettuata prevalentemente dai mmg raggruppati in diciotto nuclei delle cure primarie (n.c.p.).

Si riporta di seguito il comportamento prescrittivo dei nuclei delle cure primarie dei tre distretti provinciali, rappresentati come valore di scostamento rispetto alla media aziendale dei tre indicatori principali: spesa procapite pesata, ddd/1000 ab. pes.die e costo ddd.

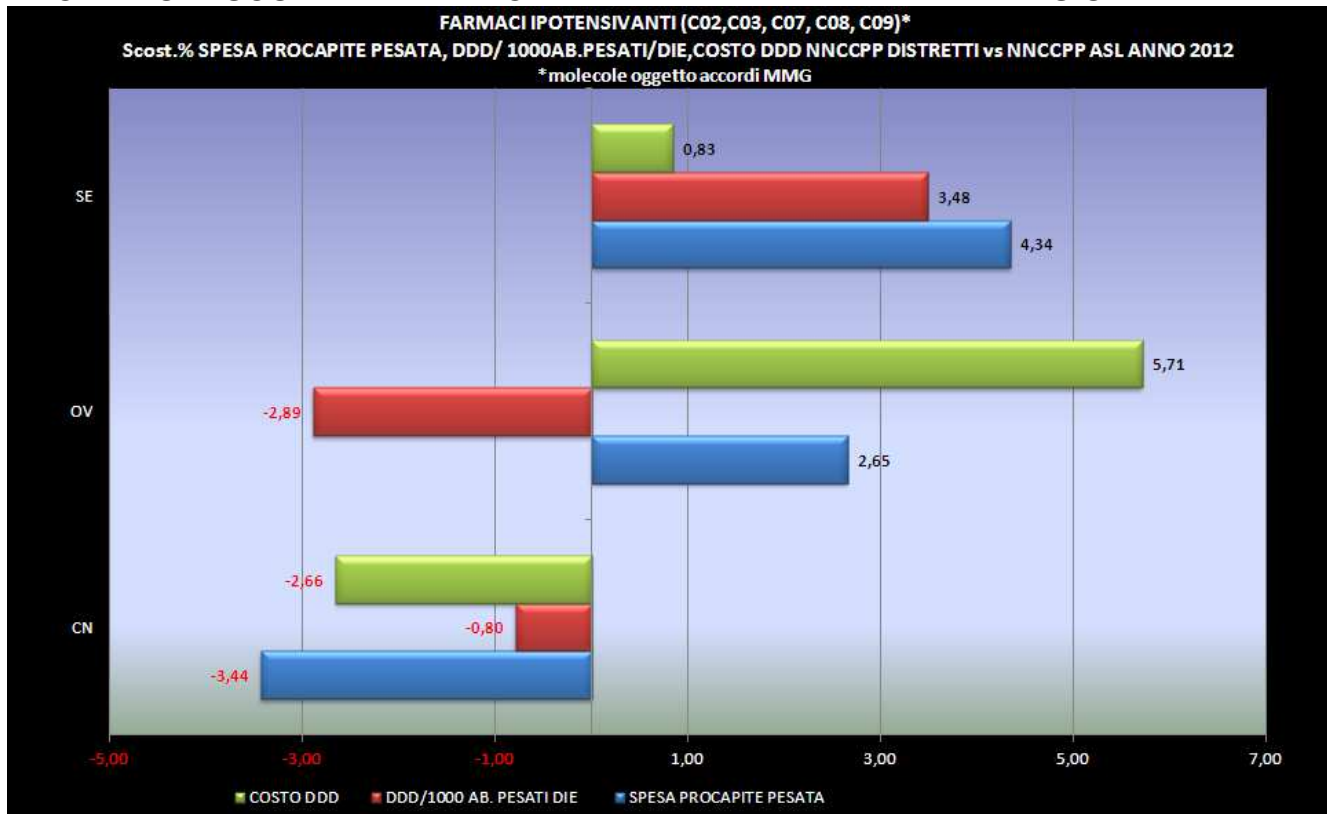


I nuclei del distretto centro nord, nel loro insieme, continuano a presentare una spesa procapite pesata superiore alla media aziendale, dovuta ad una maggiore prescrizione di farmaci (ddd/1000 ab pes. die) ed a più elevato costo ddd. I nuclei del distretto ovest hanno la spesa procapite pesata più bassa, determinata principalmente da una minore prescrizione, mentre il distretto sud est ha una spesa procapite pes. inferiore alla media aziendale, a fronte di una maggiore prescrizione, in quanto vengono utilizzati farmaci a più basso costo ddd. complessivamente comunque si rileva un comportamento prescrittivo scarsamente differenziato in quanto anche lo scostamento maggiore rimane inferiore al 3%.

Prescrizione distrettuale per gruppi terapeutici

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

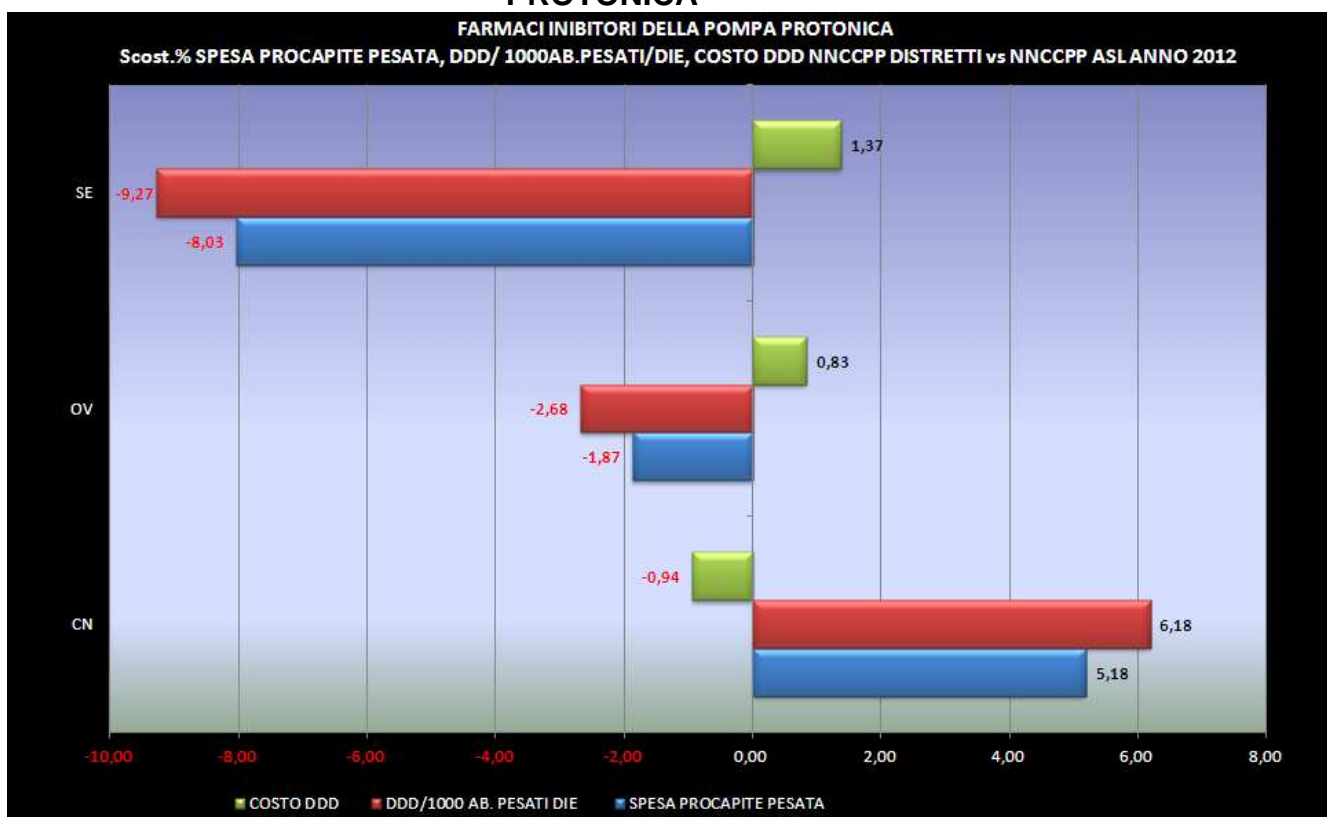
CARDIOVASCOLARI: FARMACI PER LA TERAPIA DELL'IPERTENSIONE



CARDIOVASCOLARI: FARMACI IPOLIPEMIZZANTI (STATINE)



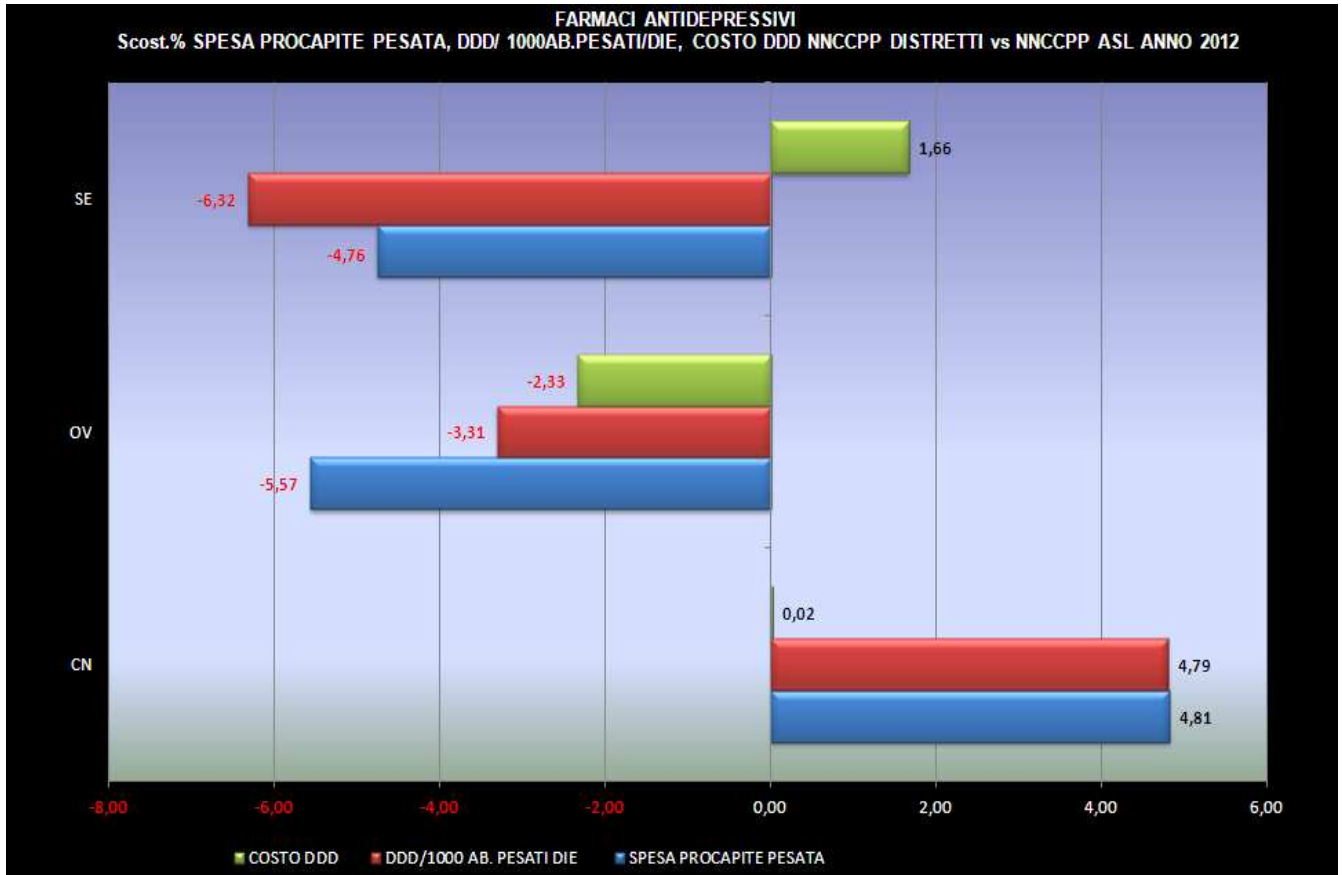
GASTROINTESTINALI: FARMACI ANTIULCERA- INIBITORI POMPA PROTONICA



FARMACI METABOLISMO OSSEO: FARMACI PER OSTEOPOROSI



NEUROLOGICI: FARMACI ANTIDEPRESSIVI



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 2011 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 2011

COMUNE	AUSLFE	Privato FE	AOSPFE	Mobilità Infra	Mobilità Extra	Totale Mobilità	Totale Prestazioni	IC Prov. x 1000 ab.	IC Mob.x 1000 ab.	IC Complesivo x 1000 ab.
CENTO	81.452	9.476	19.209	24.650	2.841	27.491	137.628	3.079,03	768,55	3.847,58
SANT'AGOSTINO	14.623	4.516	6.303	2.149	680	2.829	28.271	3.557,33	395,55	3.952,88
MIRABELLO	8.201	2.211	6.581	836	687	1.523	18.516	4.817,98	431,81	5.249,79
BONDENO	33.106	2.675	20.380	2.309	6.064	8.373	64.534	3.674,74	547,86	4.222,60
VIGARANO MAINARDA	11.175	2.606	20.033	981	1.628	2.609	36.423	4.434,04	342,12	4.776,16
POGGIO RENATICO	13.297	2.857	18.885	4.435	1.595	6.030	41.069	3.596,33	618,91	4.215,23
FERRARA	141.768	48.375	481.335	16.133	42.123	58.256	729.734	4.957,61	430,11	5.387,72
MASI TORELLO	4.322	447	5.694	241	303	544	11.007	4.394,37	228,48	4.622,85
VOGHIERA	8.524	1.212	6.775	379	583	962	17.473	4.297,50	250,39	4.547,89
COPPARO	44.595	1.852	24.412	2.257	9.366	11.623	82.482	4.128,59	677,21	4.805,80
RO	7.158	274	4.151	120	3.620	3.740	15.323	3.398,77	1.097,42	4.496,19
BERRA	12.320	1.002	6.363	354	5.333	5.687	25.372	3.773,96	1.090,30	4.864,26
JOLANDA DI SAVOIA	8.470	361	4.039	294	1.205	1.499	14.369	4.223,83	491,96	4.715,79
FORMIGNANA	7.867	365	3.467	392	791	1.183	12.882	4.155,95	420,25	4.576,20
TRESIGALLO	13.732	699	7.045	459	717	1.176	22.652	4.687,04	256,66	4.943,69
ARGENTA	52.450	1.538	19.133	15.512	1.628	17.140	90.261	3.242,19	759,99	4.002,17
PORTOMAGGIORE	40.946	1.454	14.461	2.049	1.167	3.216	60.077	4.600,03	260,17	4.860,21
OSTELLATO	19.187	1.033	8.596	715	1.053	1.768	30.584	4.442,11	272,55	4.714,66
COMACCHIO	69.236	3.182	14.653	6.873	6.363	13.236	100.307	3.764,09	572,19	4.336,29
MIGLIARINO	9.755	360	4.951	548	952	1.500	16.566	4.048,91	403,12	4.452,03
MIGLIARO	7.554	319	3.282	142	549	691	11.846	4.977,69	308,34	5.286,03
MASSA FISCAGLIA	11.446	721	4.297	311	664	975	17.439	4.554,36	269,71	4.824,07
LAGOSANTO	18.712	1.486	3.276	584	1.465	2.049	25.523	4.687,30	409,15	5.096,45
CODIGORO	34.209	4.482	9.241	1.559	8.485	10.044	57.976	3.826,91	801,92	4.628,82
MESOLA	12.919	7.105	4.387	467	9.482	9.949	34.360	3.422,26	1.394,78	4.817,05
GORO	7.140	1.185	2.166	234	3.818	4.052	14.543	2.682,43	1.036,05	3.718,49
PROVINCIA DI FERRARA	694.164	101.793	723.115	84.983	113.162	198.145	1.717.217	4.223,33	550,88	4.774,21
DISTRETTO OVEST	161.854	24.341	91.391	35.360	13.495	48.855	326.441	3.509,26	617,63	4.126,89
DISTRETTO CENTRO-NORD	248.756	54.587	543.281	20.629	64.041	84.670	931.294	4.759,04	475,95	5.234,99
DISTRETTO SUD-EST	283.554	22.865	88.443	28.994	35.626	64.620	459.482	3.845,30	629,29	4.474,59

Nell'anno 2011 i 359.686 residenti della Provincia di Ferrara hanno usufruito di 1.717.217 prestazioni a cui corrisponde un indice di consumo di 4.774,21 prestazioni per 1.000 abitanti di cui 550,88 in mobilità (11,5% del totale). L'indice di consumo complessivo più alto si rileva tra i cittadini del Comune di Ferrara con 5.387,72 prestazioni per 1.000 abitanti, mentre quello più basso si rileva tra i cittadini del Comune di Goro con 3.718,49 prestazioni per 1.000 abitanti.

L'indice di consumo in mobilità più alto si registra per il comune di Mesola (1.394,78 prestazioni per 1.000 abitanti, pari a circa il 30% delle prestazioni complessivamente consumate), mentre il più basso si rileva per il comune di Masi Torello (228,48 prestazioni per 1.000 abitanti, pari a circa il 5% delle prestazioni complessivamente consumate). Quanto sopra si ritiene sia strettamente correlato alla posizione geografica dei due comuni, il primo situato in una zona di confine della provincia di Ferrara, il secondo situato in una posizione centrale dell'ambito provinciale.

Rispetto all'indice di consumo complessivo standardizzato per 1.000 abitanti della Regione Emilia-Romagna, quello della provincia di Ferrara presenta un valore superiore di circa il 7% (4.189 vs 3.919).

Indice di consumo per categoria aggregata per 1.000 abitanti per Distretto - ANNO 2012

Categ. di prest.	CENTRO-NORD							FERRARA AUSL							RER	
						TOTALE							TOTALE			
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	IC	IC std.	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	IC	IC std.	IC	IC std.
Diagn.	706	1.392	2.863	2.681	1.377	1.641	1.524	719	1.393	2.843	2.615	1.343	1.613	1.526	1.468	1.465
Lab.	2.168	9.665	21.002	24.797	23.050	12.440	11.412	3.129	12.015	24.402	27.683	25.979	14.594	13.758	10.763	10.753
Riabilit.	154	434	1.056	916	400	533	485	148	489	1.135	867	340	561	525	414	413
Prest. Terap.	137	313	1.024	1.124	638	482	432	121	325	1.020	1.064	640	471	434	459	457
Visite	838	1.104	2.983	3.909	2.944	1.678	1.541	856	1.092	2.704	3.282	2.344	1.522	1.440	1.359	1.356
TOTALE	4.003	12.910	28.928	33.427	28.409	16.774	15.396	4.972	15.314	32.104	35.510	30.646	18.761	17.684	14.463	14.444

Categ. di prest.	OVEST						
						TOTALE	
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	IC	IC std.
Diagn.	713	1.355	2.671	2.344	1.195	1.485	1.482
Lab.	3.350	14.867	30.240	32.800	29.087	16.916	16.903
Riabilit.	105	519	1.200	665	299	541	537
Prest. Terap.	112	311	934	1.015	614	419	416
Visite	796	1.031	2.222	2.481	1.536	1.264	1.263
TOTALE	5.077	18.083	37.267	39.306	32.730	20.624	20.601

Categ. di prest.	SUD-EST						
						TOTALE	
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	IC	IC std.
Diagn.	747	1.424	2.920	2.671	1.382	1.661	1.559
Lab.	4.504	13.821	26.601	29.534	29.472	16.537	15.565
Riabilit.	180	559	1.232	910	253	627	583
Prest. Terap.	102	356	1.070	990	662	492	451
Visite	943	1.118	2.524	2.677	1.755	1.452	1.380
TOTALE	6.476	17.279	34.347	36.782	33.524	20.767	19.538

Indice di consumo standardizzato per distretto (esclusi PS e OBI) *1.000 abitanti e percentuali di fuga extraaziendale. Anno 2012

		Indice di consumo standardizzato	% Fuga fuori Azienda	% Fuga fuori Distretto
Diagnostica	Ovest	1.350	11,36	50,01
	Centro-Nord	1.292	2,36	17,59
	Sud Est	1.350	6,73	29,86
	Totale	1.322	5,56	28,1
Laboratorio	Ovest	16.736	5,62	59,66
	Centro-Nord	11.112	1,54	4,32
	Sud Est	14.826	3,3	43,8
	Totale	13.361	3,16	31,22
Riabilitazione	Ovest	529	3,3	22,39
	Centro-Nord	437	0,92	8,62
	Sud Est	561	2,3	10,19
	Totale	493	1,9	12,2
Terapeutiche	Ovest	397	16,17	60,7
	Centro-Nord	395	3,67	8,84
	Sud Est	399	11,11	60,75
	Totale	397	8,36	34,38
Visite ambulatoriali	Ovest	1.220	11,65	52,15
	Centro-Nord	1.442	2,71	10
	Sud Est	1.268	7,86	37,42
	Totale	1.350	5,76	25,24

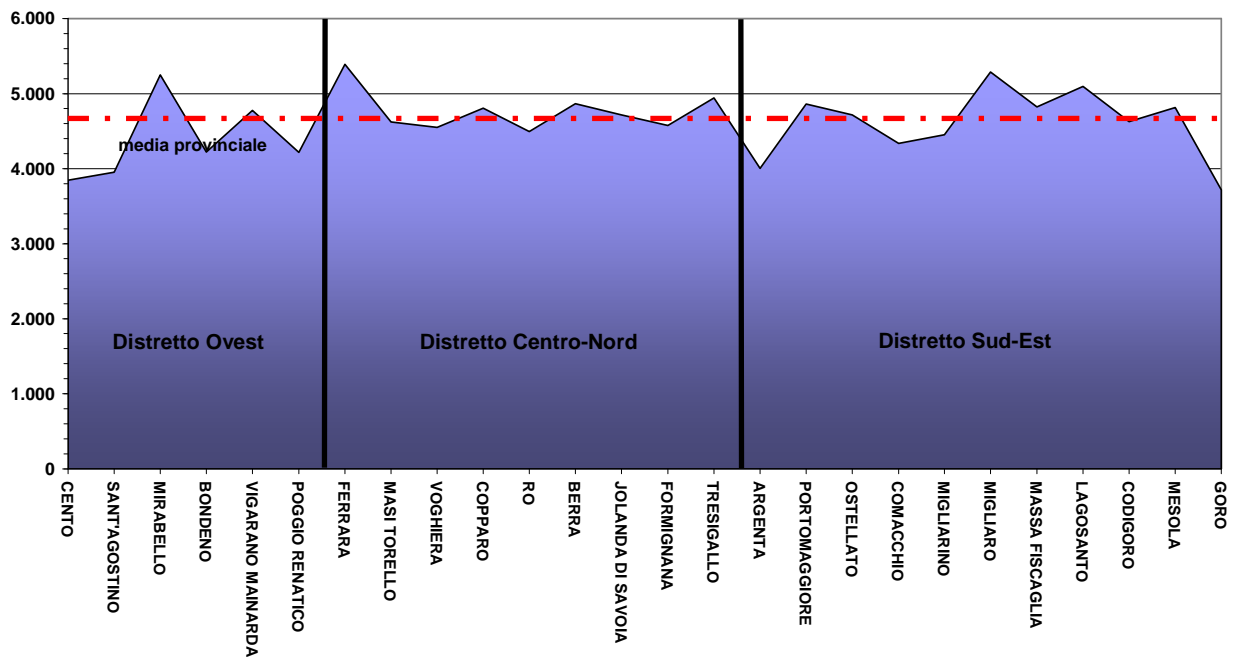
Nel complesso l'Azienda USL di Ferrara presenta un indice di consumo standardizzato pari a 17.684 prestazioni per 1000 abitanti che risulta essere superiore a quello medio regionale pari a 14.444. Analizzando la distribuzione all'interno dei Distretti si osserva come il Distretto Ovest mostri l'indice di consumo standardizzato più alto, pari a 20.601 prestazioni, segue il Distretto Sud-Est con 19.538 prestazioni e il Distretto Centro-Nord con 15.396 prestazioni.

Il valore medio dell'Ausl di Ferrara per l'anno 2012, è pari a 17.684 prestazioni e registra quindi un incremento rispetto all'analogo parametro dell'anno 2011 (15.776 vs 17.684).

Tale andamento è in controtendenza rispetto al dato medio regionale che ha visto una riduzione dall'anno 2011 al 2012, passando da 14.949 a 14.444.

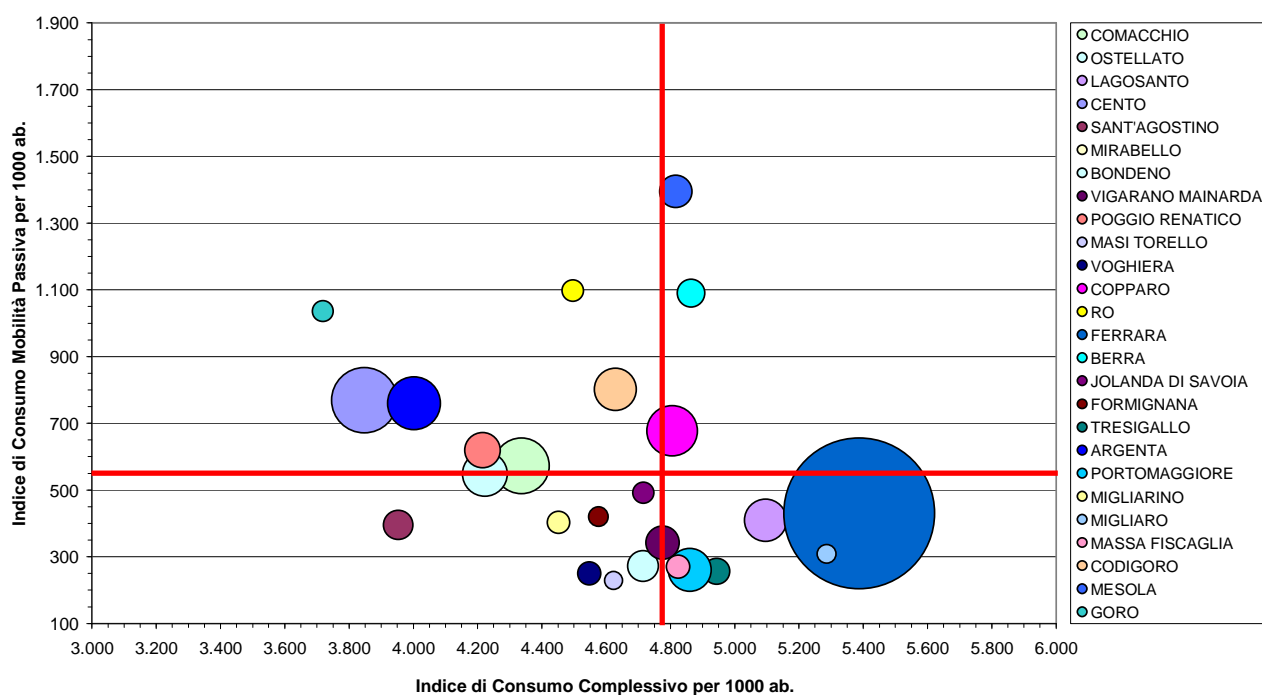
L'analisi condotta per Distretto evidenzia che, dall'anno 2011 al 2012, il valore del Distretto Centro Nord ha registrato un leggero decremento, mentre è incrementato il dato sia per il Distretto Ovest che per il Distretto Sud-Est.

Indice di Consumo Comunali Prestazioni Specialistiche per 1000 Residenti
(esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2011



L'indice di consumo di prestazioni specialistiche nell'anno 2011 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 5.234,99 prestazioni per 1.000 abitanti, il Distretto Sud-Est presenta un indice di consumo di 4.474,59/1.000 e il Distretto Ovest un indice di consumo di 4.126,89/ 1.000. Ai cittadini del Distretto Centro-Nord sono state erogate 931.294 prestazioni (54,23% del totale), a quelli del Sud-Est 459.482 prestazioni (26,76% del totale) e a quelli dell' Ovest 326.441 prestazioni (19,01% del totale). La maggior parte dei Comuni del Distretto Ovest hanno un indice di consumo inferiore a quello medio provinciale, mentre i distretti Sud-Est e Centro-Nord hanno un comportamento diverso in relazione al singolo Comune considerato.

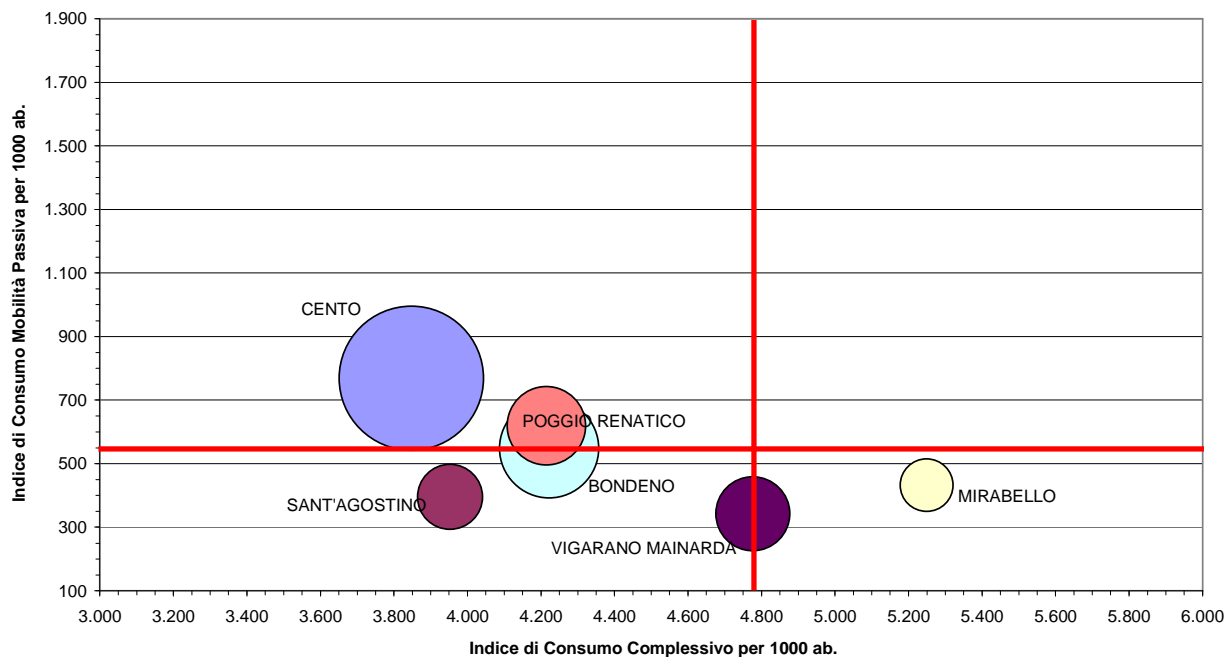
Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2011



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 in mobilità passiva.

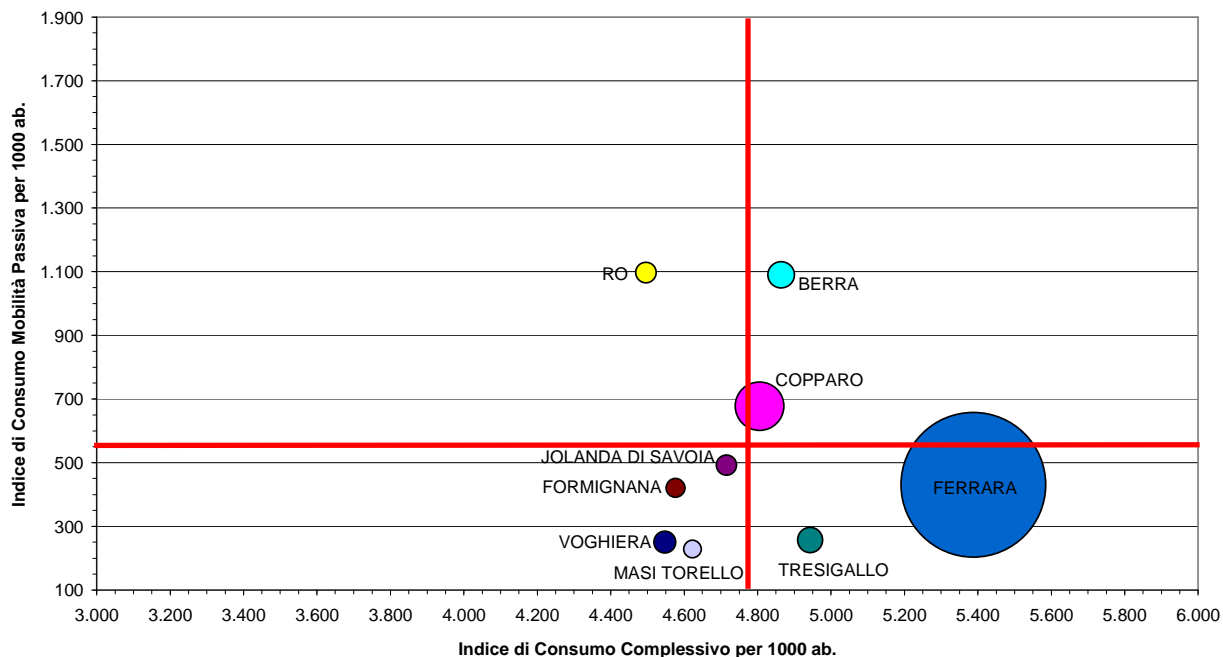
Il Comune di Ferrara presenta l'indice di consumo di prestazioni più elevato della Provincia, ma un indice di consumo di prestazioni eseguite in strutture extra provinciali minore della media provinciale. Il Comune di Mesola presenta l'indice di consumo in mobilità più elevato della Provincia (1.394,78 prestazioni per 1.000 abitanti contro le 550,88 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 (1.036,05 prestazioni per 1.000 assistiti) quasi doppio rispetto a quello provinciale (550,88 prestazioni per 1.000 abitanti).

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2011
- Distretto Ovest**



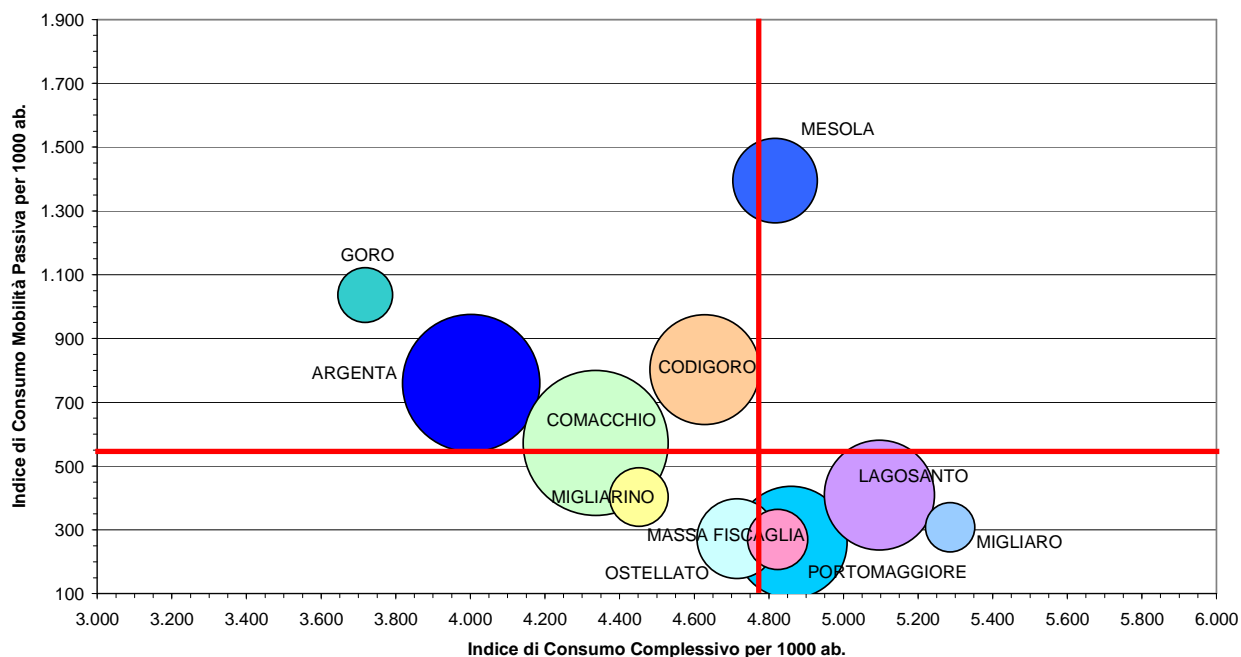
I Comuni del Distretto Ovest presentano un indice di consumo (4.126,89 prestazioni per 1.000 abitanti) inferiore a quello provinciale (4.774,21/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva (617,63/ 1.000) superiore (550,88/1.000). Come si può osservare il Comune di Cento presenta l'indice di consumo più basso (3.847,58/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva più elevato pari a 768,55/1.000. I cittadini centesi usufruiscono di prestazioni specialistiche in strutture extraprovinciali (infraregionali o extraregionali) in misura maggiore dei cittadini appartenenti agli altri comuni del Distretto Ovest. La maggior parte delle prestazioni specialistiche in mobilità è stata erogata in strutture extraprovinciali, ma infraregionali. Il Comune di Mirabello presenta invece un elevato indice di consumo (5.249,79/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva relativamente basso (431,81/ 1.000).

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2011
- Distretto Centro-Nord**



Il Distretto Centro-Nord presenta un indice di consumo di prestazioni (5.234,99 / 1.000) superiore a quello medio provinciale (4.774,21/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva (475,95/1.000) inferiore a quello medio provinciale (550,88 / 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 (1.097,42/1.000 abitanti vs 475,95 del Distretto Centro-Nord). Tale valore risulta quasi doppio del valore medio provinciale. L'elevata tendenza allo spostamento extraProvincia dei cittadini di Ro può essere spiegata dalla posizione geografica del Comune al confine con la Regione Veneto.

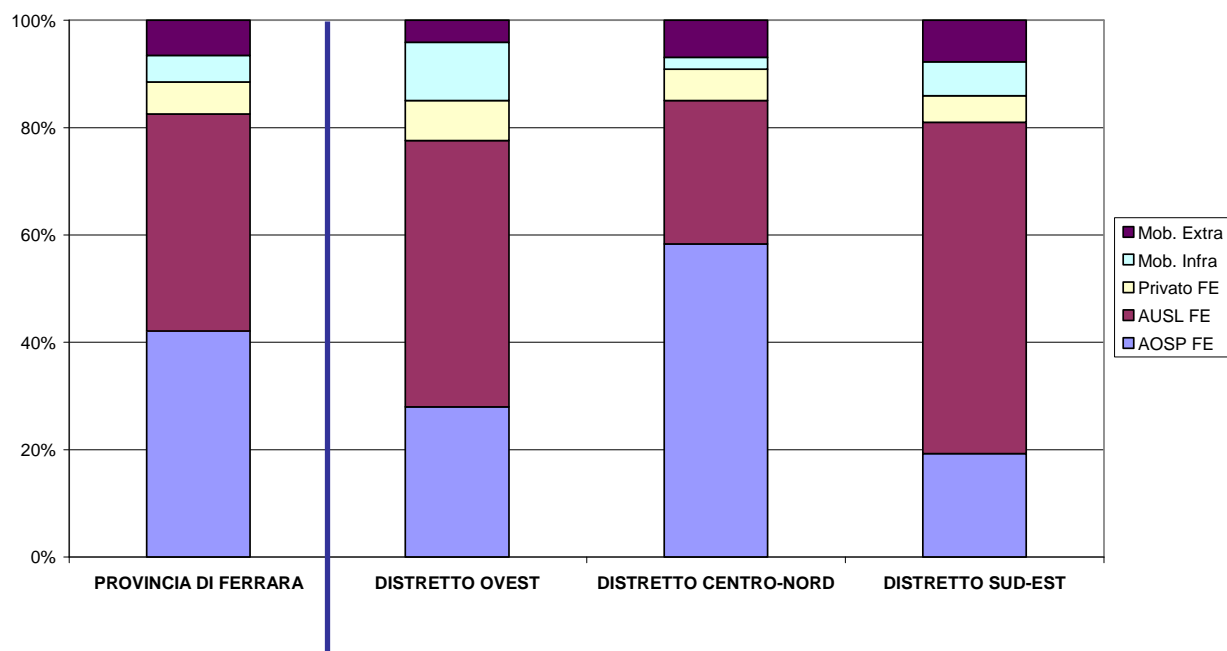
**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2011
- Distretto Sud-Est**



Il Distretto Sud-Est presenta un indice di consumo di prestazioni (4.474,59/1.000) leggermente inferiore a quello medio provinciale (4.774,21/1.000) e un indice di consumo in mobilità passiva di 629,29/1.000 quindi superiore rispetto a quello medio provinciale (550,88/1.000).

Due comuni in particolare presentano indici di consumo in mobilità passiva particolarmente elevati: Mesola presenta, infatti, l'indice di consumo di prestazioni in mobilità passiva (1.394,78/1.000) più elevato della Provincia; anche il Comune di Goro presenta un elevato indice di consumo (1.036,43/1.000), ma l'indice di consumo complessivo (3.718,49/1.000 abitanti) più basso della Provincia.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture - Anno 2011



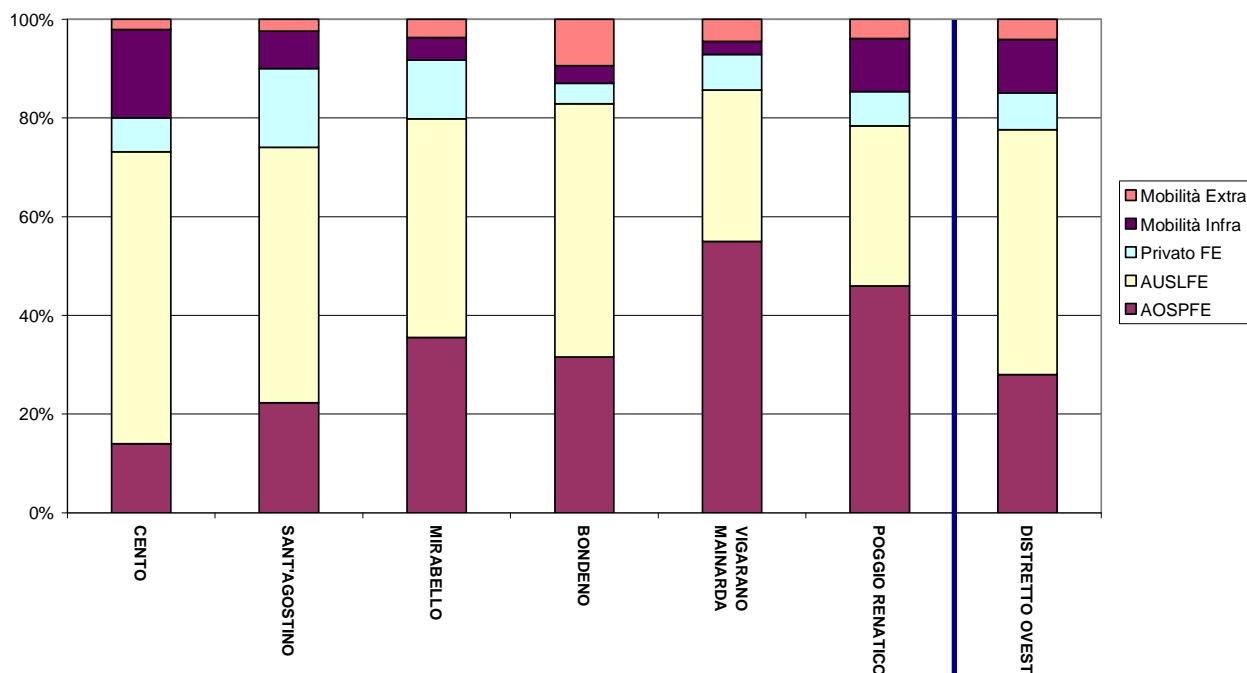
Indice di dipendenza della Struttura Ospedaliera dalla popolazione. Anno 2012 Dimessi.

Azienda di ricovero	Residenti			TOTALE
	Stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
FERRARA	85,1	8,9	6,1	100
RER	75,8	10	14,2	100

In particolare i maggiori fruitori di prestazioni specialistiche erogate dall'AOSPFE sono i cittadini del Distretto Centro-Nord (543.281 prestazioni ovvero il 75,13% delle prestazioni erogate) verosimilmente per motivazioni di ordine logistico. I maggiori fruitori di prestazioni erogate da strutture appartenenti all'AUSL Ferrara sono i cittadini del Distretto Sud-Est.

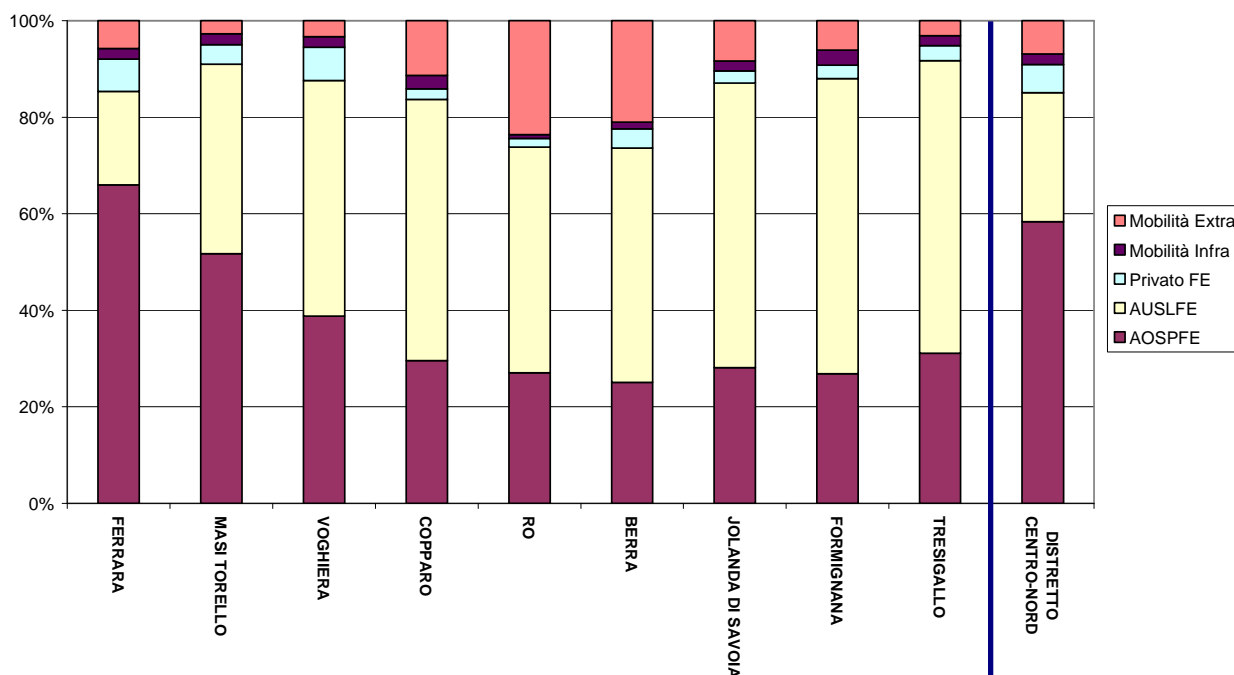
Le quote maggiori di mobilità infra ed extra regionale si riscontrano nei comuni situati in zone di confine: Mesola, Ro, Berra, Goro, Codigoro, Cento, Argenta.

**Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2011 - Distretto Ovest**



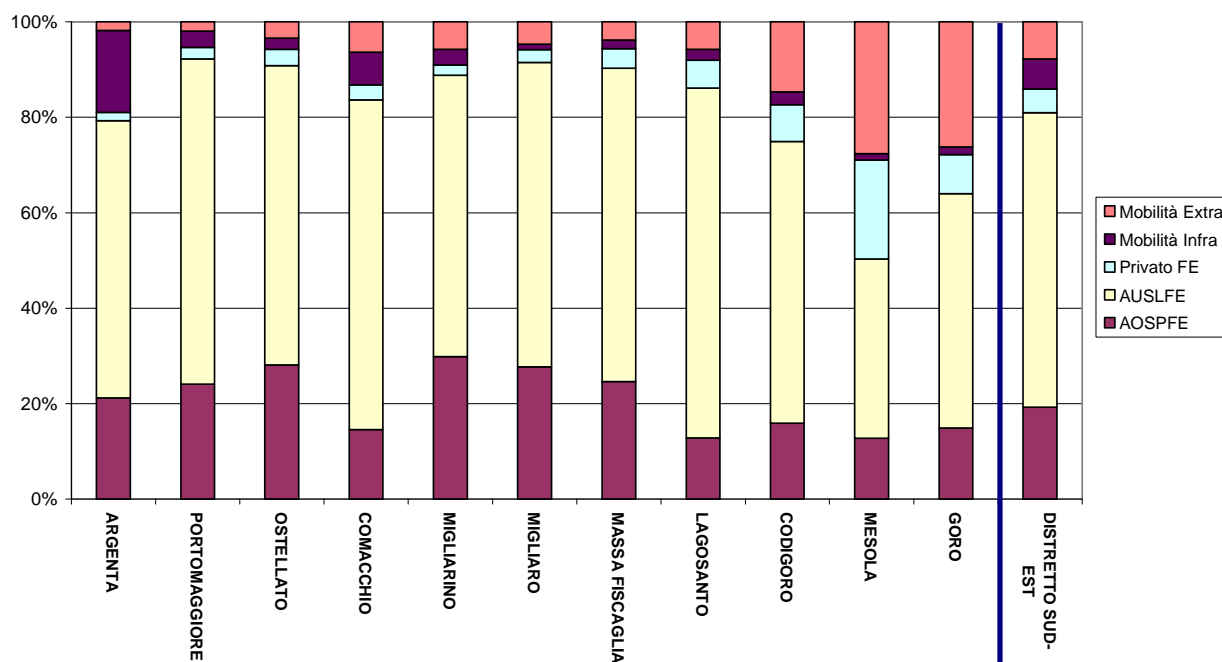
I Comuni geograficamente più vicini alla Città di Ferrara (Vigarano Mainarda, Poggiorenatico) usufruiscono di prestazioni per la maggior parte (rispettivamente 55% e 46% del totale) presso l'AOSPFE, mentre i Comuni di Cento, S.Agostino, Bondeno e Mirabello prevalentemente presso l'Azienda USL. Il Comune di Bondeno presenta la quota maggiore (9%) di prestazioni eseguite presso strutture extraregionali, mentre il Comune di Cento presenta la quota maggiore di prestazioni eseguite presso strutture extra provinciali infraregionali (18%).

**Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2011 - Distretto Centro-Nord**



Relativamente al Distretto Centro-Nord, l'ambito di fruizione delle prestazioni specialistiche riflette l'ambito territoriale di appartenenza. Il Comune di Ferrara e Masi Torello presentano la quota maggiore (66% e 52%) 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 (24% delle prestazioni) e Berra (21% delle prestazioni)

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2011 - 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 situati in zone di confine territoriale presentano elevati valori di prestazioni erogate in strutture extraregionali (Mesola, Goro, Codigoro) o infraregionali extra provinciali (Argenta). I Comuni di Goro e Mesola hanno inoltre i valori più alti di prestazioni erogate da strutture private (8% e 21% del totale).

Assistenza ospedaliera

La tabella "Indici di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere anno 2011 evidenzia la distribuzione dei ricoveri da parte dei residenti in ciascun Comune della Provincia di Ferrara presso ciascun ospedale dell'Azienda USL, l'Azienda Ospedaliera S. Anna, le Case di Cura di Ferrara, gli ospedali di altre Province della Regione e gli ospedali extraregionali.

Indici di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture - Anno 2011

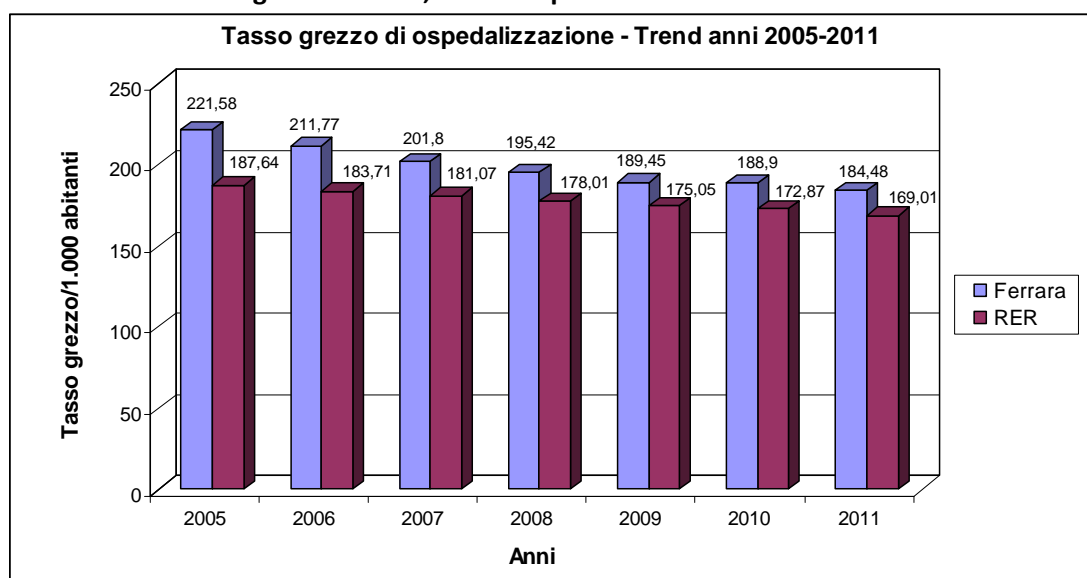
Comune	AOSPFE	Copparo	Delta	Comacchio	Argenta	Cento	Bondeno	CdCFE	Infra	Extra	Totale	Tasso grezzo
CENTO	966	31	44	5	45	2.817	138	96	1.457	197	5.796	162,04
SANT'AGOSTINO	334	9	15	1	12	482	25	32	195	49	1.154	161,35
MIRABELLO	324	1	18	0	14	171	11	41	71	49	700	198,47
BONDENO	1.158	14	31	2	38	593	200	122	261	255	2.674	174,97
VIGARANO MAINARDA	745	6	22	3	28	103	32	107	77	130	1.253	164,31
POGGIO RENATICO	888	5	41	5	26	111	27	108	311	109	1.631	167,40
DISTRETTO OVEST	4.415	66	171	16	163	4.277	433	506	2.372	789	13.208	166,98
FERRARA	17.463	80	652	57	560	242	18	3.080	1.774	2.522	26.448	195,27
MASI TORELLO	274	14	55	4	22	1	0	40	30	22	462	194,04
VOGHIERA	380	5	71	5	69	4	0	71	78	36	719	187,14
COPPARO	1.556	680	301	30	53	45	0	106	187	284	3.242	188,89
RO	293	128	35	2	14	13	0	29	24	75	613	179,87
BERRA	360	193	113	4	20	13	0	30	27	199	959	183,86
JOLANDA DI SAVOIA	234	116	155	13	11	12	0	22	19	51	633	207,75
FORMIGNANA	212	83	102	11	15	9	0	12	31	50	525	186,50
TRESIGALLO	361	128	200	14	14	10	0	29	48	54	858	187,25
DISTRETTO CENTRO-NORD	21.133	1.427	1.684	140	778	349	18	3.419	2.218	3.293	34.459	193,70
ARGENTA	959	11	308	13	1.489	52	0	69	1003	144	4.048	179,49
PORTOMAGGIORE	708	8	306	17	668	11	0	99	284	121	2.222	179,76
OSTELLATO	351	12	496	59	61	11	0	51	75	57	1.173	180,82
COMACCHIO	691	25	1.812	612	71	32	0	101	546	329	4.219	182,39
MIGLIARINO	167	14	306	38	13	10	0	42	56	51	697	187,32
MIGLIARO	117	15	218	29	7	0	0	11	27	20	444	198,13
MASSA FISCAGLIA	169	13	281	47	14	12	0	27	33	31	627	173,44
LAGOSANTO	138	5	491	48	12	9	0	31	84	65	883	176,32
CODIGORO	388	29	1.171	136	20	26	0	33	189	373	2.365	188,82
MESOLA	202	24	523	61	7	8	0	29	92	338	1.284	180,01
GORO	127	7	321	41	12	7	0	14	48	150	727	185,89
DISTRETTO SUD-EST	4.017	163	6.233	1.101	2.374	178	0	507	2.437	1.679	18.689	182,00
Provincia di Ferrara	29.565	1.656	8.088	1.257	3.315	4.804	451	4.432	7.027	5.761	66.356	184,48

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 2011 dai residenti di ciascun comune della Provincia di Ferrara. Nel corso dell'anno 2011 si sono registrati 66.356 ricoveri di cittadini residenti nella Provincia di Ferrara a cui corrisponde un tasso grezzo di ospedalizzazione pari a 184,48 ricoveri/1.000 abitanti dove la media regionale è pari a 169,01 ricoveri/1.000 abitanti.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età dell'anno 2012 è pari a 164 per 1.000 abitanti e risulta quindi in linea con il dato regionale di 163,8 ricoveri per 1.000 abitanti.



L'analisi di raffronto di tale parametro tra provincia di Ferrara e Regione evidenzia un minor valore per la provincia di Ferrara, sia in ambito pubblico che privato (130,3 vs 132,8 pubblico e 17,6 vs 21,3 privato) e un più alto valore della mobilità passiva extraregionale (16,05 vs 9,74).

In particolare, dall'analisi distrettuale si rileva che il Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età più basso, è relativo ai residenti nel Distretto Ovest (160,42% abitanti), quello intermedio è relativo ai residenti nel Distretto Sud-Est (163,23% abitanti) mentre il più elevato è relativo ai residenti nel Distretto Centro Nord (165,93% abitanti).

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età * 1000 abitanti. Anno 2012

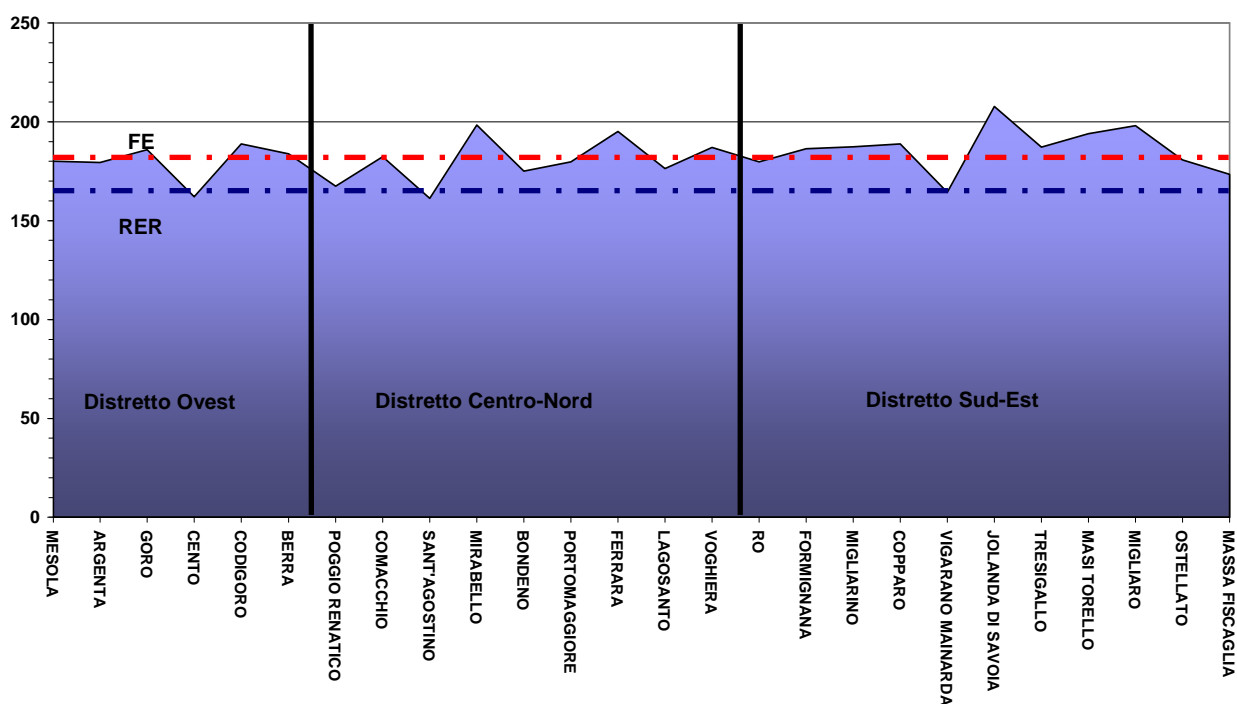
	PUBBLICO (R.E.R.)					PRIVATO (R.E.R.)					MOBILITA' PASSIVA EXTRAREG. 2012					TOTALE				
	Ord.	Day Hospital			Tot.	Ord.	Day Hospital			Tot.	Ord.	Day Hospital			Tot.	Ord.	Day Hospital			Tot.
		Med.	Chir.	Tot. DH			Med.	Chir.	Tot. DH			Med.	Chir.	Tot. DH			Med.	Chir.	Tot. DH	
FE	98,84	15,49	15,97	31,47	130,3	15,1	0,56	1,89	2,46	17,6	10,49	1,5	4,06	5,56	16,05	124,5	17,56	21,92	39,49	164
RER	101,3	17,51	14	31,51	132,8	16,7	0,64	3,97	4,61	21,3	7,32	1,04	1,39	2,43	9,74	125,3	19,19	19,35	38,54	163,8

Tasso di ospedalizzazione specifico e standardizzato distrettuale per 1.000 abitanti. Ospedali pubblici e privati, regime di ricovero ordinario e day hospital. Anno 2012 - Azienda di FERRARA

Distretto di residenza	Regime ordinario								Regime Day-Hospital							
						TOTALE								TOTALE		
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	Tasso specifico	Tasso std.	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	Tasso specifico	Tasso std.		
OVEST	56,42	81,59	197,66	318,46	465,32	123,25	123,38	19,18	35,72	64,67	49,10	17,61	37,07	37,04		
CENTRO-NORD	60,42	76,77	193,80	338,83	540,28	135,71	123,77	24,07	41,08	68,07	60,72	27,71	44,26	42,16		
SUD-EST	77,05	83,26	203,66	310,27	453,84	133,33	126,44	25,10	35,90	57,12	48,34	21,61	38,12	36,79		
TOTALE	63,91	79,70	197,41	326,70	502,17	132,29	124,47	23,04	38,40	64,23	54,93	24,07	40,92	39,49		
RER	61,58	82,96	197,32	315,49	483,02	125,68	125,28	21,04	35,76	65,15	57,34	30,02	38,52	38,54		

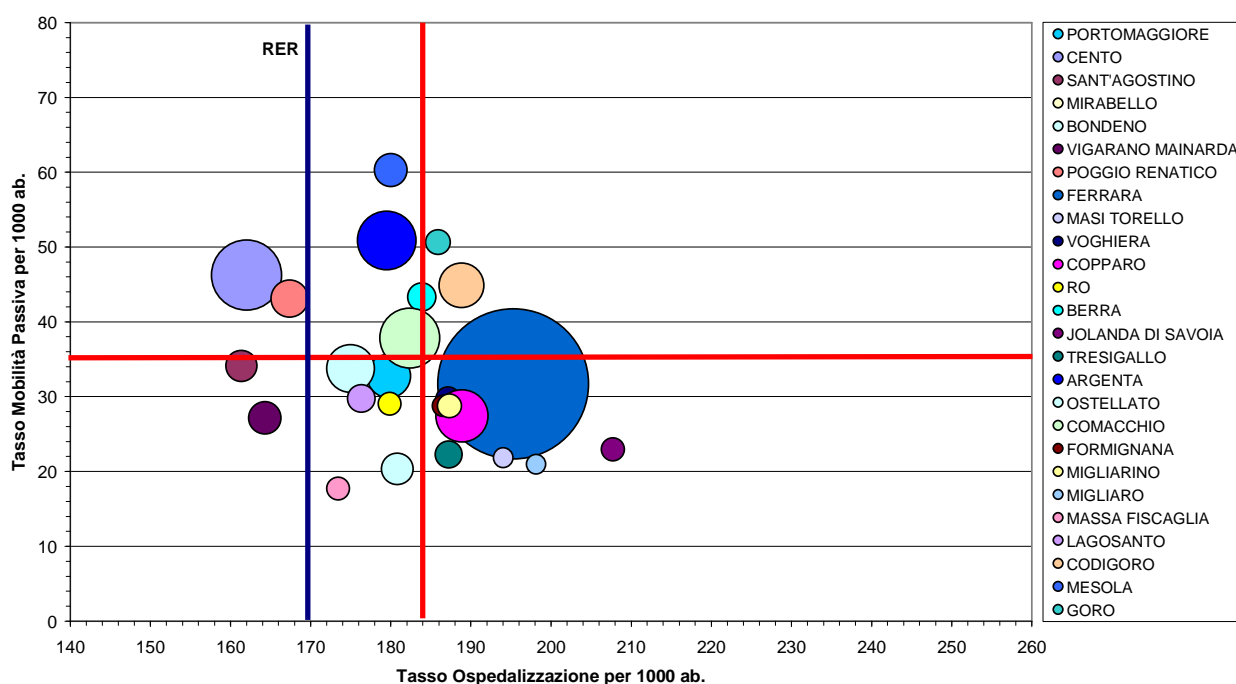
Distretto di residenza	TOTALE (ORD. + DH)							
						TOTALE		
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	Tasso specifico	Tasso std.	
OVEST	75,61	117,31	262,33	367,57	482,76	160,31	160,42	
CENTRO-NORD	84,49	117,85	261,87	399,55	567,99	179,96	165,93	
SUD-EST	102,15	119,16	260,78	358,61	475,45	171,44	163,23	
TOTALE	86,95	118,10	261,64	381,63	526,20	173,21	163,96	
RER	82,62	118,72	262,47	372,82	513,03	164,19	163,82	

Tassi Grezzi di Ospedalizzazione Comunali - Anno 2011



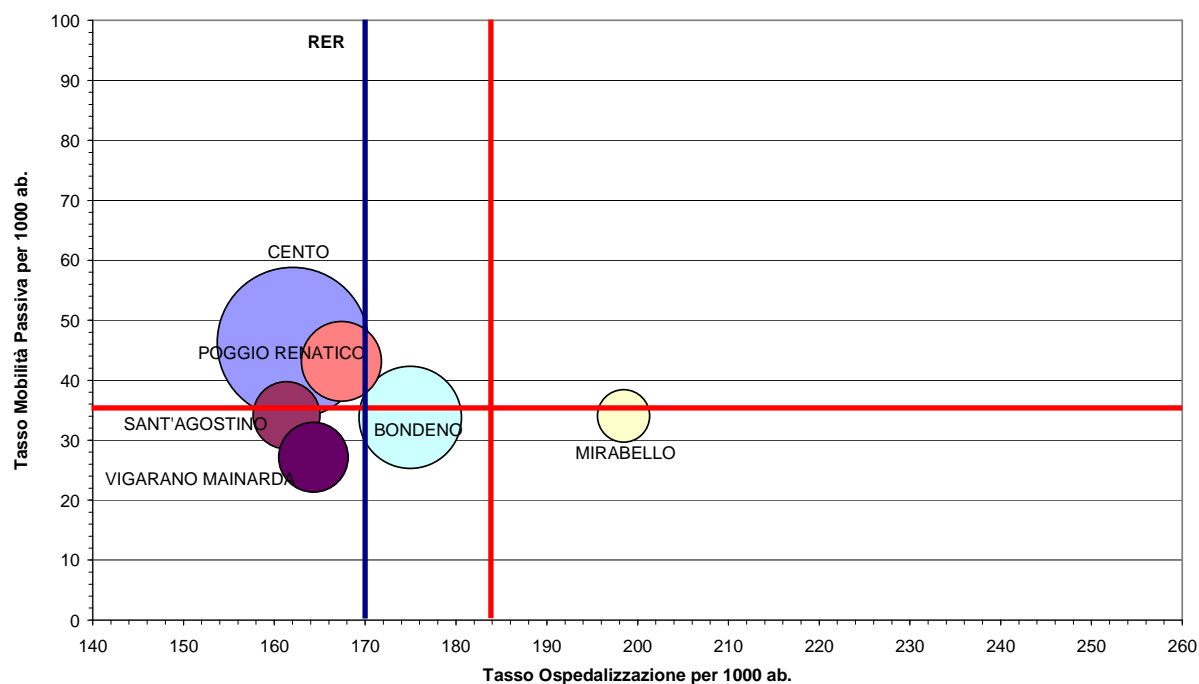
Il Distretto Centro-Nord presenta un tasso di ospedalizzazione pari a 193,70 ricoveri/1.000 abitanti, pertanto superiore alla media provinciale e regionale. I distretti Ovest e Sud-Est presentano rispettivamente tassi di ospedalizzazione di 166,98 ricoveri/1.000 abitanti e 182,00 ricoveri/1.000 abitanti. Si osserva un comportamento disomogeneo all'interno dei distretti, in quanto i Comuni presentano tassi di ospedalizzazione diversi. In particolare i Comuni di Jolanda di Savoia e Mirabello mostrano i tassi di ospedalizzazione più elevati: rispettivamente 207,75 e 198,47 ricoveri/1000 abitanti. Si osserva inoltre come i Comuni di Poggiorenatico, Cento, Vigarano Mainarda e S.Agostino abbiano un T.O. inferiori a quello medio regionale.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2011



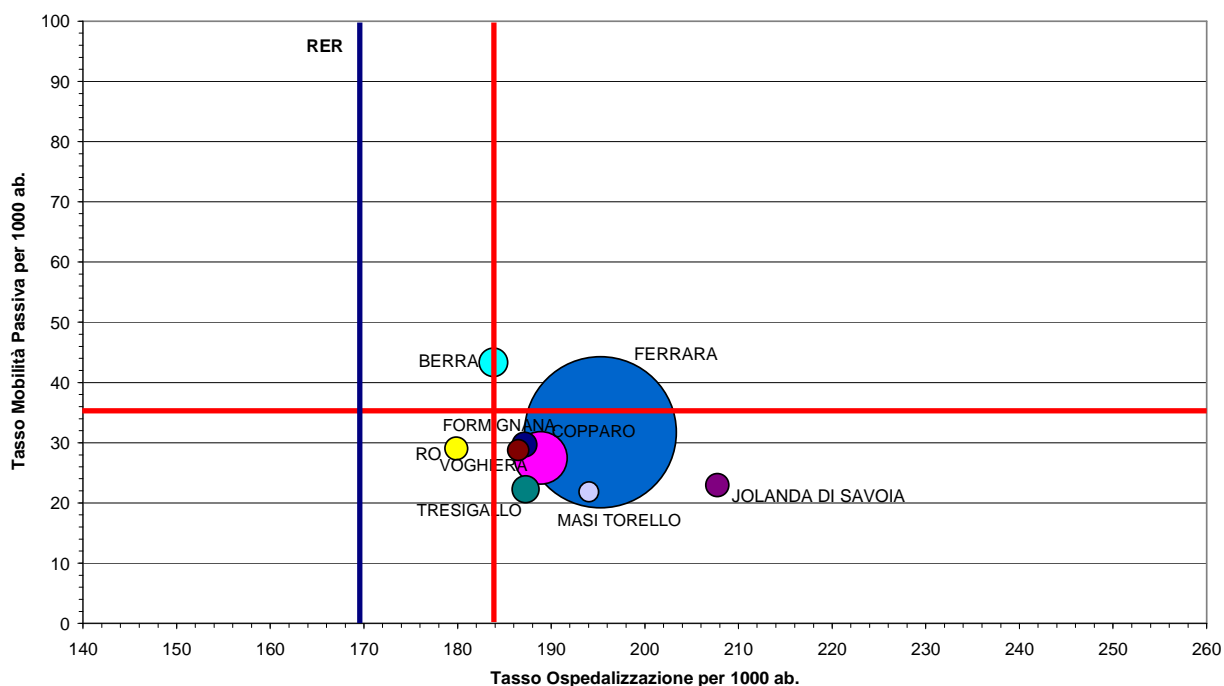
La matrice di posizionamento visualizza il comportamento di ogni singolo comune in relazione al tasso di ospedalizzazione generale e al tasso di mobilità. È possibile pertanto analizzare come i Comuni che si posizionano nella parte destra del grafico abbiano elevati tassi di ospedalizzazione (superiori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

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2011 - Distretto Ovest



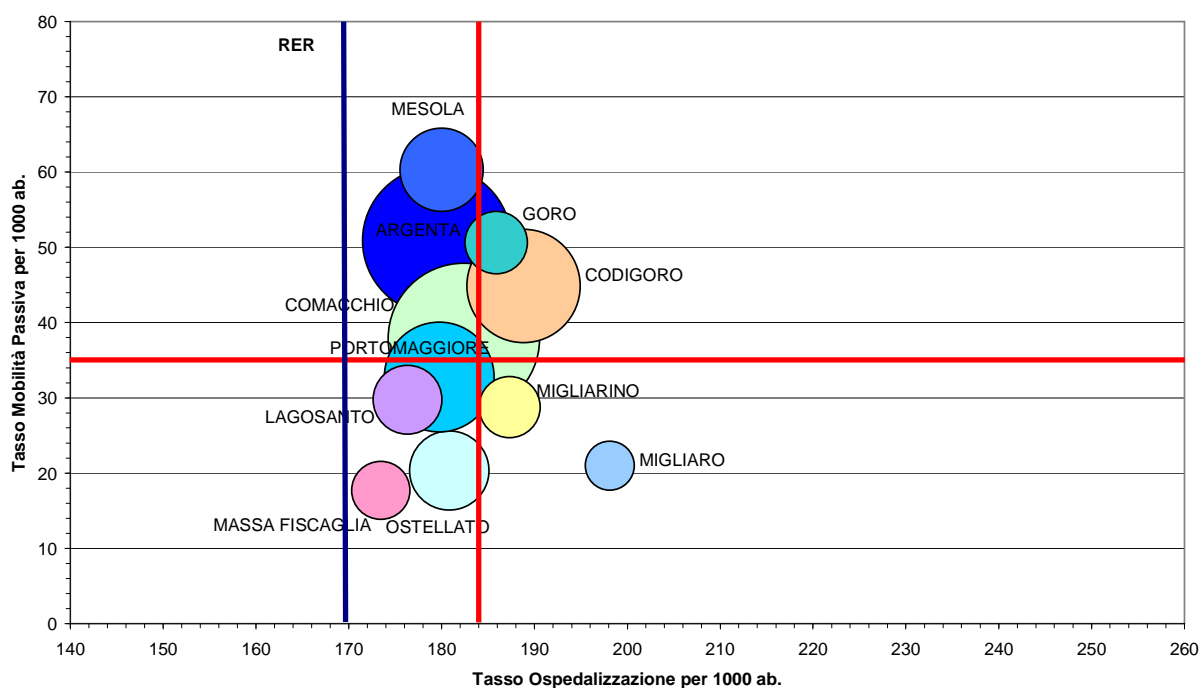
I Comuni di Cento, Poggiorenatico, S.Agostino e Vigarano Mainarda presentano tassi di ospedalizzazione inferiori al tasso medio regionale a cui si associa per i Comuni di Cento e Poggiorenatico una maggiore tendenza ad usufruire dei ricoveri in strutture al di fuori dell'ambito provinciale (mobilità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

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2011 - Distretto Centro-Nord



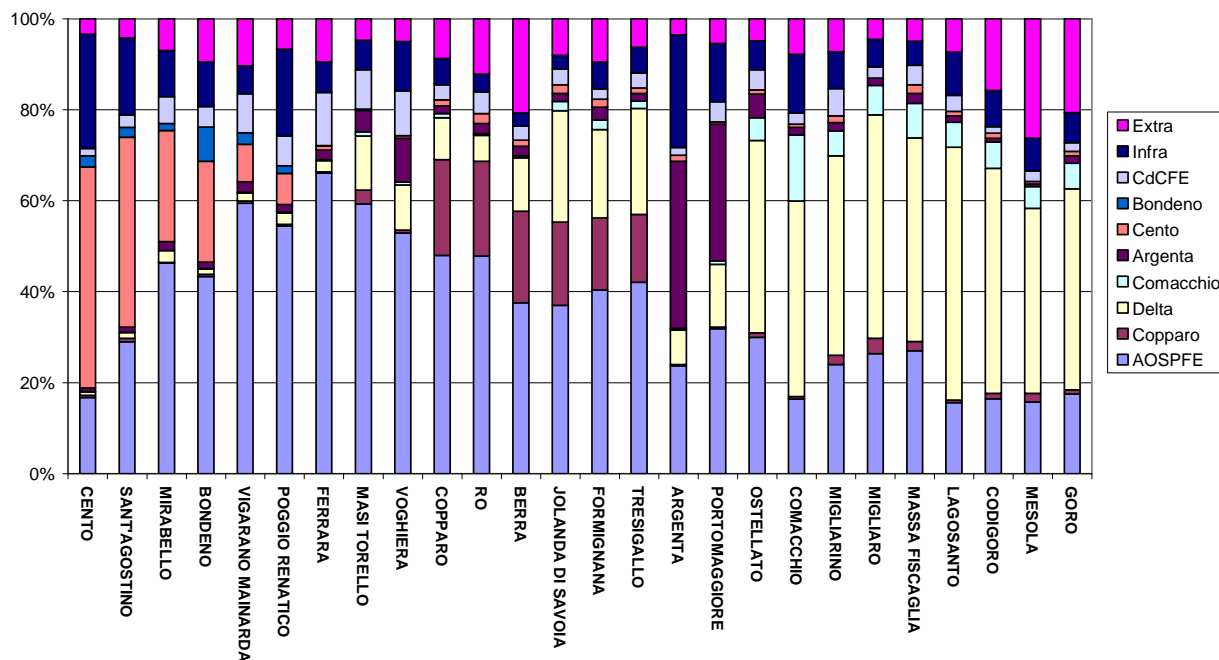
I Comuni del Distretto Centro-Nord hanno in generale bassi tassi di mobilità, ma elevati tassi di ospedalizzazione generale, con l'esclusione di Ro che presenta tassi di ospedalizzazione e di mobilità bassi.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2011 - Distretto Sud-Est



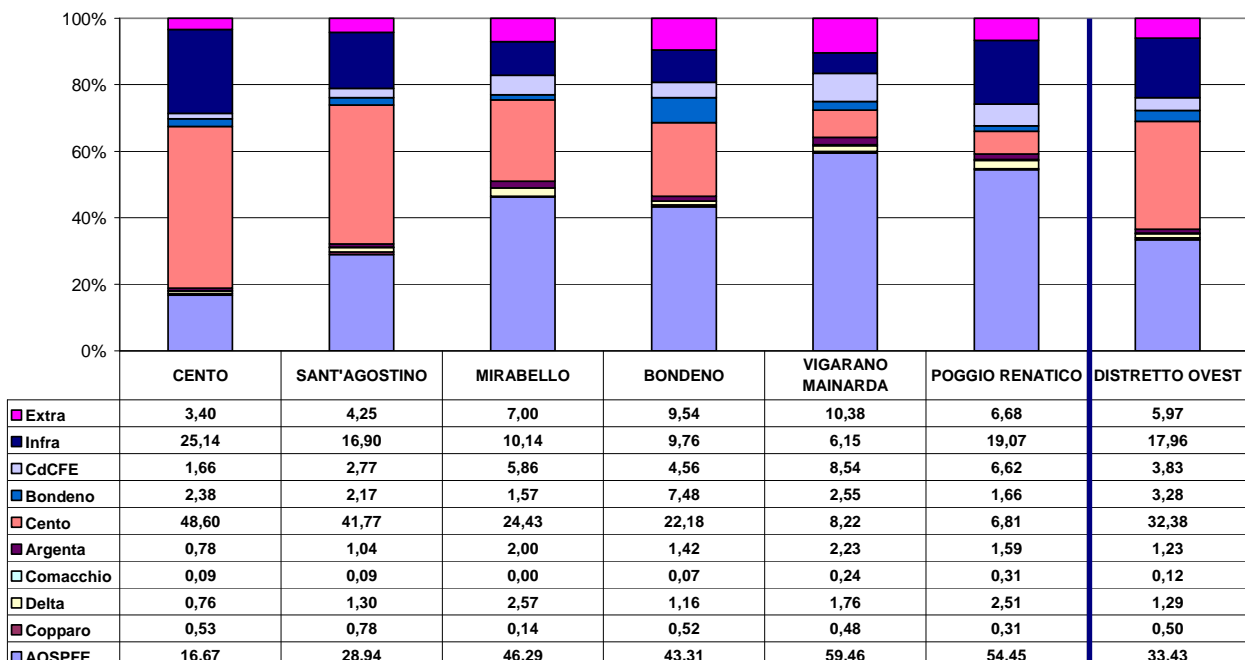
I Comuni di Mesola, Argenta e Goro presentano i tassi di mobilità più elevati della Provincia (rispettivamente 60,28/1000, 50,86/1000, 50,63/1000 rispetto ad una media provinciale di 35,55/1000). Nessun Comune si colloca nella parte sinistra del grafico, pertanto tutti i Comuni del Distretto Sud-est presentano T.O. più elevati rispetto alla media regionale.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero - Anno 2011



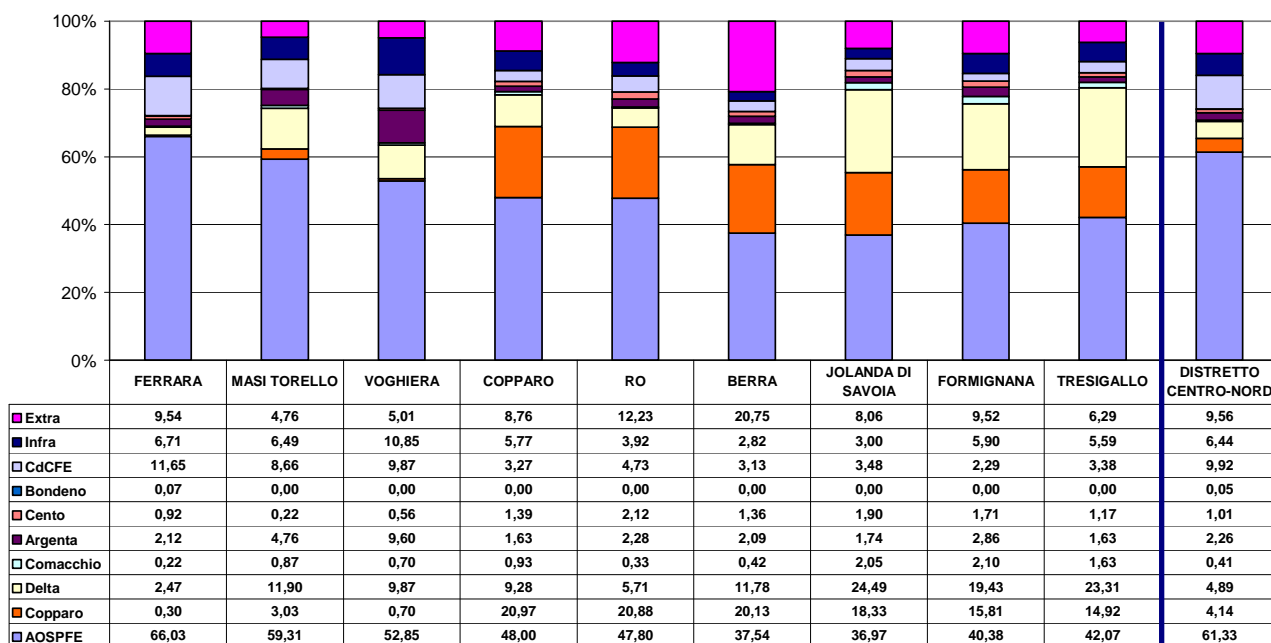
L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture erogatrici riflette essenzialmente la collocazione geografica. La tendenza dei cittadini appare pertanto quella di recarsi nelle strutture vicine al luogo di residenza.

**Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero
- Anno 2011 - Distretto Ovest**



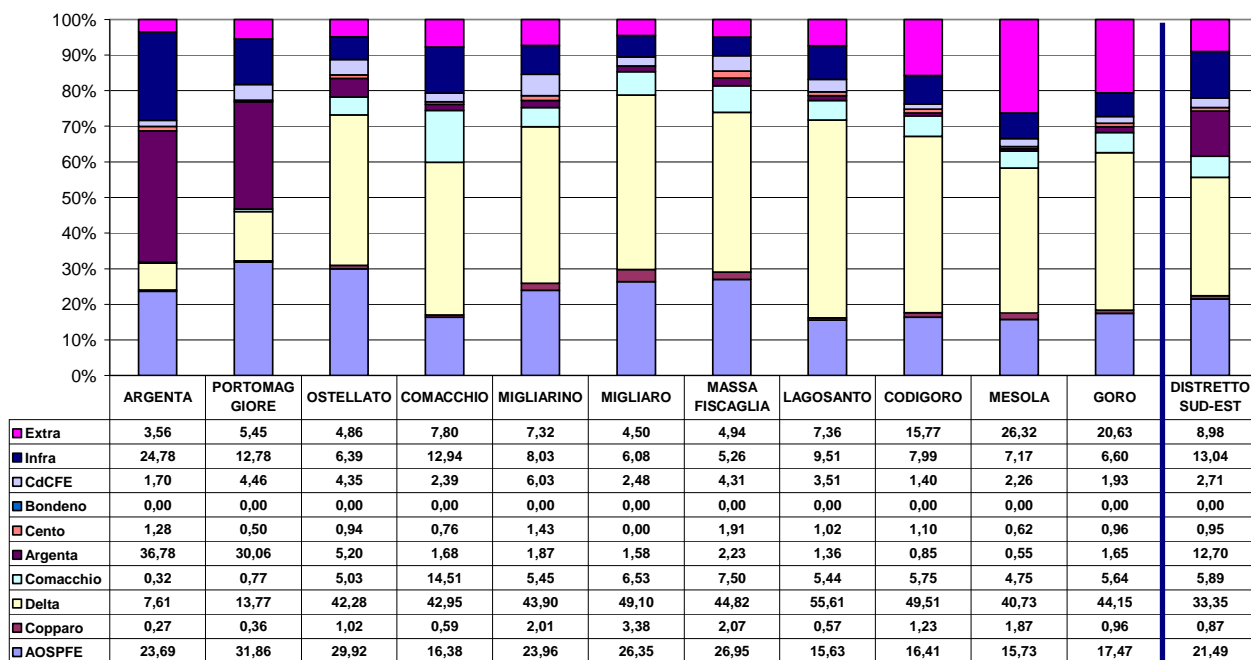
I Comuni di Cento e S.Agostino dipendono prevalentemente dall'Ospedale di Cento (rispettivamente 48,60% e 41,77% dei ricoveri) per motivi di vicinanza logistica. Il Comune di Cento, al confine con altre province della Regione usufruisce della più alta quota di ricoveri presso strutture extra provinciali infraregionali (25.14% 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 Poggiorenatico con rispettivamente il 46,29%, il 43,31%, il 59,46% e il 54,45% dei ricoveri.

**Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero
- Anno 2011 - 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 11,65%, 8,66% e 9,87% dei ricoveri). I Comuni di Ro e Berra, situati in zone di confine con la Regione Veneto, presentano le quote più elevate di ricoveri consumati presso strutture extraregionali (12,23% e 20,75% dei ricoveri). I Comuni di Copparo, Ro e Berra presentano elevati valori di ricoveri eseguiti presso lo stabilimento di Copparo (20,97%, 20,88 e 20,13% rispettivamente).

**Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero
- Anno 2011 - Distretto Sud-Est**



Relativamente al Distretto Sud-Est, la sede di erogazione del ricovero rispecchia essenzialmente l'ambito territoriale di appartenenza. Interessante notare l'elevata mobilità extraregionale dei Comuni situati in zone di confine con altre regioni: Codigoro, Mesola e Goro con rispettivamente il 15,77%, 26,32% e 20,63% di tutti i ricoveri erogati in strutture extraregionali. Risulta elevato anche il valore di mobilità infraregionale del Comune di Argenta con il 24,78% dei ricoveri erogati da strutture extra provinciali intraregionali.

La popolazione del Distretto Centro-Nord usufruisce prevalentemente di ricoveri presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (61,33% dei ricoveri), mentre la popolazione dell'Ovest usufruisce per il 38,8% dei ricoveri delle strutture dell'Azienda USL Ferrara e per il 33,43% dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. La popolazione del Distretto Sud-Est usufruisce di ricoveri per il 53,76% dei casi presso strutture dell'Azienda USL Ferrara.

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' 31.12.2012 (Anno 2012)

AZIENDE	Posti letto pubblici				Posti letto privati					Indicatori					
	Acuti	Riabilitazione (56+28+75)	LD	Totale	Acuti		Post-acuti			Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Recupero e Riabilitazione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione accreditati	LD accr.	riabilitazione non accreditati						
FERRARA	557	24	140	721	120	-	-	75	-	195	-	-	-	-	-
OSP. FERRARA	624	70	10	704	-	-	-	-	-	-	1,73	0,22	0,19	0,03	1,96
FERRARA	1.181	94	150	1.425	120	-	-	75	-	195	3,62	0,89	0,26	0,63	4,50
TOTALE REGIONE	13.309	696	1.354	15.359	2.829	226	899	858	30	4.586					
Indicatore PL*1000 ab.	2,98		0,46	3,4	0,6			0,4		1,0	3,62	0,85	0,36	0,50	4,47

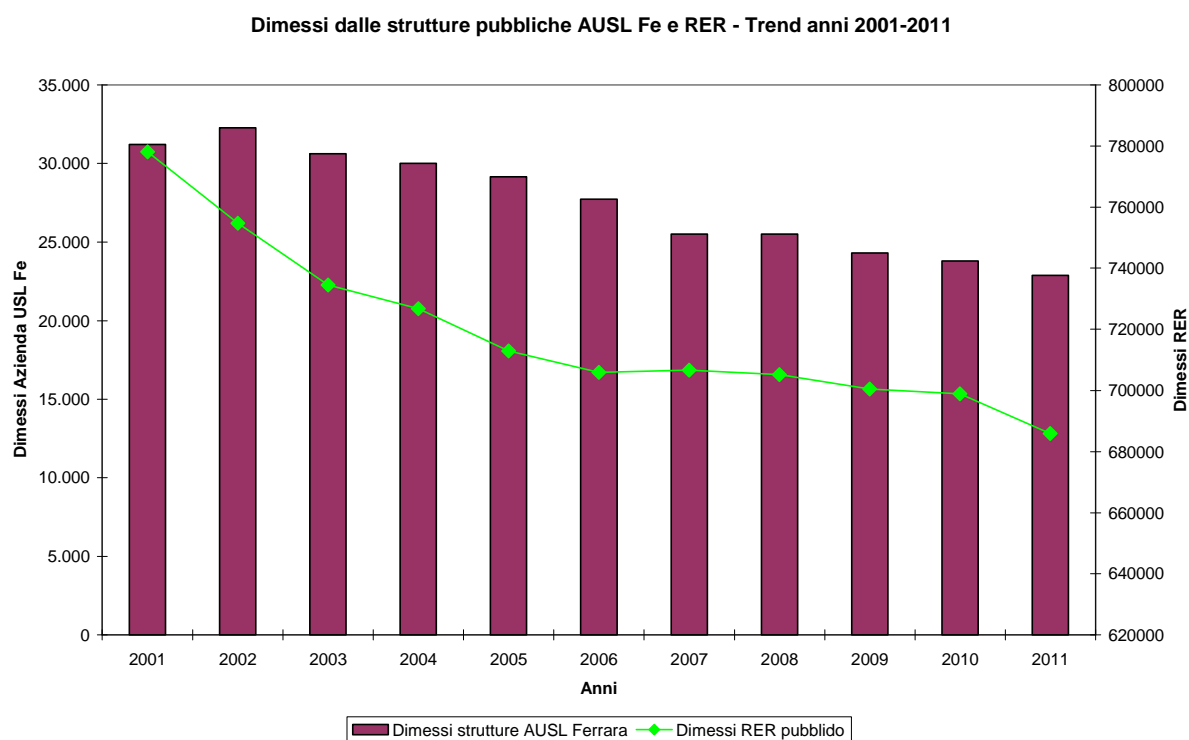
(*) La popolazione di riferimento per gli indicatori è la popolazione residente al 1.01.2012. Il calcolo dell'indicatore PL*1000 abitanti riguarda i PL accreditati.

Complessivamente il sistema ospedaliero dell'Azienda USL di Ferrara è dotato di 721 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 cui 640 di ricovero ordinario e 81 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 31/12/2012 è la seguente:

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

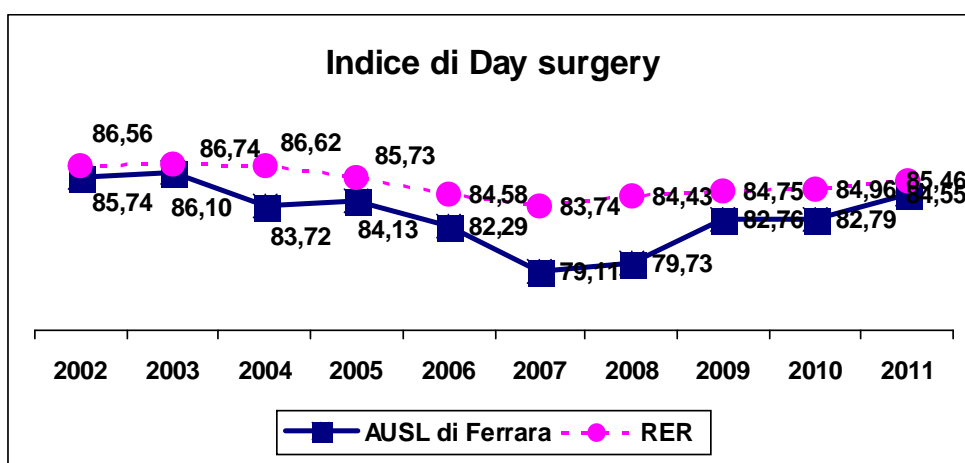
Trend dei ricoveri degli ospedali AUSL Ferrara:



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.

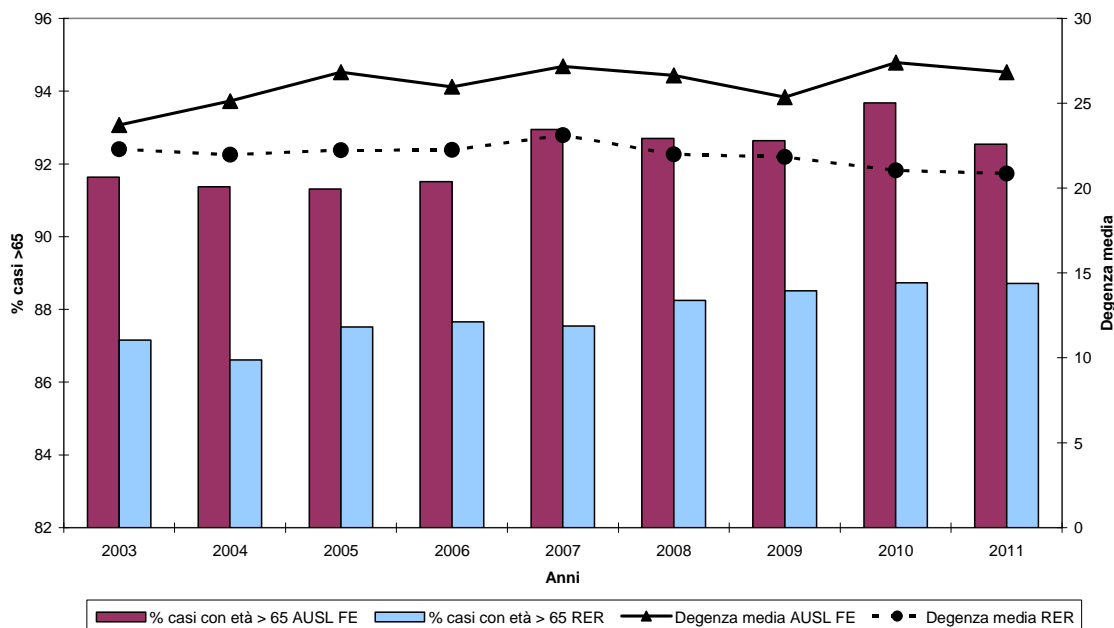
Day Surgery.

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

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



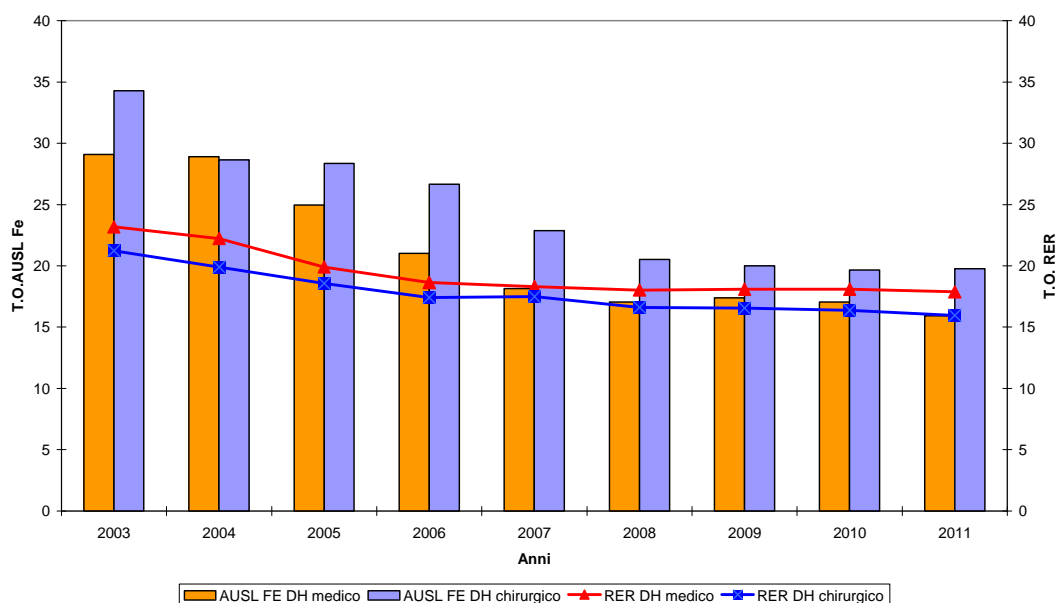
I Reparti di Lungodegenza dell'Azienda Usl di Ferrara presentano una durata media di degenza pari a 26,83 giorni, valore questo superiore al dato medio regionale che si attesta sui 20,87 giorni.

Nel corso degli anni l'andamento del parametro aziendale e di quello regionale, è rimasto sostanzialmente costante, generando un differenziale pari a circa 6 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

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

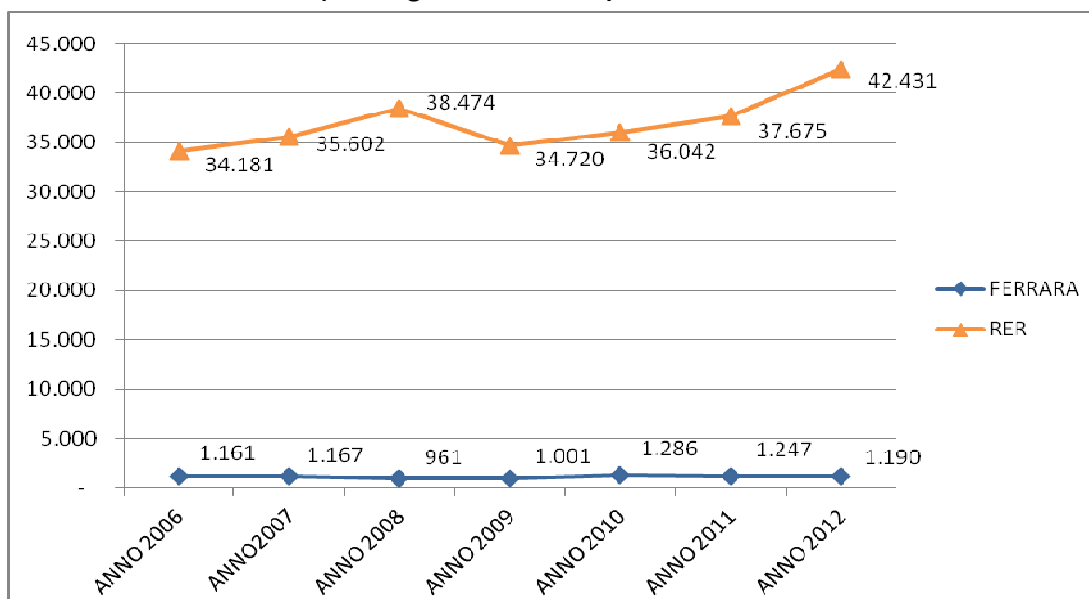


Il Tasso di ospedalizzazione standardizzato in regime di ricovero in DH medico delle strutture dell'azienda USL mostra un trend in riduzione nel corso degli anni, fino a risultare inferiore al T.O. delle strutture pubbliche regionali (a partire dal 2007 ad oggi). Il T.O. in regime di DH chirurgico mostra 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 2012 sono stati per l'Ausl di Ferrara pari a 1.190 (-4,6% rispetto al 2011) in controtendenza al dato regionale che mostra un incremento pari al +12,6%.

Numero di accessi in OBI (non seguiti da ricovero). Anni 2006-2012



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.

Accessi in PS e percentuale ricoverati su totale accessi 2010-2012

	ANNO 2010			ANNO 2011			ANNO 2012		
	Ricov.	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100	Ricov.	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100	Ricov.	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100
PUO	10.940	89.257	12,3	10.998	90.104	12,2	9.021	84.543	10,7
Tot. AUSL Ferrara	10.940	89.257	12,3	10.998	90.104	12,2	9.021	84.543	10,7
RER	255.021	1.826.192	14,0	253.188	1.864.513	13,6	243.767	1.801.925	13,5

Nel 2012 la CO118 di Ferrara ha ricevuto 39.278 richieste presentando un incremento del 17% di servizi rispetto al 2011 così suddivisi:

Codice rientro	2011	2012
1	48%	45%
2	26%	25%
3	1.16%	1.25%
4 decesso	1.65%	1.7%
Trattamento sul posto	11%	13%
Rifiuto	12%	14%
Totale	37.193	39.278

Nonostante la numerosità di intervento rimangono sovrapponibili le percentuali di tipologie di codice di rientro seppure leggermente in aumento la percentuale di rifiuto.

A tal proposito è da segnalare che nelle due giornate del 20 e 29 maggio del 2012 sono giunte circa 400 chiamate di soccorso per le quali successivamente a verifica telefonica non è stato necessario l'intervento sanitario.

Codice di invio	2011	2012
BIANCO	3.2%	4.5%
VERDE	41.5%	41%
GIALLO	23.2%	23.5%
ROSSO	32%	31%

A fronte di un lieve aumento di codici bianchi nel 2012 si è registrato una percentuale di sottostima del 0.10% contro lo 0.06% del 2011

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

OSPEDALI	2011 (75%)	2012 (65,5%)
ARGENTA	5.6%	6.5%
BENTIVOGLIO	0.3	0.4
BOLOGNA	0.01	0.1
BONDENO	0.4	0.2
CENTO	8.8	11.4
COMACCHIO	1.3	1.2
COPPARO	4.3	3.3
DELTA	16.6	20.6
FERRARA	60.0	57.0
S.G. PERSICETO	0.1	0.1

Nel 2011 sono stati ricoverati il 75% dei pazienti che hanno chiamato il 118 contro il 65,5% del 2012.

A fronte di una lieve flessione di ricoveri nell'ospedale di Ferrara che nel 2012 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.

Anche per l'anno 2012 l'Ausl di Ferrara presenta una percentuale di ricoveri/accessi attorno al 12% sempre inferiore alla media regionale di circa due punti percentuale. L'indice d'accessi al P.S. indicante il livello d'utilizzazione da parte della popolazione è passato da 413,58 (triennio 2009-10-11) a 395,07 accessi al P.S. ogni 1000 abitanti, avvicinandosi alla media regionale del 374,59. In particolare le urgenze differibili sono passate da 277,8 a 268,23 media reg. 251,66; pazienti non urgenti da 75,94 a 58,57 media reg. 62,21; per pazienti critici da 7,65 a 8,7 media reg. 5,55. Mentre il dato per pazienti acuti che si presentava nel triennio su riferito al di sotto della media regionale 52,18 vs 55,16 appare incrementato al 59,69. Ad un primo esame analitico si osserva che l'aumento dei pazienti critici ed acuti sia molto probabilmente dovuto all'evento sismico che ha colpito il distretto Ovest dell'Ausl di Ferrara, dato questo confermato dall'

aumentato numero totale degli accessi al P.S. dell'Ospedale di Cento (da 22.333 del 2011 a 23.193 del 2012).

Indice di accessi al Pronto Soccorso per 1.000 abitanti - anno 2012

Codice in uscita	CENTRO-NORD					
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	totale
Acuto	9,53	27,36	79,90	159,48	295,20	56,67
Critico	0,17	2,53	8,76	19,75	37,09	6,25
Non urgente	164,79	44,33	45,65	57,13	38,31	57,83
Urgente differibile	288,22	207,71	208,41	329,52	434,86	237,62
TOTALE	462,71	281,94	342,73	565,88	805,46	358,37

Codice in uscita	OVEST					
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	totale
Acuto	24,21	28,10	77,21	149,78	249,45	50,43
Critico	0,19	2,37	9,61	19,52	39,62	5,54
Non urgente	128,77	48,42	34,56	32,06	23,48	55,64
Urgente differibile	322,07	260,72	261,98	377,01	473,22	286,00
TOTALE	475,23	339,61	383,36	578,38	785,77	397,61

codice in uscita	SUD-EST					
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	totale
Acuto	21,45	28,09	73,04	147,53	249,47	52,70
Critico	2,10	3,84	12,69	30,31	66,70	9,63
Non urgente	94,67	74,58	87,41	99,90	76,84	80,88
Urgente differibile	420,49	262,74	299,92	428,50	534,42	310,22
TOTALE	538,71	369,25	473,05	706,24	927,43	453,44

Codice in uscita	FERRARA AUSL						REGIONE					
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	totale	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	totale
Acuto	16,76	27,73	77,39	154,18	273,80	54,17	29,67	37,79	88,17	174,03	314,65	63,13
Critico	0,70	2,87	10,07	22,77	45,61	7,06	0,90	2,47	8,75	20,42	46,75	5,98
Non urgente	135,81	53,90	55,71	64,81	45,83	63,93	101,01	53,87	48,85	53,03	41,04	59,12
Urgente differibile	333,70	235,29	245,34	367,22	469,39	268,99	308,11	216,01	208,50	298,88	367,22	239,70
TOTALE	486,98	319,79	388,50	608,99	834,62	394,14	439,69	310,14	354,27	546,36	769,65	367,94

L'indice esprime genericamente il livello di utilizzo del Pronto Soccorso da parte della popolazione (Distretto, Azienda Usl, Regione).

Piano sangue, raccolta e consumi

Confronto attività di raccolta sangue 2012 - 2011

	raccolta 2012	raccolta 2011	differenze % 2012-2011
Ferrara	22.368	22.526	-0,7
RER	249.825	254.000	-1,6

Confronto consumi di Unità di globuli rossi 2012-2011

	consumi 2012	consumi 2011	differenze % 2012-2011
Ferrara	23.035	23.150	-0,5
RER	246.074	246.200	-0,1

Confronto attività di aferesi 2012-2011

	attività 2012	attività 2011	differenze % 2012-2011
Ferrara	856	783	9,3
RER	59.243	60.672	-2,4

Confronto totale attività (raccolta sangue intero+aferesi) 2012 - 2011

	attività 2012	attività 2011	differenze % 2012-2011
Ferrara	23.224	23.309	-0,4
RER	309.068	314.672	-1,8

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 un valore pari quasi al 10% (nello stesso periodo il dato regionale è diminuito). L'attività totale di raccolta della provincia di Ferrara nel periodo 2012-2011 registra quindi un -0,4% rispetto ad un andamento regionale pari al -1,8%. La provincia di Ferrara è riuscita inoltre a ridurre nello stesso periodo il consumo di unità di globuli rossi, risparmiando più di un centinaio di sacche di sangue. 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.

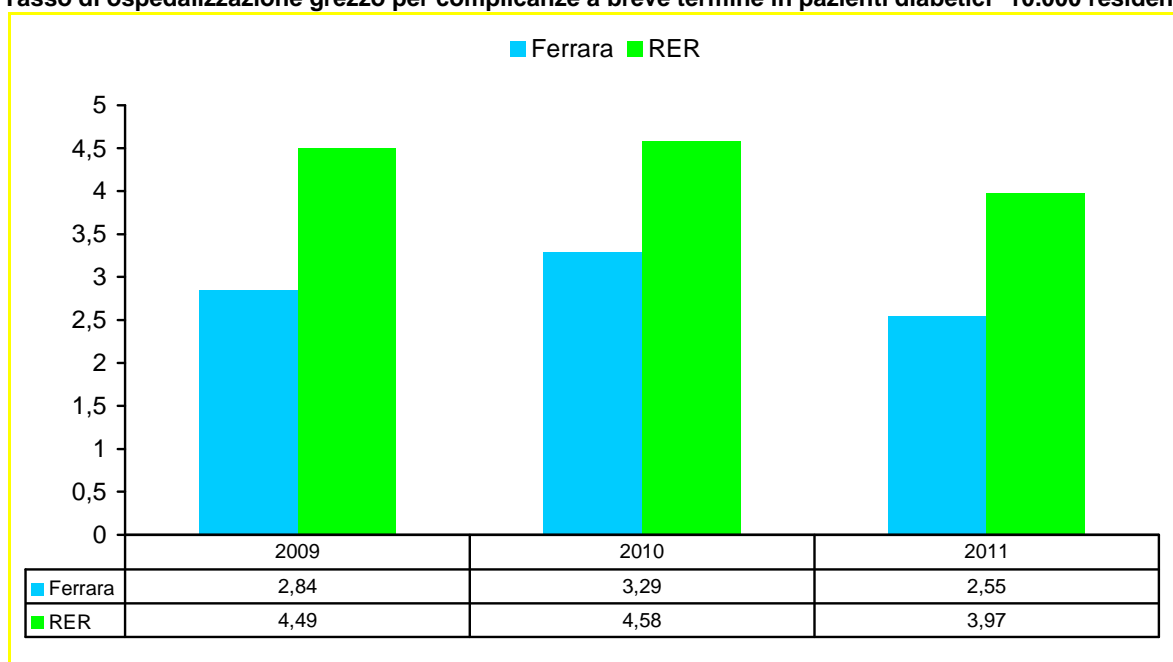
Livelli Essenziali di Assistenza – Qualità dell'Assistenza

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

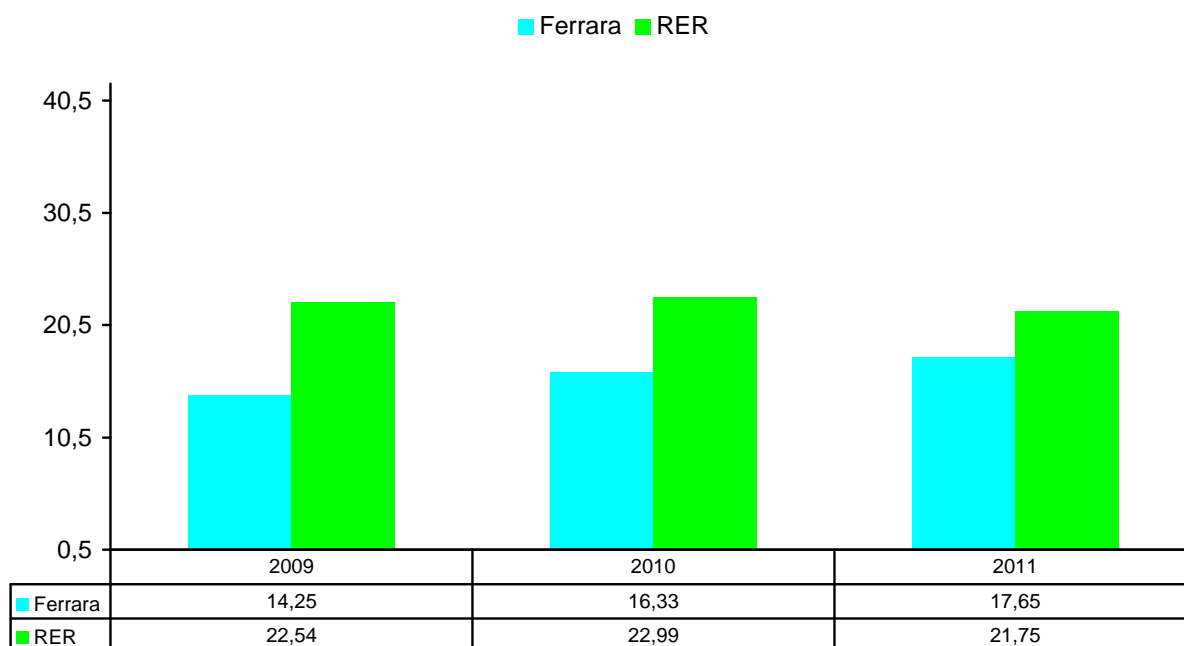
Ciascun indicatore è soggetto a possibili *bias* (errori) legati alle modalità di raccolta dei dati e alla possibilità di correzione degli stessi, al fine di azzerare l'effetto delle differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni; quest'ultime originate da consuetudini, razze, usi e costumi, presenza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

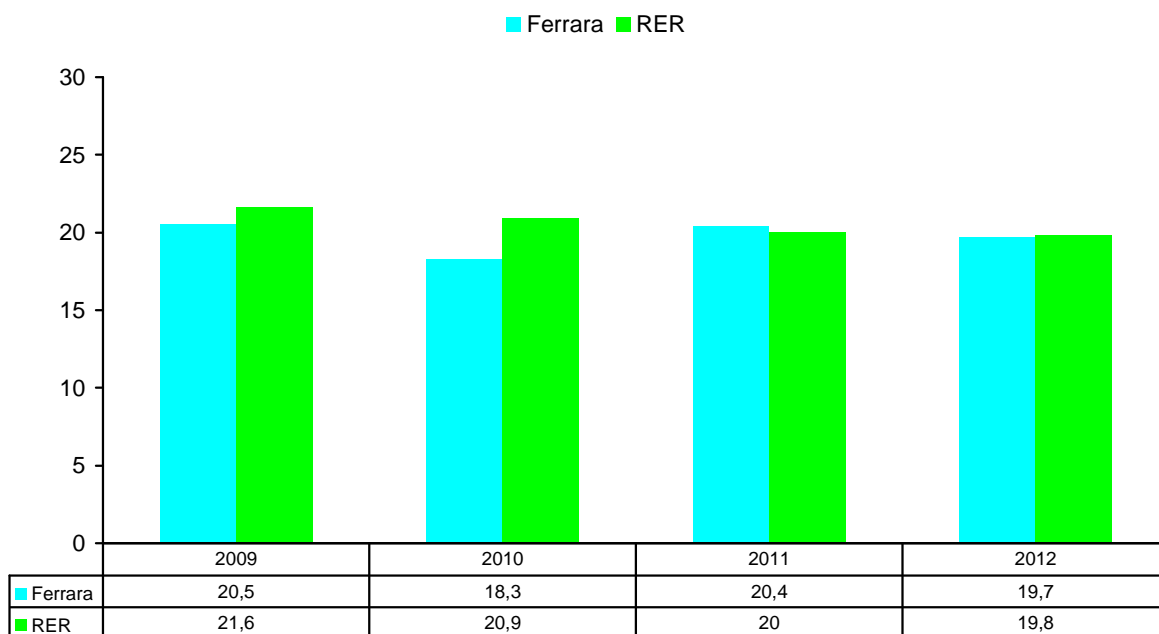


Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici* 10.000 residenti.



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 2009-2012 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 – 2012. Azienda USL FERRARA.
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 Regione E.R.: % cesarei
1	ARCISPEDALE S.ANNA-FE	863	30,5	1.271	31,3	1.318	31,6
2	OSPEDALE DEL DELTA	81	30,9	430	29,5	445	29,2
3	S.ORSOLA-MALPIGHI-BO	36	50,0	80	47,5	3.415	34,5
4	OSPEDALE MAGGIORE	12	41,7	40	40,0	2.938	26,7
5	OSPEDALE CENTO	4	25,0	348	25,9	582	23,5
6	OSPEDALE BENTIVOGLIO	3	33,3	47	38,3	639	27,9
7	OSPEDALE LUGO	3	0,0	32	18,8	891	23,9
8	OSPEDALE FORLI'	2	0,0	2	0,0	1.373	26,1
9	POLICLINICO-MO	2	50,0	7	28,6	3.072	26,9
10	OSPEDALE SCANDIANO	1	0,0	1	0,0	788	20,6
11	OSPEDALE CARPI	1	0,0	2	0,0	911	18,1
12	OSPEDALE RIMINI	1	0,0	3	0,0	2.731	18,9
13	OSPEDALI RIUNITI-PR	1	100,0	2	50,0	2.420	32,2
14	S.MARIA NUOVA-RE	1	0,0	3	33,3	2.183	30,8
15	PARTO A DOMICILIO/ALTROVE	1	0,0	2	0,0	102	0,0
25	OSPEDALE IMOLA	0	.	3	0,0	990	26,7
26	OSPEDALE PORRETTA TERME	0	.	1	0,0	152	7,2
27	OSPEDALE RAVENNA	0	.	22	45,5	1.491	36,4
28	OSPEDALE FAENZA	0	.	3	66,7	772	29,7
99	TOTALE	1.012	31,1	2.299	30,8	36.411	27,9

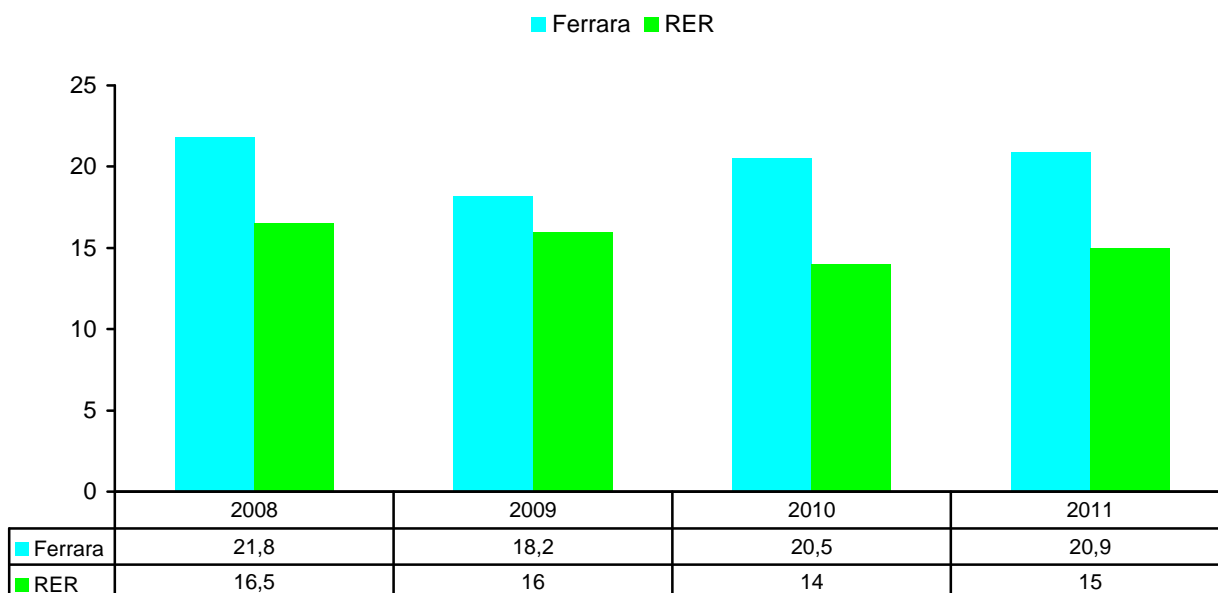
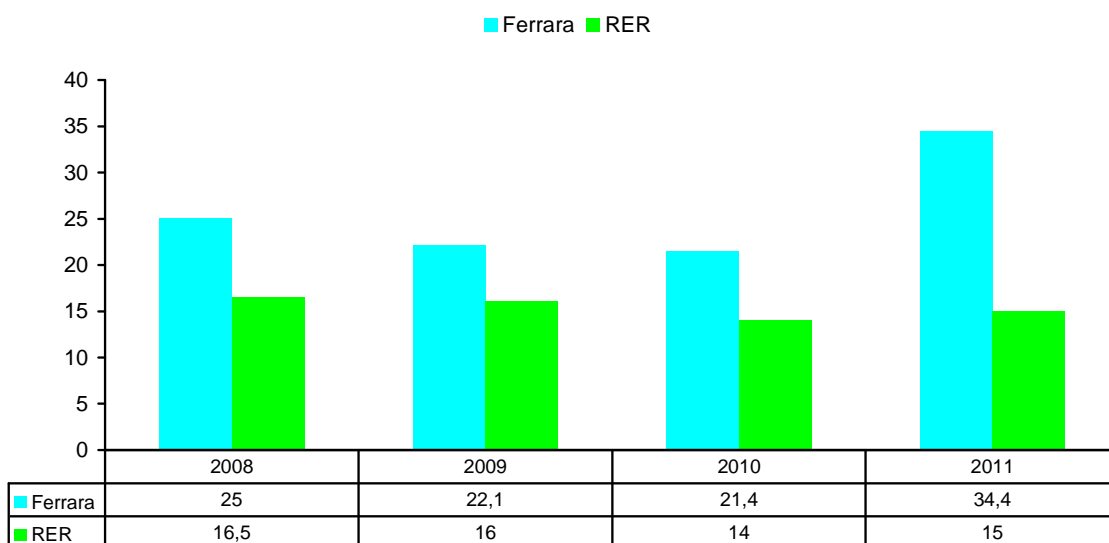
**Numero di parti e percentuale parti cesarei per punto nascita – 2012. Azienda USL FERRARA.
Distretto OVEST**

	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	343	25,7	348	25,9	582	23,5
2	ARCISPEDALE S.ANNA-FE	224	34,8	1.271	31,3	1.318	31,6
3	OSPEDALE BENTIVOGLIO	34	38,2	47	38,3	639	27,9
4	S.ORSOLA-MALPIGHI-BO	26	53,8	80	47,5	3.415	34,5
5	OSPEDALE MAGGIORE	24	37,5	40	40,0	2.938	26,7
6	OSPEDALE DEL DELTA	12	41,7	430	29,5	445	29,2
7	POLICLINICO-MO	4	25,0	7	28,6	3.072	26,9
8	OSPEDALE FAENZA	2	100,0	3	66,7	772	29,7
9	OSPEDALE RIMINI	2	0,0	3	0,0	2.731	18,9
10	OSPEDALE CARPI	1	0,0	2	0,0	911	18,1
11	OSPEDALE PORRETTA TERME	1	0,0	1	0,0	152	7,2
12	OSPEDALI RIUNITI-PR	1	0,0	2	50,0	2.420	32,2
13	S.MARIA NUOVA-RE	1	100,0	3	33,3	2.183	30,8
20	OSPEDALE SCANDIANO	0	.	1	0,0	788	20,6
24	OSPEDALE IMOLA	0	.	3	0,0	990	26,7
25	OSPEDALE RAVENNA	0	.	22	45,5	1.491	36,4
26	OSPEDALE LUGO	0	.	32	18,8	891	23,9
27	OSPEDALE FORLI'	0	.	2	0,0	1.373	26,1
32	PARTO A DOMICILIO/ALTROVE	0	.	2	0,0	102	0,0
99	TOTALE	675	31,3	2.299	30,8	36.411	27,9

**Numero di parti e percentuale parti cesarei per punto nascita – 2012. Azienda USL FERRARA.
Distretto SUD EST**

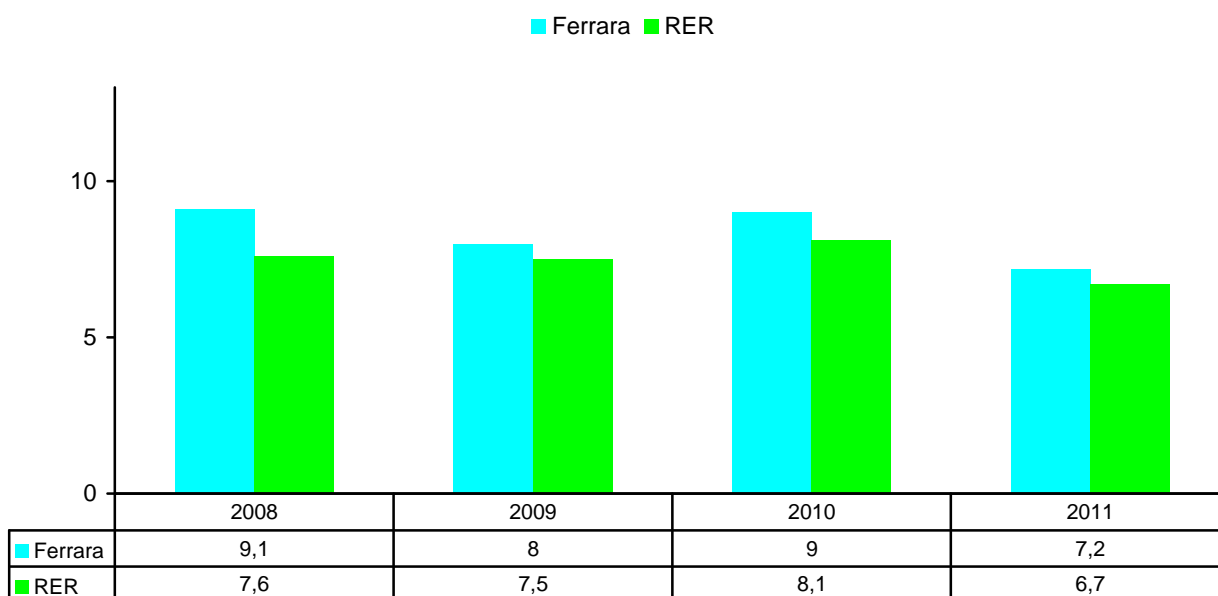
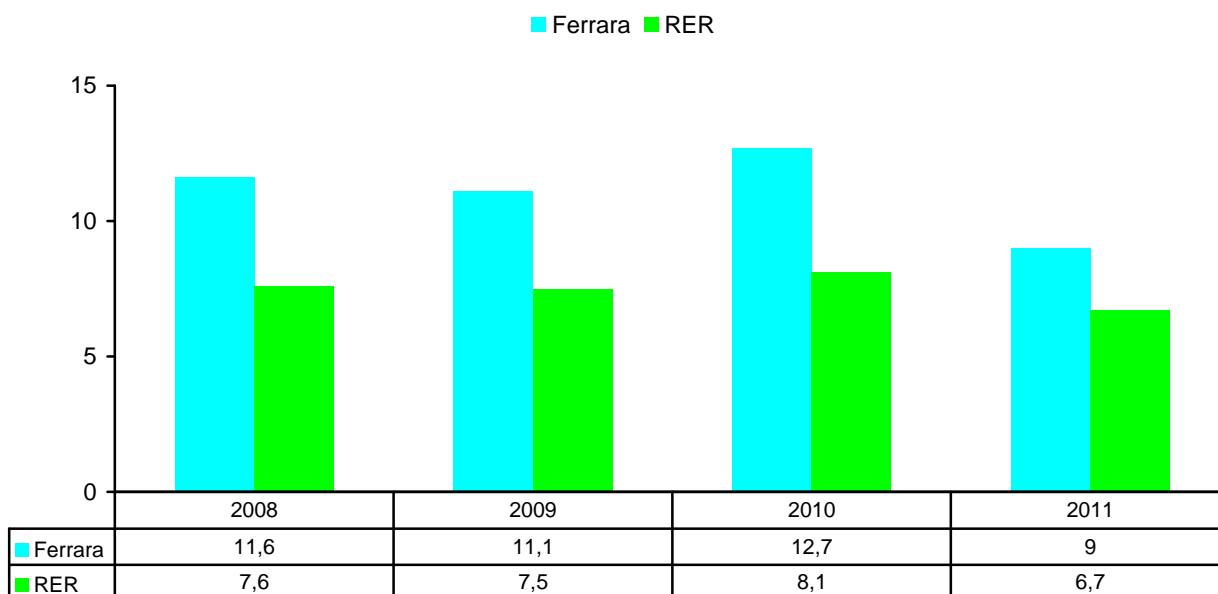
	Punto nascita	Residenti distretto: n°parti	Residenti distretto: % cesarei	Residenti AUSL: n°parti	Residenti AUSL: % cesarei	Residenti Regione E.R.: n°parti	Residenti Regione E.R.: % cesarei
1	OSPEDALE DEL DELTA	337	28,8	430	29,5	445	29,2
2	ARCISPEDALE S.ANNA-FE	184	31,0	1.271	31,3	1.318	31,6
3	OSPEDALE LUGO	28	21,4	32	18,8	891	23,9
4	OSPEDALE RAVENNA	22	45,5	22	45,5	1.491	36,4
5	S.ORSOLA-MALPIGHI-BO	18	33,3	80	47,5	3.415	34,5
6	OSPEDALE BENTIVOGLIO	10	40,0	47	38,3	639	27,9
7	OSPEDALE MAGGIORE	4	50,0	40	40,0	2.938	26,7
8	OSPEDALE IMOLA	3	0,0	3	0,0	990	26,7
9	OSPEDALE CENTO	1	100,0	348	25,9	582	23,5
10	OSPEDALE FAENZA	1	0,0	3	66,7	772	29,7
11	S.MARIA NUOVA-RE	1	0,0	3	33,3	2.183	30,8
12	POLICLINICO-MO	1	0,0	7	28,6	3.072	26,9
13	PARTO A DOMICILIO/ALTROVE	1	0,0	2	0,0	102	0,0
20	OSPEDALE SCANDIANO	0	.	1	0,0	788	20,6
22	OSPEDALE CARPI	0	.	2	0,0	911	18,1
25	OSPEDALE PORRETTA TERME	0	.	1	0,0	152	7,2
26	OSPEDALE FORLI'	0	.	2	0,0	1.373	26,1
28	OSPEDALE RIMINI	0	.	3	0,0	2.731	18,9
32	OSPEDALI RIUNITI-PR	0	.	2	50,0	2.420	32,2
99	TOTALE	611	30,0	2.299	30,8	36.411	27,9

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



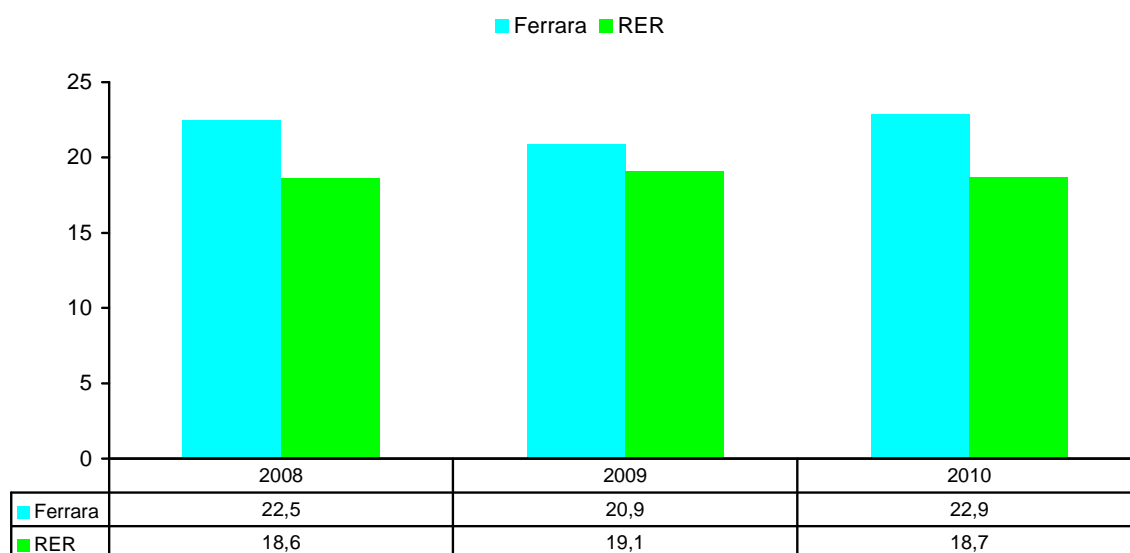
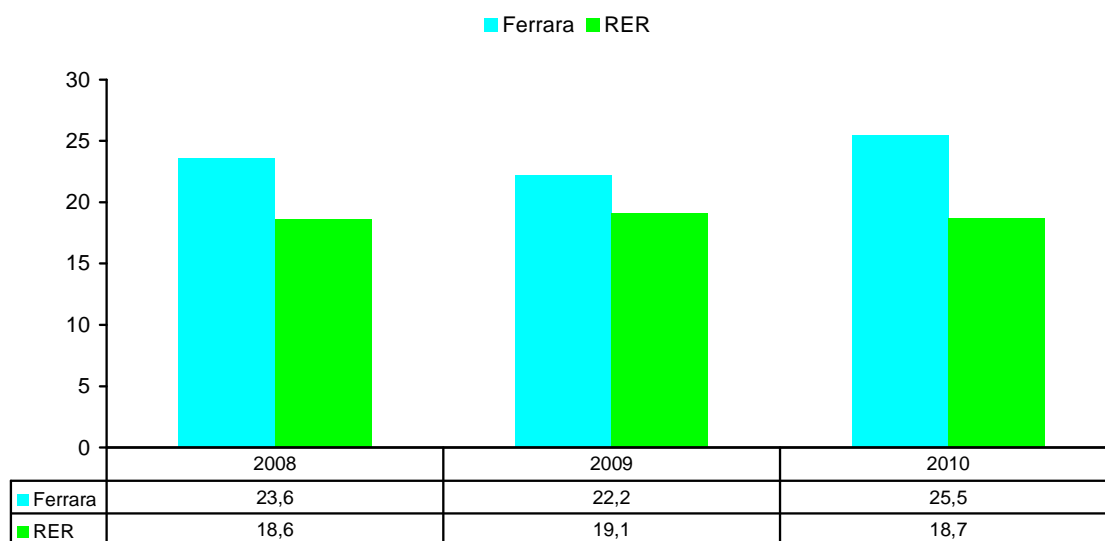
Il valore registrato per entrambi gli indicatori (dato riferito alla sede del ricovero e alla sede di residenza) che risulta tra i più elevati della Regione Emilia-Romagna, ha portato l'Ausl di Ferrara alla riorganizzazione dell'attività di PTCA sul livello provinciale, con il coinvolgimento dell'AOSP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

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



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

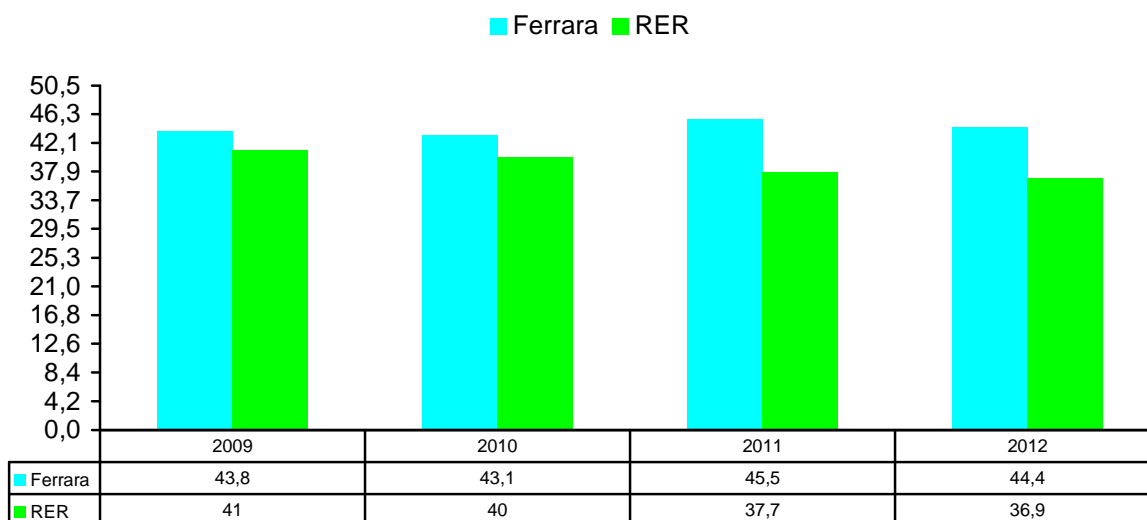
Proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke. Per Azienda Sanitaria di ricovero e di residenza



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

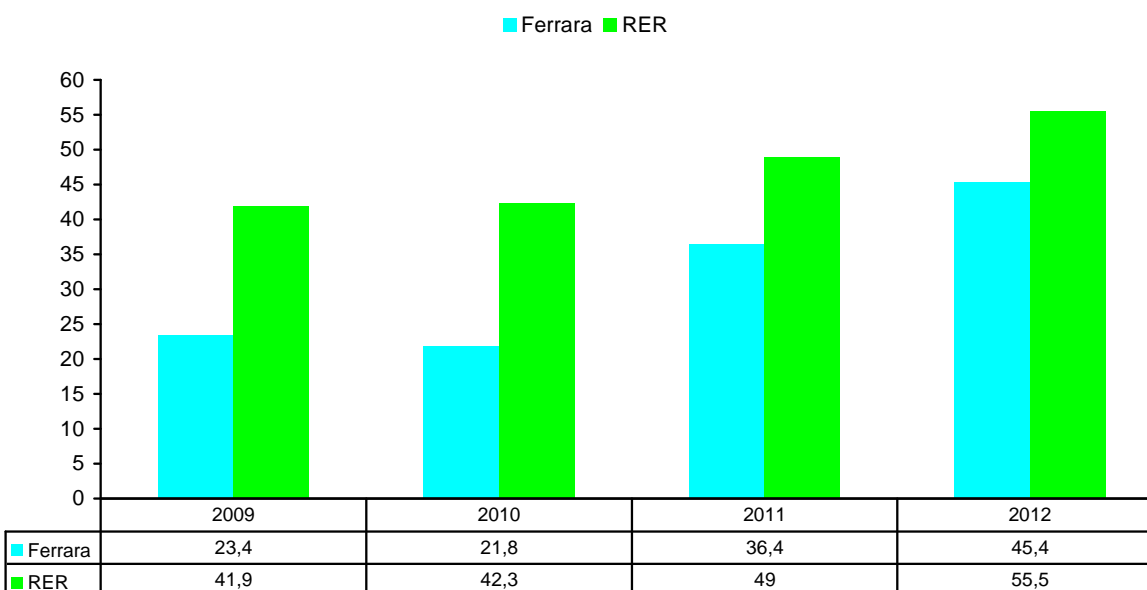
Come per tutti gli indicatori, ancor più in particolare per quelli riguardanti la mortalità, questi dati vanno interpretati tenendo presente il case-mix del singolo ospedale (complessità media dei casi trattati) e l'orientamento clinico della singola équipe. Tale affermazione trova riscontro nelle cospicue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

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



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



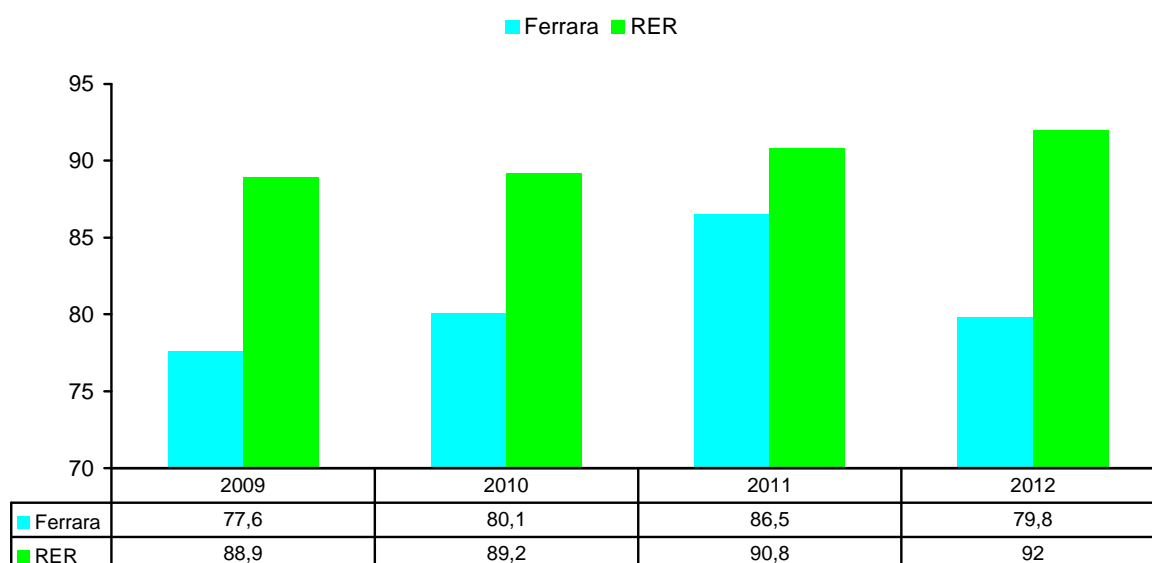
La percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con più di 65 anni viene monitorata a livello internazionale dall'OECD. Tale monitoraggio mostra che in paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 e il 2005, il valore dell'indicatore 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 grazie ai risultati dell'audit realizzato grazie al 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.

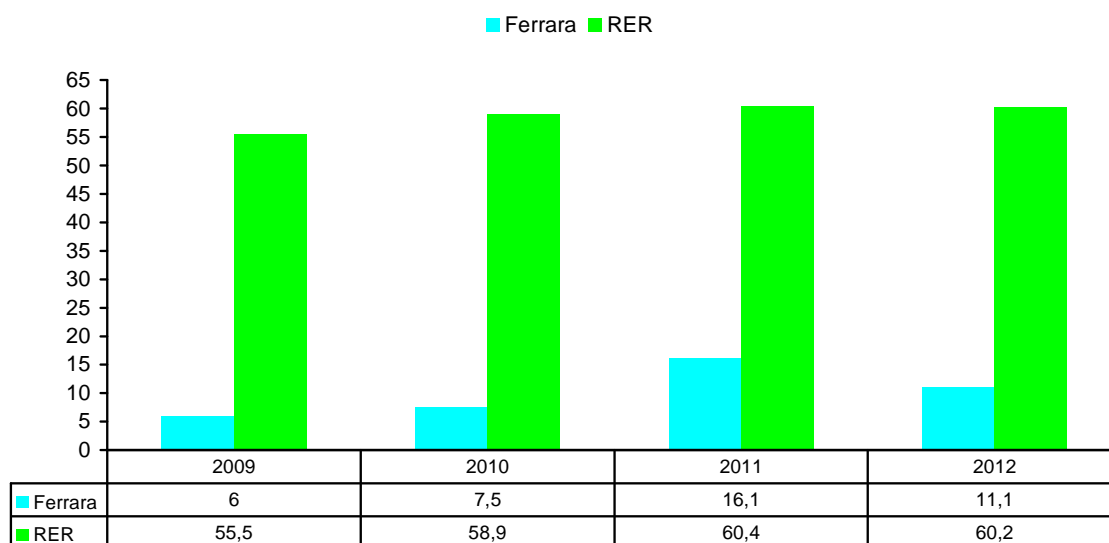
Seppur ancora al di sotto del valore regionale di riferimento, la percentuale di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero, è passata da 23,4% nel 2009 al 45,4% nel 2012.

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



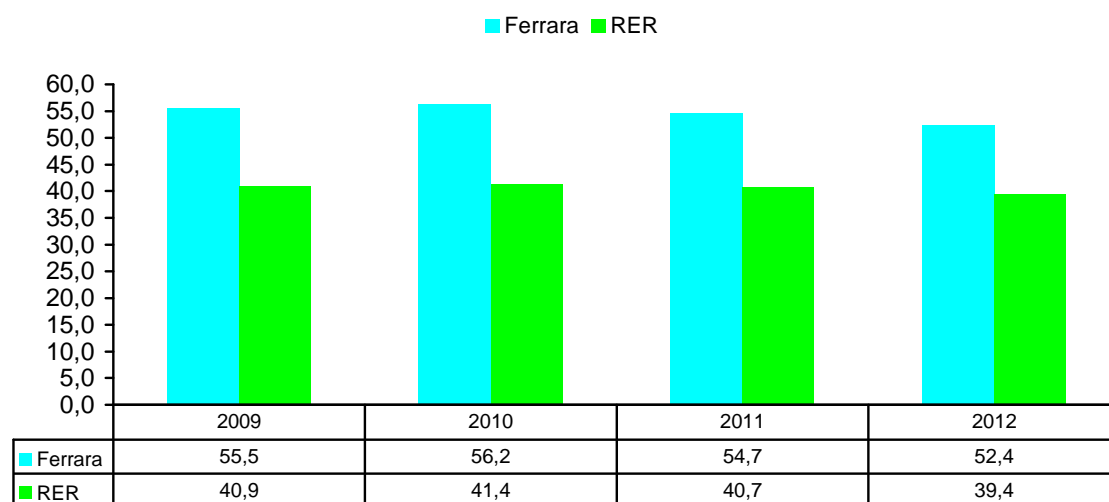
La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze 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.

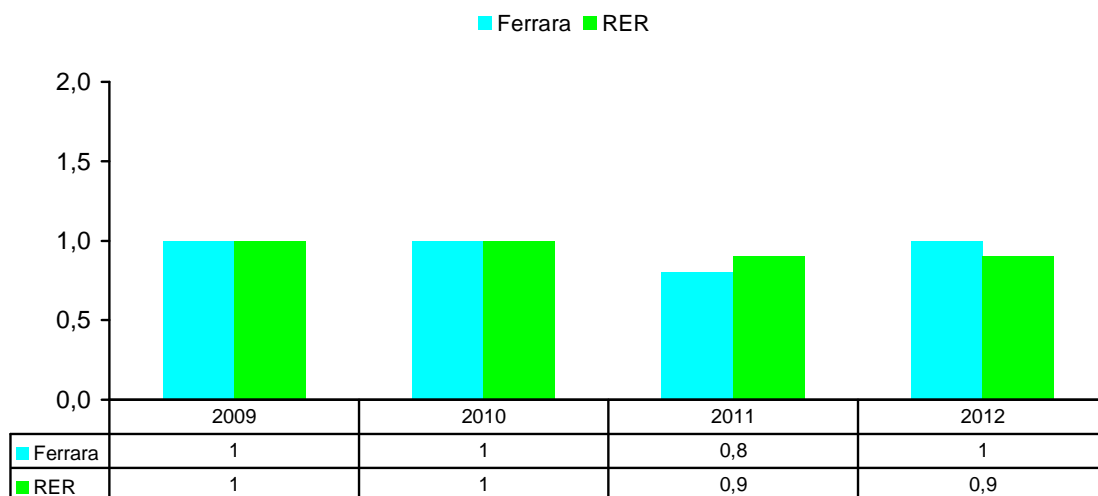


Lo scompenso cardiaco (SC) è una patologia cronica e progressiva che per natura richiede talvolta il ricovero ospedaliero, tuttavia, se il paziente riceve un'adeguata assistenza territoriale e domiciliare, la malattia può essere per lo più controllata in regime ambulatoriale, evitando quindi eccessive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

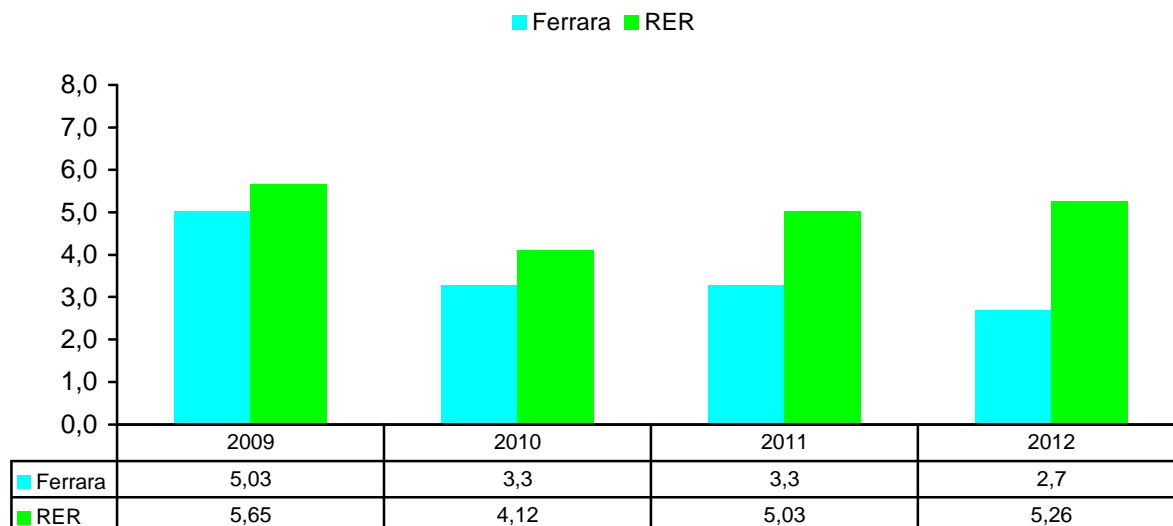
ambulatoriali e del territorio, con la fattiva collaborazione dei MMG, al fine di migliorare gli interventi preventivi atti ad evitare il frequente ricorso al regime di ricovero.

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



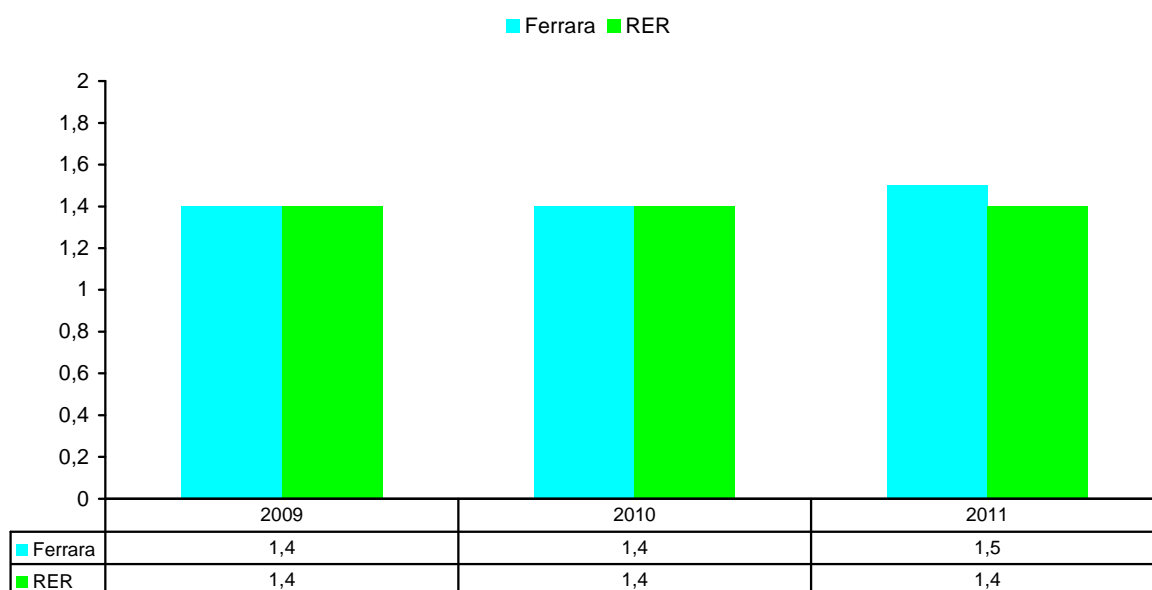
Il controllo del diabete mediante la terapia appropriata, insieme a interventi educativi e adeguata cura del piede sono in grado di ridurre il rischio di necessità di amputazione, come dimostrano studi relativi a programmi di intervento per la gestione del diabete. Il tasso di amputazione degli arti 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 2012 - escluso PS e OBI

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	197.193	139.809	31,87	42,99	51,64	60,79	69,12	30,88
Prestazioni Terapeutiche	43.891	29.447	57,5	68,39	74,8	79,98	83,42	16,58
Riabilitazione	121.398	52.345	84,84	91,76	96,1	97,34	97,64	2,36
Laboratorio	1.125.067	1.027.256	90,72	96,42	97,72	98,48	99	1
Diagnostica	272.195	220.202	50,39	59,84	66,21	71,56	77,34	22,66

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	3.284.260	2.708.229	46,65	58,74	67,1	73,85	78,91	21,09
Prestazioni Terapeutiche	956.762	542.414	57,43	68,48	76,6	82,83	87,23	12,77
Riabilitazione	1.259.282	727.397	72,65	80,8	85,54	88,78	91,27	8,73
Laboratorio	29.508.298	24.796.544	90,17	94,64	96,29	97,3	97,98	2,02
Diagnostica	4.648.793	3.832.738	52,87	63,76	71,7	77,66	82,51	17,49

**Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del SSN per Distretto di erogazione.
% Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private - Anno 2012 - 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.%)
OVEST	Visite	43.329	33.800	38,11	49,21	58,43	69,97	79,57	20,43
	Prestazioni Terapeutiche	12.607	9.380	66,08	74,94	80,35	84,52	86,32	13,68
	Riabilitazione	28.647	12.934	80,92	91,14	98,17	99,47	99,55	0,45
	Laboratorio	546.943	511.029	92,45	97,36	98,49	99,04	99,37	0,63
	Diagnostica	52.372	40.346	50,16	63,36	69,7	75,41	80,57	19,43
CENTRO-NORD	Visite	74.666	45.430	34,12	44,73	53,82	61,85	70,21	29,79
	Prestazioni Terapeutiche	12.140	6.140	51,06	61,51	69,76	76,3	81,64	18,36
	Riabilitazione	38.269	24.714	84,07	89,94	94,2	95,73	96,12	3,88
	Laboratorio	72.857	62.316	78,36	89,71	91,9	93,89	95,69	4,31
	Diagnostica	111.058	87.668	46,86	56,91	65,67	71,89	77,67	22,33
SUD-EST	Visite	79.198	60.579	26,7	38,21	46,21	54,87	62,48	37,52
	Prestazioni Terapeutiche	19.144	13.927	54,56	67,02	73,29	78,54	82,26	17,74
	Riabilitazione	54.482	14.697	89,58	95,36	97,46	98,17	98,53	1,47
	Laboratorio	505.267	453.911	90,47	96,28	97,65	98,47	99,04	0,96
	Diagnostica	108.765	92.188	53,85	61,1	65,2	69,55	75,62	24,38

L'area ospedaliera - Tempi di attesa ospedali

Ricoveri programmati a carico del SSN – tempi di attesa ospedali – Anno 2012

AREA	FERRARA	Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa > 0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*							
					0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg	
AREA ONCOLOGICA	CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL	373	248	1	33,5	98,8	99,2	99,2	99,2	99,2	0,8
		Az.OSP	885	358	2	59,5	99,4	99,7	100	100	100	0
		Totale	1.258	606	2	51,8	99,2	99,5	99,7	99,7	99,7	0,3
	INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Az.OSP	55	33	33	40	48,5	84,8	97	100	100	0
		Totale	55	33	33	40	48,5	84,8	97	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az.USL	24	24	15	0	83,3	91,7	95,8	95,8	95,8	4,2
		Az.OSP	18	18	27,5	0	55,6	83,3	94,4	100	100	0
		Totale	42	42	21	0	71,4	88,1	95,2	97,6	97,6	2,4
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Az.USL	64	56	14,5	12,5	80,4	98,2	100	100	100	0
		Privato	1	1	13	0	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	117	94	17	19,7	68,1	86,2	91,5	96,8	100	0
		Totale	182	151	17	17	72,8	90,7	94,7	98	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Az.USL	47	47	46	0	6,4	66	91,5	100	100	0
		Az.OSP	31	30	32,5	3,2	43,3	76,7	90	100	100	0
		Totale	78	77	40	1,3	20,8	70,1	90,9	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL	8	8	14	0	100	100	100	100	100	0
Privato		2	2	9	0	100	100	100	100	100	0	
Az.OSP		72	67	27	6,9	55,2	79,1	85,1	97	98,5	1,5	
Totale		82	77	23	6,1	61	81,8	87	97,4	98,7	1,3	
AREA CARDIOVASC.	CORONAROGRAFIA (DH)	Az.USL	2	0	.	100	.	.	.	.	.
		Totale	2	0	.	100	.	.	.	.	.
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az.USL	32	32	34,5	0	34,4	75	90,6	93,8	96,9	3,1
		Privato	52	52	30	0	50	69,2	76,9	84,6	90,4	9,6
		Az.OSP	124	117	16	5,6	66,7	83,8	92,3	95,7	98,3	1,7
		Totale	208	201	24	3,4	57,2	78,6	88,1	92,5	96	4
	ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az.USL	40	34	14	15	70,6	85,3	91,2	94,1	97,1	2,9
		Az.OSP	139	125	7	10,1	93,6	96,8	98,4	100	100	0
		Totale	179	159	7	11,2	88,7	94,3	96,9	98,7	99,4	0,6
	NON ONCOLOGICHE IN ORDINARIO	TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Privato	25	25	39	0	28	72	84	96	100
Az.OSP			197	197	95	0	12,7	29,4	47,7	65	85,8	14,2
Totale			222	222	87,5	0	14,4	34,2	51,8	68,5	87,4	12,6
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)		Az.USL	288	286	191	0,7	6,6	14,7	24,8	32,5	48,3	51,7
		Az.OSP	41	41	43	0	31,7	68,3	80,5	92,7	97,6	2,4
Totale	329	327	161	0,6	9,8	21,4	31,8	40,1	54,4	45,6		
NON ONCOLOGICHE IN DH	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Az.USL	345	344	41	0,3	35,2	70,9	88,1	94,5	97,4	2,6
		Privato	61	61	55	0	31,1	55,7	73,8	88,5	95,1	4,9
		Az.OSP	127	127	109	0	8,7	19,7	39,4	52,8	72,4	27,6
		Totale	533	532	52,5	0,2	28,4	57	74,8	83,8	91,2	8,8
	EMORROIDECTOMIA (DH)	Az.USL	37	37	43	0	24,3	64,9	81,1	91,9	94,6	5,4
		Privato	8	8	19,5	0	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	9	9	54	0	22,2	77,8	100	100	100	0
		Totale	54	54	39	0	35,2	72,2	87	94,4	96,3	3,7
	BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO (DH)	Az.USL	3	2	1	33,3	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	70	51	7	27,1	78,4	94,1	98	100	100	0
		Totale	73	53	7	27,4	79,2	94,3	98,1	100	100	0

(*) calcolati sul totale dei ricoveri con tempi di attesa superiori a 0 giorni.

Segnalazioni dagli URP aziendali per tipologia di segnalazione e per CCRQ. Anno 2012 vs anno 2011.

Distribuzione per tipologia di segnalazione e per CCRQ (evento segnalato) 2011 vs 2012

	Elogi		Impropri		Reclami e rilievi		Suggerimenti		Totale	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Aspetti tecnici professionali	194	210	0	0	119	117	0	1	313	328
Aspetti relazionali	334	180	0	0	54	50	1	0	389	230
Aspetti organizzativi	7	3	0	0	181	149	2	4	190	156
Tempi	0	0	0	0	114	55	1	0	115	55
Aspetti economici	0	0	0	0	66	47	0	0	66	47
Aspetti alberghieri e comfort	1	0	0	0	67	36	11	8	79	44
Informazione	10	3	0	0	42	23	3	2	55	28
Aspetti strutturali	0	1	0	0	21	21	1	2	22	24
Altro	27	15	6	0	6	6	1	1	40	22
Privo di CCRQ	0	0	0	18	0	0	0	0	0	18
Aspetti normativi	0	0	0	0	15	15	0	0	15	15
Totale	573	412	6	18	685	519	20	18	1284	967

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